



FACULTAD DE PSICOLOGIA  
UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA  
REPUBLICA ARGENTINA



Tesis para obtener el grado de Doctor en Psicología

**DISEÑO Y EVALUACIÓN DE EFICACIA DE UN  
PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL  
PARA ADULTOS CON ASMA BRONQUIAL:  
APLICACIONES EN DISPOSITIVO INDIVIDUAL Y GRUPAL**

Lic. María Paola Fasciglione

Directora: Dra. Claudia Elena Castañeiras



Mar del Plata, 2013

N° CLASIFICACION:	ADQUISICION:
F F	base
	N° INVENTARIO:
	R-01328

Esta Tesis Doctoral se desarrolló en el GIEPsi (Grupo de Investigación en Evaluación Psicológica) de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata, y ha sido financiada a través de las Becas Internas de Postgrado Tipo I y II otorgadas por el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (Resoluciones CONICET N° 0029/08 y N° 0356/11), y por una Beca de Formación Superior de la UNMdP (OCS 002/13).

## Agradecimientos

Una tesis doctoral es un trabajo realizado gracias a la colaboración, en distintos grados y formas, de una infinidad de personas sin las cuales ni el resultado final ni el proceso hubiera sido el mismo. Por este motivo quiero expresar mi más profunda gratitud a todos los que han hecho posible este recorrido.

En primer lugar a los protagonistas de este trabajo, los pacientes. Por su compromiso, por su disponibilidad, por habernos confiado sus experiencias y habernos permitido conformar con cada uno de ellos un equipo terapéutico donde el crecimiento y enriquecimiento fueron mutuos.

Una mención especial es sin duda para la Dra. Claudia Castañeiras quien ha dirigido esta tesis y supervisado cada una de sus etapas. Agradezco su confianza, su acompañamiento académico y personal en momentos difíciles, las innumerables horas de dedicación a lo largo de todos estos años de trabajo conjunto, y particularmente por transmitirnos día a día su especial compromiso y pasión por la profesión.

A la directora del GIEPsi, la Lic. María Cristina Posada. Por haberme abierto las puertas del grupo de investigación y por haberle puesto música y color a las intensas jornadas de trabajo.

A todos mis compañeros del GIEPsi de quienes aprendo cada día: Aixa, Belén, Edgardo, Juan, Paz, Silvina y Valeria. Sin su apoyo, sentido del humor y amistad este trabajo no hubiera sido posible.

Quisiera agradecer especialmente a la Lic. Paz Sánchez Gallo y a la Lic. Aixa Galarza por el tiempo y colaboración en la revisión de las Guías del Terapeuta y Guías del Paciente, y en la edición del manuscrito. También a la Lic. Silvina Grill por su cooperación en la obtención de la muestra clínica.

A la Lic. Laura Tarrinu y el Dr. Darío Llull por haber aceptado realizar las entrevistas post intervención y de seguimiento a los 3 y 6 meses como evaluadores expertos en psicología clínica externos a la investigación.

A los integrantes de la cátedra Biología Humana de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata, por el enriquecedor trabajo interdisciplinario durante todos estos años, y porque han sido y son parte esencial de mi formación profesional y personal.

Al Dr. Rubén Ledesma, Dra. María Marta Richard's, Mg. Claudia Arias, y la Dra. Mercedes Fernández Liporace por su incondicional disponibilidad para atender a consultas metodológicas y estadísticas que fueron surgiendo en diferentes etapas del estudio.

Al Colegio de Psicólogos Distrito X. Al Lic. Sergio Genchi por la gestión del espacio físico para la realización de las evaluaciones y sesiones del Programa. A Miriam, Mariela y Julieta por su amabilidad y colaboración.

A los médicos especialistas que participaron del Encuentro abierto a la comunidad en conmemoración del Día Mundial del Asma, y colaboraron con la difusión del Programa, especialmente mi gratitud al Dr. Bailleau, Dr. Ballarre, Dr. Frino, y Dra. Rodriguez.

A Marcelo Pasetti y Daniel Della Torre del Diario La Capital de Mar del Plata, a María Delia Sebastiani y Valeria Figueroa de LU6 Radio Atlántica, a Jorge Fortezzini y Pablo Salgado de Radio Universidad, por la amabilidad de haber difundido la convocatoria para participar del CV-Asma.

A gráfica Magin por el diseño e impresión del material gráfico para la difusión del Programa.

Al apoyo de la Secretaría de Cultura de la Municipalidad de General Pueyrredón del Centro Cultural Osvaldo Soriano para la organización del Encuentro abierto a la comunidad en conmemoración del Día Mundial del Asma en el año 2011.

Al Comité de Doctorado y a la Secretaría de Investigación de la Facultad de Psicología de la UNMdP por su continuo apoyo y colaboración con los doctorandos.

A nuestras tesistas que me permiten seguir aprendiendo junto a ellas y que pacientemente se adecuaron a los tiempos que estas tareas imponen.

A la Dra. Patricia Weissmann y al Dr. João Carlos Alchieri quienes gestionaron la misión de estudios de doctorado a Natal (Brasil) en el marco del Programa CAFB-BA. Un agradecimiento especial para mis tutoras, la Dra. Simone da Nobrega Tomaz Moreira y la Dra. Tércia Maria de Oliveira Maranhão; también para el Dr. Ivanildo Cortéz, y los neumólogos del Hospital Universitario Onofre Lopes (HUOL). Todos ellos hicieron posible que mi estancia en el exterior constituyera un valioso aprendizaje para mi formación doctoral.

A mi familia, especialmente a mi madre, y a mis amigos del alma. Por todo el tiempo invertido en este trabajo que significó ausencias y momentos no compartidos...su apoyo incondicional me permitió transitar cada uno de los pasos de esta bella y ardua tarea que es la investigación. Mi infinita gratitud y afecto.

A Teodoro, por su ternura y compañía sin límites que le pusieron otro sabor a las largas jornadas de redacción de la tesis.

A Natalia, por nuestra amistad de toda la vida que me sostuvo en los momentos donde el camino se hacía difícil. Su fortaleza y templanza siempre son ejemplo para mí. Agradezco también el hospedaje en su hogar mientras realizaba cursos de doctorado en Capital Federal, y a Cristian, por su amistad y porque sin su asesoramiento me hubiese visto perdida más de una vez en la gran ciudad.

A los que han partido hacia la luz, porque también han hecho su aporte desde donde están y en cada una de las enseñanzas que han dejado en lo más profundo de mi ser.

A quienes me ayudaron sin saberlo...a esa secretaria del médico que me atendió amablemente, a ese paciente en la sala de espera del hospital que me sonrió, a esos amigos que algún día me dictaron puntuaciones para la base de datos, que me ayudaron con la revisión de un manuscrito o me cebaron un mate...sus gestos fueron esas pequeñas grandes cosas que dan fuerza para seguir.

Y finalmente agradecerle a la vida, por habernos regalado la capacidad de cuestionar, buscar y creer que es posible un mundo mejor mientras haya curiosos que no se contenten con las respuestas y supuestos existentes...

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

AGRADECIMIENTOS.....	3
INDICE DE TABLAS.....	10
INDICE DE FIGURAS.....	11
ABREVIATURAS.....	13
RESUMEN.....	14
ABSTRACT.....	15
INTRODUCCION.....	16
MARCO TEORICO.....	19
CAPÍTULO 1. LA PSICOLOGIA DE LA SALUD COMO CAMPO DE TRABAJO.....	20
Acerca de los conceptos de salud y enfermedad.....	21
Los viejos modelos: sobrenatural, natural y moral.....	21
Modelo biomédico.....	22
Modelo biopsicosocial.....	23
Historia y evolución de la Psicología de la Salud.....	25
Definición y delimitación de la Psicología de la Salud.....	28
Áreas relacionadas con la Psicología de la Salud.....	29
Sociología Médica.....	30
Antropología Médica.....	30
Medicina Psicosomática.....	31
Medicina Comportamental.....	32
Salud Comportamental.....	34
Psicología Médica.....	34
Psicología Clínica.....	34
Psicofisiología Experimental.....	36
Psiconeuroendocrinoimmunología.....	36
CAPÍTULO 2. EL ASMA BRONQUIAL.....	38
Características clínicas del asma bronquial.....	39
Patogénesis.....	41
Factores del huésped.....	41
Inmunidad innata y adquirida.....	41
Genética.....	42
Sexo.....	42
Obesidad.....	43

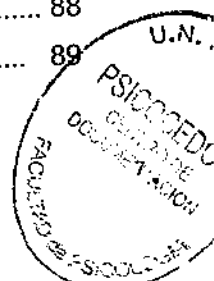
Factores ambientales.....	43
Alérgenos.....	43
Infecciones respiratorias.....	44
Exposición a otros factores ambientales.....	45
Estrés y factores psicosociales.....	46
Diagnóstico y clasificación.....	47
Diagnóstico del asma.....	47
Clasificación del asma.....	50
Tratamiento.....	53
Evaluación y monitoreo.....	53
Desarrollo de una buena relación médico-paciente.....	54
Medidas de control ambiental y manejo de condiciones comórbidas que afectan al asma.....	54
Farmacoterapia.....	55
Medicación preventiva o de control.....	55
Medicación de rescate o alivio.....	59
Prevalencia, morbilidad y mortalidad.....	61

### CAPÍTULO 3. ENFERMEDADES MÉDICAS Y FACTORES PSICOSOCIALES:

EL CASO DEL ASMA BRONQUIAL.....	63
Calidad de vida.....	64
Ansiedad.....	66
Depresión.....	71
Comorbilidad entre ansiedad y depresión.....	73
Alexitimia.....	74
Personalidad.....	76
Afrontamiento.....	78

### CAPÍTULO 4. INTERVENCIONES PSICOSOCIALES PARA EL ABORDAJE DEL ASMA BRONQUIAL: UNA REVISIÓN.....

Intervenciones psicosociales en el área de la psicología de la salud.....	82
Intervenciones psicosociales para el asma bronquial.....	83
Terapias psicoanalíticas.....	84
Intervenciones psicoeducativas y el automanejo ( <i>self-management</i> ).....	85
Intervenciones para el control muscular y autonómico.....	86
Terapias de relajación.....	88
Biofeedback.....	88
Hipnosis.....	89



Yoga y terapias basadas en la respiración.....	89
Intervenciones cognitivo-conductuales.....	90
Otras intervenciones.....	96
Intervenciones individuales y grupales.....	98
<b>CAPÍTULO 5. EL CV-ASMA: UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON ASMA.....</b>	<b>100</b>
Presentación del Programa.....	101
Proceso de diseño del Programa.....	101
Objetivo general del Programa.....	102
Principios clínicos generales del Programa.....	102
Población objetivo.....	103
Estructura del Programa.....	104
Módulo 1: Presentación y psicoeducación.....	104
Módulo 2: Significados y experiencia personal con la enfermedad e identificación de las relaciones pensamientos-emociones-conductas asociadas.....	106
Módulo 3: Afrontamiento del estrés.....	107
Módulo 4: Regulación emocional.....	107
Módulo 5: Estrategias para el mejoramiento de la calidad de vida.....	108
Módulo 6: Prevención de recaídas.....	109
Duración y frecuencia.....	112
Organización de las sesiones.....	112
Condiciones de aplicación.....	113
Proyección e impacto.....	113
ESTUDIO EXPERIMENTAL.....	114
<b>CAPÍTULO 6. OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y METODOLOGÍA.....</b>	<b>115</b>
Objetivos.....	116
Hipótesis.....	116
Metodología.....	117
Diseño.....	117
Participantes.....	117
Instrumentos de evaluación.....	123
Procedimiento.....	127
Análisis de los datos.....	128

CAPÍTULO 7. RESULTADOS.....	129
Variables biológicas.....	133
Variables psicosociales.....	138
Análisis de material clínico.....	155
CAPÍTULO 8. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	176
Discusión.....	177
Dificultades y limitaciones.....	181
Conclusiones.....	184
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	187
ANEXOS.....	204
Anexo 1: Consentimiento Informado.....	205
Anexo 2: Guías del terapeuta.....	211
Anexo 3: Guías del paciente.....	261
Anexo 4: Instrumentos de evaluación.....	362

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Clasificación de la severidad del asma en adultos.....	51
Tabla 2. Clasificación del asma según su grado de control sin distinción de edad.....	52
Tabla 3. Clasificación del asma según su grado de control en jóvenes y adultos.....	53
Tabla 4. Clasificación de las estrategias de afrontamiento según Moos (1993).....	79
Tabla 5. Estudios de orientación psicoanalítica en asma bronquial revisados por Benedito Monteón y Botella Arbona (1993).....	86
Tabla 6. Estudios sobre intervenciones cognitivo-conductuales para adultos con asma bronquial publicados entre 1990-2010.....	94
Tabla 7. Estadísticas de reclutamiento de los participantes del estudio según fuente de derivación.....	119
Tabla 8. Motivo de exclusión o abandono del estudio.....	120
Tabla 9. Características sociodemográficas de los grupos experimentales.....	121
Tabla 10. Características clínicas de los grupos experimentales.....	122
Tabla 11. Instrumentos y variables evaluadas en las condiciones experimentales en los diferentes momentos del estudio.....	131
Tabla 12. Puntuaciones medias pre-post y seguimientos de las variables biológicas en las diferentes condiciones experimentales.....	135
Tabla 13. Puntuaciones medias pre-post y seguimientos de sintomatología depresiva en las diferentes condiciones experimentales.....	140
Tabla 14. Puntuaciones medias pre-post y seguimientos de ansiedad estado en las diferentes condiciones experimentales.....	141
Tabla 15. Puntuaciones medias pre-post y seguimientos Percepción Global de la CV y CVRS total en las diferentes condiciones experimentales.....	153
Tabla 16. Cambios terapéuticos percibidos por los pacientes (por dispositivo y por material clínico) en correspondencia con los módulos del Programa.....	163
Tabla 17. Cambios percibidos por los pacientes (por dispositivo y material clínico) en categorías transversales.....	168
Tabla 18. Valoración de los pacientes sobre las TIS y el CP por dispositivo de intervención.....	170
Tabla 19. Calificación de los pacientes al CV-Asma por grupos y momentos de evaluación.....	174

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Interacción entre la inflamación de las vías respiratorias, los síntomas y la patofisiología del asma.....	39
Figura 2. Indicadores claves para considerar el diagnóstico de asma.....	48
Figura 3. Modelo Tridimensional de los Tres Tubos (MTT).....	106
Figura 4. Detalle de los contenidos de cada una de las sesiones del CV-Asma.....	111
Figura 5. Puntuaciones medias del PEF por grupos y momentos de evaluación.....	134
Figura 6. Puntuaciones medias de control del asma (ACT) por grupos y por momentos de evaluación.....	135
Figura 7. Porcentaje de pacientes sin crisis por grupo y momentos de evaluación.....	136
Figura 8. Porcentaje de pacientes que no concurren a guardias debido al asma por grupo y momentos de evaluación.....	137
Figura 9. Porcentaje de pacientes que no tuvo hospitalizaciones debido al asma por grupo y momentos de evaluación.....	137
Figura 10. Puntuaciones medias de sintomatología depresiva por grupos y momentos de evaluación.....	139
Figura 11. Puntuaciones medias de ansiedad estado por grupos y momentos de evaluación.....	141
Figura 12. Rangos medios Afrontamiento Cognitivo por grupos y momentos de evaluación.....	143
Figura 13. Rangos medios Afrontamiento Conductual por grupos y momentos de evaluación.....	143
Figura 14. Estrategias de afrontamiento con mayor frecuencia de uso en los pacientes por grupo y momentos de evaluación.....	145
Figura 15. Puntuaciones medias Percepción Global de la CV por grupos y momentos de evaluación.....	147
Figura 16. Puntuaciones medias dominio Físico por grupos y momentos de evaluación.....	147
Figura 17. Puntuaciones medias dominio Psicológico por grupos y momentos de evaluación.....	148
Figura 18. Puntuaciones medias dominio Relaciones Sociales por grupos y momentos de evaluación.....	149
Figura 19. Puntuaciones medias dominio Medio Ambiente por grupos y momentos de evaluación.....	149
Figura 20. Puntuaciones medias CVRS total por grupos y momentos de evaluación.....	150
Figura 21. Puntuaciones medias dimensión Ausencia de Síntomas por grupos y momentos de evaluación.....	151

Figura 22. Puntuaciones medias dimensión Ausencia de Limitaciones en las Actividades por grupos y momentos de evaluación.....	152
Figura 23. Puntuaciones medias dimensión Función Emocional por grupos y momentos d evaluación.....	152
Figura 24. Puntuaciones medias dimensión Ausencia de Reacción a Estímulos Ambientales por grupos y momentos de evaluación.....	153
Figura 25. Porcentaje de pacientes con mejoría clínicamente significativa en la CVRS total y sus dimensiones en la post intervención.....	154
Figura 26. Porcentaje de pacientes que utilizó habilidades/estrategias del CV-Asma durante los 3 meses posteriores a su finalización.....	164
Figura 27. Porcentaje de pacientes que utilizó habilidades/estrategias del CV-Asma durante los 6 meses posteriores a su finalización.....	165
Figura 28. Porcentajes de pacientes que relejeron y/o utilizaron el Cuadernillo del Paciente a los 3 y 6 meses por dispositivo de intervención.....	171
Figura 29. Razones que expresaron los pacientes que no relejeron el Cuaderni.llo del Paciente en la evaluación de seguimiento a 3 meses.....	172
Figura 30. Razones que expresaron los pacientes que no relejeron el Cuadernillo del Paciente en la evaluación de seguimiento a 6 meses.....	172

## ABREVIATURAS

AUS	Audio última sesión
CP	Cuadernillo del paciente
CV	Calidad de vida
CVRS	Calidad de vida relacionada a la salud
DI	Dispositivo individual (condición experimental)
DG	Dispositivo grupal (condición experimental)
EP	Entrevista post intervención
FEV <sub>1</sub>	Volumen de flujo espiratorio en el primer segundo
MID	Diferencia mínima de importancia ( <i>Minimal Important Difference</i> )
MTT	Modelo Tridimensional de los Tres Tubos.
GC	Grupo control-lista de espera (condición experimental)
PA	Pensamientos automáticos
PAMA	Programa de automanejo del asma
PEC	Pensamientos-emociones-conductas
PEF	Pico flujo espiratorio
TCC	Terapia cognitivo-conductual
RPR	Resolución de problemas
TIS	Tareas inter-sesión
UTIS	Última tarea inter-sesión

## Diseño y evaluación de eficacia de un programa de intervención psicosocial para adultos con asma bronquial: Aplicaciones en dispositivo individual y grupal

### Resumen

La investigación empírica ha puesto en evidencia la influencia de los factores psicosociales como moduladores de los procesos de salud-enfermedad. Este hecho dio lugar progresivamente al desarrollo de intervenciones psicoterapéuticas para diferentes poblaciones clínicas. En el caso del asma, una enfermedad inflamatoria crónica de las vías respiratorias cuya prevalencia está aumentando en el mundo, la literatura científica ha informado numerosas variables psicosociales asociadas a su desarrollo, evolución y pronóstico. En este sentido, en los últimos años en diferentes países se han empezado a implementar y a evaluar los resultados de intervenciones innovadoras que complementan los tratamientos médicos convencionales para mejorar la calidad de vida y la salud de los pacientes con asma. Los objetivos de este estudio fueron: (a) diseñar un programa de intervención psicosocial protocolizado, específico, breve y complementario al abordaje médico para pacientes con asma; (b) elaborar un protocolo de evaluación para estudiar la eficacia del programa; (c) estudiar la eficacia diferencial del programa -en lo referido a cambios clínicos e impacto sobre la calidad de vida- aplicado a pacientes adultos bajo distintas condiciones: dispositivo individual vs. grupal vs. no tratamiento; y (d) identificar los aspectos del proceso asociados a un mejor resultado terapéutico. Los pacientes (N=37) con diagnóstico de asma no comórbida con otras afecciones respiratorias fueron asignados aleatoriamente a las condiciones experimentales y evaluados en diferentes momentos: pre-intervención y seguimiento a 3 y 6 meses. Los resultados indicaron la adecuación del programa diseñado (CV-Asma) y del protocolo de evaluación para la intervención propuesta. El Programa presentó valor clínico y permitió identificar las variables relacionadas con una mejoría luego de la intervención. Se presentan también las limitaciones del estudio y se proponen líneas futuras de investigación en el campo. En Latinoamérica la producción científica sobre este tema es acotada. Particularmente en la Argentina no se informan estudios controlados que evalúen la eficacia de intervenciones psicosociales en adultos con asma, y las investigaciones empíricas sobre asma bronquial y factores psicosociales son casi inexistentes. Por estos motivos, y considerando las altas tasas de prevalencia e incidencia de esta afección respiratoria, y el deterioro que provoca en la calidad de vida de los pacientes, esta tesis doctoral pretende ser un aporte relevante tanto a nivel teórico-técnico como a nivel clínico-aplicado para un tratamiento más efectivo y de mayor alcance poblacional para esta condición clínica.

**Palabras clave:** EFICACIA – INTERVENCION PSICOSOCIAL – ASMA BRONQUIAL – CALIDAD DE VIDA - ADULTOS

Design and efficacy study of a psychosocial treatment programme for adults with bronchial asthma: Individual and group formats

**Abstract**

Empirical research has made the influence of psychosocial factors as modulators of the health-illness processes evident. This has progressively led to the development of psychotherapeutic interventions for different clinical populations. In the case of asthma, a chronic inflammatory disease of the airways with an increasing prevalence worldwide, scientific literature has informed about numerous psychosocial variables associated with its development, evolution and prognosis. In this sense, over the last few years, innovative interventions that supplement conventional medical treatments that enhance the quality of life and health of asthmatic patients have started to be implemented and assessed in different countries. The aims of this study were: (a) to design a protocolled psychosocial intervention programme, specific, brief and complementary to the medical approach of patients with asthma; (b) to develop an assessment protocol to study the programme efficacy; (c) to study the differential efficacy of the programme –concerning clinical changes and the impact on life quality – applied to adult patients under different conditions: individual format vs. group format vs. no treatment; and (d) to identify the aspects of the process associated with a better therapeutical result. The patients (N=37) with a diagnosis of asthma without comorbidities with other breathing problems were randomly assigned to experimental conditions and assessed at different times: pre-post intervention and a three – six month follow up. The results showed the adequacy of both the designed programme and the assessment protocol for the proposed intervention. The programme had clinical value and allowed for the identification of the variables related to clinical improvement. The limitations of the study and the prospective lines of research in the field are also presented. The scientific production on the subject is limited in Latin America and in Argentina in particular, there is no reference to controlled studies that assess the efficacy of psychosocial interventions in adults with asthma and empiric research on bronchial asthma and psychosocial factors are practically non-existent. It is for the above mentioned reasons plus the high rates of prevalence and incidence of this respiratory disease and the deterioration in the patients' quality of life that this doctoral thesis is meant to be a relevant contribution not only at a theoretical-technical level but also at a clinical-applied level for a more effective treatment and a far-reaching of this clinical condition.

**Keywords:** EFFICACY - PSYCHOSOCIAL INTERVENTION - ASTHMA -  
QUALITY OF LIFE - ADULTS

## Introducción

La respiración es un proceso fisiológico involuntario indispensable para la vida. Solo excepcionalmente tomamos consciencia de su presencia, algo que generalmente sucede cuando este proceso comienza a presentar dificultades y en ocasiones dolor, tal como sucede durante los síntomas agudos de asma.

El asma bronquial es una enfermedad inflamatoria crónica caracterizada por el estrechamiento -y la consecuente obstrucción- de las vías aéreas respiratorias frente a distintos estímulos (humos, irritantes, frío, niebla, ejercicio, factores psicoemocionales y estrés). Sus síntomas característicos son: disnea, sibilancias, opresión torácica, tos y secreciones. Las crisis asmáticas son parcial o totalmente reversibles de forma espontánea o con tratamiento.

Actualmente, la mortalidad debida al asma es un hecho relativamente infrecuente, no obstante aún constituye un importante problema de salud pública por sus elevados índices de prevalencia e incidencia. El carácter crónico y episódico de las manifestaciones asmáticas puede provocar importantes alteraciones psicosociales en los pacientes y sus familias, producto de las consecuencias de la enfermedad (estigmatización, ausentismo laboral y/o académico, interrupción de las actividades cotidianas y de recreación, e impacto en la economía debido al costo de la medicación y la pérdida de días laborales). Asimismo, a pesar de los avances farmacológicos, actualmente no se dispone de un tratamiento curativo para el asma, por lo cual el objetivo principal de todo abordaje es el control de la enfermedad y el mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes.

Hace tiempo que la salud y la enfermedad han dejado de constituir fenómenos en oposición para dar lugar a una comprensión multicausal y multidimensional, compatible con una concepción biopsicosocial del ser humano. En este sentido, la Psicología de la Salud se ha establecido como un campo de conocimiento y un área activa de trabajo que aplica los procedimientos y técnicas psicológicas a diferentes aspectos y niveles del proceso de salud-enfermedad, y principalmente al cuidado de la salud. La investigación en este campo de trabajo ha puesto en evidencia la influencia de factores psicosociales como moduladores de los procesos de enfermedad y de respuesta a los tratamientos, así como el impacto negativo que la enfermedad puede tener sobre la condición psicosocial del paciente. Este hecho se ha visto reflejado en el diseño y evaluación de intervenciones psicosociales para diversas poblaciones clínicas. Actualmente se sabe que los abordajes psicoterapéuticos son complementos efectivos de los tratamientos médicos, particularmente para la mejoría de la calidad de vida de los pacientes. Sin embargo las características y el curso específico de cada enfermedad no han permitido proponer respuestas universalmente aplicables. Este hecho ha dado lugar al desarrollo y evaluación de intervenciones ajustadas a necesidades específicas de cada población clínica.

En el caso del asma bronquial, distintos campos disciplinares relacionados con la salud hace tiempo vienen trabajando con el propósito de identificar variables psicosociales vinculadas con la evolución y el manejo de esta enfermedad respiratoria. En similar dirección, en diferentes partes del mundo se han empezado a poner en práctica y a evaluar los resultados de programas de intervención que complementan los tratamientos médicos convencionales para el asma bronquial. No obstante aún resulta necesario optimizar los diseños y probar su eficacia con una mayor cantidad de pacientes y en distintas condiciones experimentales para determinar si este tipo de intervenciones impacta diferencialmente sobre una reducción y/o alivio sintomático, la salud mental y la calidad de vida de las personas con asma. En Argentina, no se reportan estudios empíricos controlados sobre el diseño y la prueba de eficacia de intervenciones psicosociales para personas con asma bronquial ajustadas a las características y requerimientos de nuestra región.

Esta última ha sido una de las principales motivaciones para la realización de esta tesis doctoral cuyos objetivos fueron: (a) diseñar un programa de intervención psicosocial protocolizado, específico, breve y complementario al abordaje médico para pacientes con asma; (b) elaborar un protocolo de evaluación para estudiar la eficacia del programa; (c) estudiar la eficacia diferencial del programa -en lo referido a cambios clínicos e impacto sobre la calidad de vida- aplicado a pacientes adultos bajo distintas condiciones: dispositivo grupal vs. individual vs. no tratamiento; y (d) identificar los aspectos del proceso asociados a un mejor resultado terapéutico.

El estudio se ha realizado con pacientes jóvenes y adultos, motivo por el cual la bibliografía utilizada se refiere predominantemente a este segmento poblacional. Por lo tanto, en el caso de que los datos incluidos aludieran también a población infantil se realizará la aclaración pertinente.

Esta tesis está estructurada en ocho capítulos. El primero de ellos aborda los conceptos de salud y enfermedad, y delimita el campo de la psicología de la salud como marco de referencia y desarrollo. El segundo capítulo está dedicado a las características clínicas del asma bronquial, su etiología, diagnóstico y tratamiento. Se revisan detalladamente los aspectos biológicos del asma debido a que como psicólogos de la salud que nos desempeñamos en el abordaje psicológico de las enfermedades físicas, esta información nos permite un mejor conocimiento de la naturaleza de la enfermedad, su evolución y las características de su tratamiento, y, de esta manera, una mayor comprensión de la experiencia del paciente, lo que nos permite el diseño de intervenciones más ajustadas a las necesidades de esta población clínica. Finalmente en este capítulo se presentan datos epidemiológicos nacionales e internacionales sobre esta afección respiratoria. El capítulo tercero aborda los factores psicosociales estudiados en relación a las enfermedades médicas en general y al asma bronquial en particular. Se expondrán en esta dirección los

principales resultados de las investigaciones empíricas sobre: calidad de vida, ansiedad, depresión, alexitimia, personalidad y afrontamiento, por tratarse de las variables más claramente relacionadas con el asma bronquial. En el cuarto capítulo se introducen las intervenciones psicosociales complementarias a los tratamientos médicos convencionales para personas con enfermedades físicas, y se presenta una revisión de este tipo de intervenciones en pacientes con asma. En el capítulo quinto se describe el Programa de intervención psicosocial diseñado como parte de esta investigación, denominado CV-Asma. Se detallan sus objetivos, los principios clínicos que lo sustentan, la población a la que se dirige, su estructura, duración, frecuencia, contenidos y condiciones de aplicación. En el capítulo sexto se especifican los objetivos, hipótesis y metodología de esta investigación y en el capítulo séptimo y octavo se presentan los resultados, la discusión y las conclusiones. Finalmente se incluyen las referencias bibliográficas correspondientes a la literatura consultada a lo largo de todo el estudio, y un Anexo con el consentimiento informado, los protocolos del Programa de intervención diseñado (Guías del terapeuta y Guías del paciente), y los instrumentos de evaluación utilizados.

# MARCO TEÓRICO

**CAPÍTULO 1**  
**LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD**  
**COMO CAMPO DE TRABAJO**

## **Acerca de los Conceptos de Salud y Enfermedad**

La salud y la enfermedad han preocupado al ser humano desde siempre, ya que son inherentes a su bienestar y su supervivencia (Becoña & Oblitas, 2004). Son fenómenos que se implican recíproca y dialécticamente, y que al momento de definirlos no suponen conceptos unívocos. Estos términos han adquirido distintos significados a lo largo de la historia, e incluso coexisten conceptualizaciones diversas -en algunos casos contradictorias entre sí- en una misma época y espacio geográfico (Ballester, 1997).

Se pueden identificar tres grandes modelos de salud y enfermedad: los llamados viejos modelos, el modelo biomédico y el modelo biopsicosocial. Si bien cada uno de ellos ha sido representativo de una época en particular, de alguna u otra manera todos han convivido siempre, aún hasta nuestros días (Ballester, 1997). A continuación se describe cada uno de ellos.

### **Los Viejos Modelos: Modelo Sobrenatural, Natural y Moral**

#### **Modelo sobrenatural.**

Ante la ausencia de explicaciones científicas en las culturas prehistóricas, la salud y la enfermedad fueron atribuidas a etiologías sobrenaturales. Se creía que las enfermedades eran causa de los demonios u otras fuerzas espirituales, para las cuales había medidas terapéuticas tales como el exorcismo, la trepanación, los rituales y las danzas (Ballester, 1997; Becoña & Oblitas, 2004; Belar, McIntyre, & Matarazzo, 2003).

Durante la época de primacía del modelo sobrenatural de salud y enfermedad también se documentaron otras prácticas como la cirugía, las prácticas higiénicas y las medicaciones de origen vegetal (Ballester, 1997), las cuales evidencian esta coexistencia de modelos a la que aludíamos anteriormente.

#### **Modelo natural.**

Con el desarrollo del pensamiento racional y filosófico del siglo V a.C. en la Antigua Grecia, y a partir de las concepciones naturalistas del mundo que elaboraron los filósofos presocráticos, comienzan los intentos de encontrar las causas naturales de la enfermedad. Este hecho implicó un cambio importante respecto a las interpretaciones mágicas que le antecedían. En esta época podemos ubicar a autores tales como Hipócrates, considerado el padre de la medicina moderna, a quien se le atribuye la adopción del método científico como una de sus principales conquistas, algo que permitió fundar los diagnósticos en la observación y la experiencia clínica (Ballester, 1997; Becoña & Oblitas, 2004; Belar et al., 2003). Este modelo de salud y enfermedad se basaba en el supuesto de que la naturaleza tiene una tendencia y una fuerza curadora en sí misma y que el papel primordial del médico es ayudar a la naturaleza en este proceso de curación. Para restablecer la salud se

recomendaba una buena dieta y la evitación de excesos; es decir que el paciente también era responsable a través de sus comportamientos de su estado de salud. Esta idea es actualmente uno de los principios de la Psicología de la Salud (Ballester, 1997).

### **Modelo moral.**

Este modelo, promovido principalmente por la Iglesia, es el que predominó tras la caída del Imperio Romano en el siglo V y durante la Edad Media hasta el descubrimiento de América en el siglo XV. La enfermedad era entendida como un castigo por una conducta moralmente reprobable, por una violación a las leyes divinas. Nuevamente se actualizan en esta época las ideas que ubican a las posesiones demoníacas de los cuerpos como principal causa de la enfermedad, lo que hizo que fueran los sacerdotes quienes estuvieran a cargo de la medicina. En base a este sistema de creencias las prácticas terapéuticas legitimadas eran las torturas corporales para provocar la huída de los espíritus malignos y la promoción de la fe para la curación. Aunque este modelo -que en muchas circunstancias aparece combinado con el modelo sobrenatural- parezca anacrónico sigue mucho más vigente de lo que pudiera pensarse (Ballester, 1997; Becoña & Oblitas, 2004).

### **Modelo Biomédico**

Pasada la Edad Media, en el Renacimiento se produjo un retorno a las explicaciones naturales de la enfermedad, se volvió a poner la atención en lo humano y en la capacidad del hombre para explicar el mundo que le rodeaba; la medicina volvía a mano de los médicos (Ballester, 1997; Becoña & Oblitas, 2004).

El modelo biomédico permitió los más grandes progresos científicos y tecnológicos<sup>1</sup> en todos los campos de la medicina, y se superaron varias de las principales causas de enfermedad y muerte que habían constituido una amenaza desde la antigüedad (Ballester, 1997; Becoña & Oblitas, 2004; Belar et al., 2003). Desde esta perspectiva la salud es comprendida como ausencia de enfermedad, y el ser humano como una maquinaria que eventualmente puede romperse. Cuando la maquinaria funciona sin desperfectos ni alteraciones se la considera sana; en su defecto, si algo no funciona o se rompe se considera que ha enfermado. En este último caso es el médico el que puede y debe restaurar este daño eliminando la pieza que no funciona o solucionando el desperfecto orgánico (Ballester, 1997; Morrison & Bennett, 2008).

A pesar de su gran prestigio, aceptación e importantes aportes, dos de los supuestos básicos del modelo biomédico han sido severamente criticados: el dualismo mente-cuerpo y el reduccionismo. El primero comprende al cuerpo como entidad física

---

<sup>1</sup> Algunos ejemplos de descubrimientos y avances han sido la invención del microscopio y del termómetro, el hallazgo de Semmelweis sobre el contagio de la fiebre puerperal, los trabajos de Virchow en patología y los de Pasteur en bacteriología (Ballester, 1997; Becoña & Oblitas, 2004).

separada de la mente, por lo tanto desde este modelo, los pensamientos, las emociones y los comportamientos de las personas nada tendrían que ver con su salud y enfermedad. El carácter reduccionista de esta perspectiva implica que toda enfermedad se reduce al lenguaje de la física y de la química, ignorando importantes determinantes de la salud y la enfermedad tales como las medidas de salud pública, las condiciones sociales y las conductas de las personas (buscar ayuda profesional, cesar en su tabaquismo, cuidar la dieta, reducir los niveles de estrés, etc.). También el modo en que la persona vive su enfermedad y su tratamiento ha sido ignorado en el marco del modelo biomédico. Una de las dificultades más importantes con que se ha encontrado este modelo ha sido la de explicar los casos en los que la experiencia y/o expresión de la enfermedad es desproporcionada respecto a la patología orgánica subyacente (Ballester, 1997; Becoña & Oblitas, 2004). Asimismo hubo una serie de factores que contribuyeron a la búsqueda de un modelo más amplio y comprensivo de la salud y la enfermedad. Entre los factores más importantes se han identificado: (a) el cambio de las pautas de morbilidad y mortalidad, que indican la disminución de las enfermedades infecciosas y el aumento de las enfermedades crónicas; (b) el incremento de los costos de la gestión de salud de los sistemas sanitarios; y (c) un mayor énfasis en la calidad de vida (Ballester, 1997; Bishop, 1994). Las críticas al modelo biomédico sumadas a los factores antes mencionados motivaron el surgimiento de un nuevo modo de comprender la salud y la enfermedad: el modelo biopsicosocial.

### **Modelo Biopsicosocial**

Este modelo fue formulado formalmente por Engel en 1977 como alternativa al enfoque biomédico, aunque anteriormente distintos profesionales e investigadores habían advertido sobre la necesidad de una perspectiva diferente para comprender la salud y la enfermedad (Ballester, 1997; Becoña & Oblitas, 2004; Morrison & Bennett, 2008).

El supuesto básico de esta perspectiva es que la salud y la enfermedad son el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales. Por lo tanto, todos estos factores deben ser considerados al momento del diagnóstico y el tratamiento de una patología. De este modo se opone al dualismo mente-cuerpo y al reduccionismo propio del modelo biomédico. La perspectiva biopsicosocial está apoyada en la teoría de los sistemas postulada en 1968 por Bertalanffy (Ballester, 1997), que sostiene que todos los elementos o niveles constitutivos de un sistema (en este caso el hombre) están interrelacionados, y que un cambio o perturbación en un nivel del sistema afecta también al resto de niveles.

En el marco de este modelo también se observa un giro desde lo asistencial hacia lo preventivo. La salud ya no se concibe como algo que hay que conservar o restablecer sino como algo que hay que desarrollar (Becoña & Oblitas, 2004). En este sentido, el paciente es considerado un ser activo en el modo en que cuida de su salud y afronta sus síntomas. En

este escenario el trabajo interdisciplinario se vuelve una necesidad en los servicios de salud (Ballester, 1997).

Dentro del mismo modelo biopsicosocial se dispone de numerosas y diversas definiciones de la salud, pero tal como señala Rafael Ballester (1997) "por el momento no contamos con ninguna totalmente satisfactoria" (p. 58). Una de las más reconocidas ha sido la brindada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1946 (citado en Ballester, 1997) que en el Preámbulo de su Constitución define la salud como "el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de patología orgánica o enfermedad".

Si bien en esta definición se destaca el intento de establecer un consenso mundial sobre lo que se entiende por salud, ésta ha sido objeto de algunas críticas. Una de ellas es que no especifica el significado del término bienestar. Otra refiere al carácter estático que se le atribuye a la salud cuando en realidad se trata de un proceso dinámico y cambiante que se puede dar en diferentes grados y en distintos momentos (Ballester, 1997; Becoña & Oblitas, 2004). Atendiendo a las limitaciones mencionadas en la presente investigación se adoptó la definición de Gabriel Gyarmati (1992 citado en Lull, 1999):

La salud no es un estado, tampoco lo es la enfermedad. Son parte de un proceso multidimensional. El individuo, a lo largo de su vida, se va desplazando sobre un eje salud-enfermedad (y muerte), acercándose ya a uno ya a otro de sus extremos, según si se refuerza o se rompe el equilibrio entre factores que están permanentemente interactuando: físicos, biológicos, psicológicos, sociales, culturales y ambientales (p.41).

Asimismo, como señala Ballester (1997) diversos autores como Reading (1977), Barondess (1979) o Kleinman (1986) han utilizado dos conceptos diferentes para distinguir aspectos objetivos y subjetivos del enfermar. El término *disease* para hacer referencia a los procesos orgánicos patológicos, a los daños estructurales ocurridos en los tejidos y órganos del individuo, es decir, aquellos eventos públicos y objetivos posibles de verificación. Y el término *illness* para referir a la experiencia subjetiva de malestar y sufrimiento del paciente, que no es observable directamente y que puede estar o no respaldada por una disfunción fisiológica. En este estudio se considerarán ambos aspectos del enfermar.

En el contexto del modelo biopsicosocial y la concepción de la salud y la enfermedad como un proceso multideterminado, surge la psicología de la salud, marco en el que se inscribe esta investigación.

## Historia y Evolución de la Psicología de la Salud

Como se pudo observar a partir de lo expuesto en los apartados anteriores, las raíces de la psicología de la salud son tan antiguas como la historia de la humanidad. Sus orígenes están íntimamente relacionados con las visiones unitarias de la relación mente-cuerpo a lo largo de la historia (Belar et al., 2003). Los psicólogos han participado activamente en el sistema de salud mucho antes de que se delimitara y se diera entidad a un campo denominado Psicología de la Salud. Desde los mismos inicios de la psicología como disciplina, autores de gran relevancia destacaron los potenciales aportes de los psicólogos al campo de la salud. Por ejemplo, William James consideró en muchas de sus obras cuestiones relacionadas a la salud, principalmente en su trabajo de 1922 *On vital Reserves: The energies of Men; The Gospel of Relaxation*, donde aborda temas tales como la invalidez crónica o los ejercicios de Yoga. Otra figura de la historia de la psicología, Stanley Hall en su libro *Health, growth and heredity* de 1904, también destacaba la importancia de la medicina preventiva y la concepción integral de la salud (Ballester, 1997).

En 1911 la Asociación Psicológica Americana (APA) celebra una mesa redonda en su reunión anual para considerar cómo la psicología podía contribuir a la educación y a la práctica médica. En esa oportunidad hubo un acuerdo absoluto acerca de la importancia de una formación psicológica en los estudiantes de medicina de modo que pudieran comprender la globalidad de la persona y no simplemente un órgano o una lesión. La implementación de esta formación fue lenta, no obstante varios estudios realizados a partir de 1950 documentaron un crecimiento sostenido de la cantidad de psicólogos que dictaban clases en la facultad de medicina. La psicología comenzaba a gestar su rol en el sistema de salud en el ámbito académico; la figura de los psicólogos como prestadores de servicios en salud llegó tiempo después (Ballester, 1997; Belar et al., 2003).

Asimismo entre 1920 y 1950 se consolida un campo disciplinar que también ha influido en los orígenes de la psicología de la salud: la medicina psicosomática (Belar et al., 2003). Este campo ha evolucionado desde un ámbito eminentemente clínico, anclado en las conjeturas y las teorías, hasta convertirse en una disciplina basada en la investigación empírica que está creciendo y difundiendo sus hallazgos en muchas áreas de la atención médica (Levenson, 2006). El mayor aporte de la medicina psicosomática ha sido el reconocimiento del rol de los factores psicológicos y sociales en la etiología, el curso, el mantenimiento y el tratamiento de la enfermedad (Belar et al., 2003).

Desde sus orígenes, la medicina psicosomática fue dominada por dos enfoques: el psicodinámico y el psicofisiológico. Cada uno de ellos estudió la relación mente-cuerpo desde diferentes posiciones, y contribuyó al crecimiento de la disciplina (Belar et al., 2003; Levenson, 2006). El psicoanálisis, más allá de los matices de cada autor, basaba su conocimiento en la observación clínica y sostenía que los conflictos a nivel psíquico y



emocional constituían la etiología de ciertos desórdenes orgánicos. La psicofisiología en cambio, centró sus estudios en los mecanismos del estrés y sustentó sus trabajos en la experimentación. Si bien estos desarrollos fueron contemporáneos (y en la actualidad aún coexisten), a partir de la década del cincuenta el enfoque psicoanalítico comenzó a ser cuestionado por su falta de rigor científico, concomitantemente al surgimiento de un nuevo modelo que competía con él: el modelo biopsicosocial, que enfatiza las interrelaciones mutuas entre múltiples procesos biológicos, psicológicos y sociales (Belar et al., 2003).

En este contexto diferentes profesionales e investigadores iban desarrollando sus trabajos y estudios hasta que en el año 1969 se publica en el *American Psychologist* un artículo de William Schofield que es considerado un hito para el desarrollo de la psicología de la salud. El artículo de Schofield consistió en una revisión de las publicaciones incluidas en *Psychological Abstracts* entre 1966 y 1967, que concluía que solo el 19% de éstas versaban sobre temas ajenos a la salud mental. A partir de este dato el autor subrayó la necesidad de que los psicólogos investigaran y trabajaran en un rango más amplio de temas. La consecuencia más importante de este artículo fue la designación en 1973 por parte de la APA de un grupo de trabajo dirigido por este mismo autor (*Task Force on Health Research*) para sistematizar y difundir información sobre el estado de la investigación de conductas relacionadas con la salud. Luego de un intensivo trabajo de revisión, el *Task Force* concluyó que eran pocos los psicólogos interesados por los problemas de la salud y la enfermedad, ya sea en lo que respecta a la investigación básica y aplicada como a su rol como proveedores de salud. Una de las principales consecuencias de la labor del *Task Force on Health Research* fue la organización en 1975 de la Sección de Investigación en Salud (*Section on Health Research*) bajo los auspicios de la *División de Psicólogos en el Servicio Público de la APA* (División 18). Su primer presidente fue Schofield y comenzó con 150 socios fundadores (Ballester, 1997; Belar et al., 2003; Matarazzo, 1980).

Ante el acelerado crecimiento de esta Sección sus miembros estimaron la posibilidad de conseguir el estatus como división independiente dentro de la APA con el objetivo de lograr un mayor desarrollo de este campo disciplinar. Finalmente, en la reunión anual de la APA del año 1978 fue creada la División 38 denominada División de Psicología de la Salud (*Division of Health Psychology*) con Joseph D. Matarazzo como su primer presidente (Ballester, 1997; Belar et al., 2003). Matarazzo fue quien propuso la primera definición de la nueva disciplina. Un año después de su surgimiento, la División de Psicología de la Salud crea su revista como principal órgano de difusión, y en enero de 1982 aparece el primer número de *Health Psychology* (Ballester, 1997).

La psicología de la salud también se expandió y desarrolló en diferentes partes del mundo, más allá de las fronteras de Estados Unidos. En Europa, seis años antes de que la División 38 de la APA fuera fundada, se organizó una conferencia internacional de psicología de la salud en Tilburg (Países Bajos) que dio lugar a la formación en 1986 de la

Sociedad Europea de Psicología de la Salud (EHPS), y que representa un hito importante en el avance de este campo en Europa (Belar et al., 2003).

El desarrollo y el estado de la psicología de la salud no se presentan de manera equivalente en todos los países. Existen zonas geográficas como África donde se enfrenta el desafío de cubrir necesidades más básicas que la atención psicológica en los problemas de salud, y en las que el desarrollo de esta disciplina es prácticamente inexistente. Sin embargo, en otros países en vías de desarrollo se encuentran interesantes trabajos en el área, algunos que ponen más énfasis en la investigación, otros en las aplicaciones clínicas o en las intervenciones comunitarias, y algunos que continúan la clásica tarea de los orígenes referida a la enseñanza de la psicología a profesionales médicos (Ballester, 1997).

En Latinoamérica el desarrollo de la psicología de la salud depende del avance de la psicología en cada país, de los modelos teóricos imperantes y del grado de consolidación de la psicología clínica (Becoña & Oblitas, 2004).

Específicamente en relación a los orígenes y desarrollo de esta disciplina en nuestro país, no se ha hallado bibliografía hasta la actualidad. En lo que respecta al resto del mundo (principalmente Estados Unidos y Europa) se destacan una serie de razones acerca del rápido crecimiento de la Psicología de la Salud (Belar et al., 2003; Marks et al., 2006):

1. El cambio en los patrones de mortalidad y morbilidad de las enfermedades transmisibles (tuberculosis e influenza) hacia las enfermedades crónicas y los accidentes.
2. El reconocimiento de causas conductuales asociadas con las enfermedades crónicas, tales como el tabaquismo o el sedentarismo.
3. Los costos crecientes de los cuidados de la salud y el aumento de apoyo a enfoques de las ciencias conductuales.
4. El cambio del foco hacia la salud, la prevención de la enfermedad y la calidad de vida.
5. El reconocimiento dentro de la medicina de las limitaciones del modelo biomédico tradicional para explicar la salud y la enfermedad.
6. El desarrollo dentro de la psicología de herramientas conceptuales y de investigación para contribuir al abordaje de la enfermedad y el cuidado de la salud.
7. La búsqueda de alternativas al sistema del cuidado de la salud tradicional.

En definitiva, se evidencia un cambio respecto al rol de la psicología en la investigación y práctica de las conductas de salud: se ha pasado de un foco centrado en la salud mental a una concepción de salud más amplia e inclusiva y menos restrictiva (Belar et al., 2003).

### **Definición y Delimitación de la Psicología de la Salud**

Como destaca Rafael Ballester (1997), cualquier disciplina o campo de conocimiento que surge y desea hacerse un lugar en el saber científico, debe establecer claramente qué es lo específico que aporta respecto a otras ya conocidas, y de este modo establecer su campo de conocimientos, de investigación y de práctica con el objetivo de justificar la necesidad de su existencia. Según el autor, en el caso de la psicología de la salud, este proceso de delimitación aún está en curso. Lo que es claro e indiscutible hasta nuestros días es que está basada en un modelo biopsicosocial (Belar et al., 2003; Matarazzo, 1980) para comprender e intervenir sobre la salud y la enfermedad.

Según Buéla-Casal y Carrobles (1996) la psicología de la salud es un área de especialización de la psicología que nace para dar respuesta a una demanda sociosanitaria. La primera definición ha sido brindada por Matarazzo (1980), primer presidente de la División de Psicología de la Salud de la APA, quien la definió como:

el conjunto de contribuciones educativas, científicas y profesionales de la disciplina de la psicología a la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, y la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y disfunciones relacionadas (p. 815).

Dos años después Matarazzo (1982) agrega a esta definición: "y al análisis y la mejora de los sistemas sanitarios y de la política de formación sanitaria" (p. 4). Con esta última frase Matarazzo intentaba enfatizar la necesidad de prestar atención a los contextos sociales, políticos y económicos de la salud y las conductas de salud, además de atender a la responsabilidad individual en el mantenimiento de la salud y el bienestar, con el objetivo de reducir los costos asociados a determinadas condiciones que se pueden prevenir (Ballester, 1997). Actualmente esta es la definición oficial de la APA (Marks et al., 2006).

Marks et al. (2006) proponen otras definiciones que consideran a la psicología de la salud como un campo interdisciplinario. No obstante, el foco sigue colocado en los aportes que la psicología hace al campo de la salud, lo cual se observa en la definición brindada por estos autores: "La psicología de la salud es un campo interdisciplinario interesado en la aplicación de conocimientos y técnicas psicológicas a la salud, la enfermedad y el cuidado de la salud" (p.8).

En la actualidad se observa gran controversia al momento de definir este campo de trabajo debido a que existen una serie de áreas estrechamente relacionadas cuyas actividades y objetivos se han visto solapados. No obstante, la división de Psicología de la Salud de la APA (División 38) ha establecido diez objetivos prioritarios y específicos de esta disciplina (Buela-Casal & Carrobles, 1996):

1. Comprender y evaluar la interacción entre el estado de bienestar físico y los diferentes factores biológicos, psicológicos y sociales.
2. Entender cómo las teorías, los principios y los métodos de investigación psicológica pueden aplicarse para potenciar los enfoques biomédicos en la promoción de la salud y el tratamiento de la enfermedad.
3. Comprender la naturaleza de la respuesta de estrés y su importancia en la etiología y el proceso de adquisición de un gran número de problemas de salud.
4. Entender cómo los métodos y técnicas cognitivo-conductuales pueden ayudar a las personas a afrontar y controlar el estrés.
5. Desarrollar las habilidades necesarias para diseñar y aplicar programas cuyo objetivo sea el de crear o incrementar hábitos y estilos de vida personales de salud.
6. Comprender las dificultades que experimentan los pacientes al decidir buscar tratamiento para sus molestias o problemas.
7. Ser consciente del estado y de las condiciones experimentadas por los pacientes en el ámbito hospitalario, así como de los factores que afectan la adherencia a los tratamientos médicos y las fuentes de problemas en lo que a las relaciones médico-paciente se refiere.
8. Entender las diferencias existentes entre los métodos psicológicos y médicos para reducir el dolor y cómo se combinan éstos para mejorar la eficacia de los tratamientos.
9. Ser conscientes del impacto que las enfermedades incapacitantes y terminales producen en los propios pacientes y sus familias.
10. Descubrir y entender cómo las técnicas y los principios psicológicos pueden aplicarse para ayudar a los pacientes a afrontar y tratar de controlar las enfermedades crónicas.

### **Áreas Relacionadas con la Psicología de la Salud**

Los límites entre la psicología de la salud y otras disciplinas o áreas de conocimiento siempre han estado poco claros. Sin embargo diversos autores han realizado esfuerzos

orientados a su definición y delimitación. Algunas de las áreas que se diferencian pero que al mismo tiempo han presentado superposiciones en algún punto con la psicología de la salud son: Sociología Médica, Antropología Médica, Medicina Psicosomática, Medicina Comportamental, Salud Comportamental, Psicología Médica, Psicología Clínica, Psicofisiología Experimental y Psiconeuroendocrinoinmunología (PNEI).

### **Sociología Médica**

Tal como se abordó al principio de este capítulo, desde la antigüedad se han encontrado hechos que relacionan la salud con factores sociales y culturales. Sin embargo la sociología médica no emergió como campo organizado hasta las décadas de los 40 y los 50 (Ballester, 1997; Becoña & Oblitas, 2004). Se trata de una especialidad de la sociología que estudia los aspectos sociales de la salud y la enfermedad. Le interesan temas como la relación entre los patrones sociales y la distribución poblacional de las distintas enfermedades y de la mortalidad, los efectos del estrés social sobre los procesos de salud-enfermedad, las respuestas sociales y culturales a la salud y la enfermedad, y la organización institucional del cuidado de la salud entre otras (Becoña & Oblitas, 2004). Una de las características de la sociología médica, similar a lo que sucede con su disciplina madre, es que aborda una gran cantidad de tópicos con una amplia diversidad de enfoques teóricos y metodológicos (Ballester, 1997).

Es claro que la sociología médica focaliza toda su atención en los factores socioculturales que influyen sobre la salud, mientras que la psicología de la salud, sin desconocer dichos factores, se centra predominantemente en los procesos psicológicos implicados.

### **Antropología Médica**

En la misma dirección a lo señalado para la sociología médica, los antropólogos comenzaron a trabajar en el ámbito de la salud mucho antes de que se constituyera la especialidad. También fue en las décadas del 40 y del 50 que se publicaron las primeras revisiones sobre los aportes de la Antropología al campo de la salud, pero recién en 1963 se utilizó por primera vez el término Antropología Médica en el título de un trabajo de revisión de Scotch (Ballester, 1997).

Dentro de la antropología médica se observan dos grandes ramas en correspondencia con la división ya presente en la disciplina de base: la antropología física y biológica por un lado, y la antropología social y cultural por otro. Los antropólogos que han trabajado en el ámbito de la medicina, por lo general lo han hecho desde el ámbito de la antropología social y cultural (Ballester, 1997).

Desde esta orientación y en rasgos generales, la antropología médica hace hincapié en los aspectos culturales de la salud y en cómo la gente comprende la salud y la

enfermedad dentro de una cultura en particular. Asimismo le interesa conocer las creencias colectivas acerca de la salud y realizar comparaciones transculturales de los sistemas de curación. En el caso de la psicología de la salud, si bien reconoce la importancia de la cultura en el modo en que los sujetos abordan los asuntos de salud y enfermedad, su interés se centra en las creencias individuales y las conductas relacionadas a los patrones de salud (Becoña & Oblitas, 2004).

### **Medicina Psicosomática**

La medicina psicosomática nace como una subespecialidad de la psiquiatría (Scheiber, 2006), y en algunos casos también se la ha llamado Psiquiatría de Enlace (Lobo, 2006). El término *psicosomático* fue utilizado por primera vez en 1818 por el psiquiatra alemán Johann C. Heinroth y Felix Deutsch que introdujeron el término de *medicina psicosomática* en 1922 (Levenson, 2006; Margetts, 1950 citado en Sandín, Chorot, Santed, & Jiménez, 1995). La denominación de medicina psicosomática surge como un enfoque médico de la enfermedad que se opone a la tradicional orientación dualista del hombre, que concibe a la mente y al cuerpo como dos entidades separadas (Sandín et al., 1995).

La investigación, el tratamiento y la formación en medicina psicosomática se han desarrollado velozmente en la última década, aunque su evolución y maduración data de muchos años gracias a las contribuciones de psiquiatras y médicos como Dunbar, Deutsch, Alexander, Wolff y Grinker, en la primera mitad del siglo XX. En la década del 30 se fundó la Sociedad Psicosomática Americana y en la década del 50 la Academia de Medicina Psicosomática. Posteriormente, en los años 70, la medicina psicosomática tuvo importantes avances con la aparición de una gran producción de textos como los de Hill, Munro, Weiner, Lipowsky, Lipsitt y Whybrow entre otros; y con el surgimiento del modelo biopsicosocial de la mano del médico internista y psicoanalista George Engel como unos de sus principales exponentes. No obstante fue reconocida oficialmente recién en el año 2003 por el Consejo Americano de Psiquiatría y Neurología (*American Board of Psychiatry and Neurology*) a través del Consejo Americano de Especialidades médicas (*American Board of Medical Specialties*). Actualmente es un ámbito clínico y de investigación que se expande rápidamente (Scheiber, 2006).

La medicina psicosomática ha tenido connotaciones ambiguas, que han variado entre lo *psicógeno* y lo *holístico*. La concepción psicógena implica concebir a los factores psicológicos como causa de la enfermedad. Por el contrario la concepción holista no concibe a lo psíquico como algo separado de lo físico y la enfermedad es considerada un producto de la interacción entre estos aspectos del ser humano. Esta última acepción es la que caracterizó la aparición de la medicina psicosomática como disciplina científica y clínica contemporánea (Lipowsky, 1984 citado en Levenson, 2006; Sandín et al., 1995). Fue definida por Weiner (1985 citado en Becoña & Oblitas, 2004) como una aproximación que

defiende la hipótesis de que los factores psicológicos y sociales desempeñan un papel en la predisposición, el desencadenamiento y el mantenimiento de muchas enfermedades.

Como se sostuvo en párrafos anteriores, la medicina psicosomática ha estado involucrada en los orígenes de la psicología de la salud, y si bien encontramos varios puntos de contacto entre ellas (principalmente en lo que respecta a la adopción del modelo biopsicosocial de salud-enfermedad y la concepción holística de lo psicosomático), la historia y la orientación de la medicina psicosomática son distintas (Becoña & Oblitas, 2004). En primer lugar la disciplina base de cada una de ellas es diferente, una proviene de la medicina y constituye una subespecialidad de la psiquiatría, mientras de la otra se fundamenta en la psicología. En segundo término, la psicología de la salud pone un mayor énfasis en la salud y la prevención, mientras que a la medicina psicosomática le interesa principalmente la influencia de los factores psicosociales en las diferentes enfermedades.

### **Medicina Comportamental**

La expresión medicina comportamental aparece a principios de los años 70 en un libro de Birk titulado *Biofeedback: behavioral medicine*. Por este motivo, en una primera etapa muchos autores consideraban que la medicina conductual solo se refería a la aplicación de las técnicas de biofeedback al tratamiento de diversos trastornos físicos. No obstante a través de los años la medicina comportamental fue ampliando su campo de aplicación y se extendieron las técnicas de modificación de conducta utilizadas (Ballester, 1997; Buela-Casal & Carrobbles, 1996), aunque con un predominio de las intervenciones dirigidas a modificar las respuestas fisiológicas (Becoña & Oblitas, 2004). En el año 1977 se celebra la Conferencia de Yale organizada por la Universidad de Yale y por el *National Heart, Lung and Blood Institute (NHLBI)*, con el objetivo de analizar este nuevo campo de trabajo. En dicho encuentro se acuerda la primera definición de medicina comportamental (véase Schwartz & Weiss, 1977, p. 379). En una segunda reunión al año siguiente con varios de los participantes de la Conferencia de Yale se vuelve a analizar el término y se establece la siguiente definición:

un campo interdisciplinar interesado en el desarrollo e integración de los conocimientos y técnicas de la ciencia biomédica y comportamental relevantes para la salud y la enfermedad y la aplicación de este conocimiento y técnicas a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación (Schwartz & Weiss, 1978 citado en Ballester, 1997, p.163).

Asimismo en Marzo de 1978 se publicó el primer número del *Journal of Behavioral Medicine* a partir del incentivo de los participantes de la conferencia de Yale de 1977 (Matarazzo, 1994), como medio para divulgar los resultados de las investigaciones productivas

del nuevo espíritu interdisciplinar (Ballester, 1997). Otro importante desarrollo tuvo lugar cuando en 1977 el NHLBI (*National Heart, Lung, and Blood Institute*) incorpora la rama Medicina Conductual. Así en un periodo de menos de dos años (durante 1977-1978) una nueva disciplina quedó consolidada con una definición formal, una revista donde publicar, y legitimidad institucional (Matarazzo, 1994).

Más allá de la definición tradicional de la medicina comportamental, existe un gran número de conceptualizaciones, en las que se pueden identificar una serie de características definitorias y comunes (Ballester, 1997):

1. La interdisciplinariedad con el objetivo de comprender, evaluar, diagnosticar, tratar y prevenir la enfermedad, todo ello desde un enfoque conductual.
2. El enfoque aplicado ya que el interés está puesto no solo en la descripción de las relaciones entre factores psicológicos y enfermedades orgánicas -como suele suceder en la Medicina Psicosomática- sino también en ayudar al paciente a abordar y solucionar su problema a través de técnicas conductuales como el biofeedback, la relajación u otras derivadas del condicionamiento operante.
3. Importancia de la prevención, la intervención y la rehabilitación.
4. Relevancia de la investigación sobre la eficacia de los procedimientos terapéuticos utilizados.

Algunos autores consideran que la psicología de la salud y la medicina comportamental son sinónimos (Bayés, 1985; Blanchard, 1994). Sin embargo, autores como Elliot, Taylor, Donker, y Ballester entre otros, sostienen que existen grandes diferencias entre ellas (Ballester, 1997). La primera es que la medicina comportamental consiste en una aproximación interdisciplinar a la salud y la enfermedad, mientras que la psicología de la salud es una aproximación desde una única disciplina: la psicología. Sin embargo, autores como Marks et al. (2006) también han definido a la psicología de la salud como un campo interdisciplinar. De todas maneras parece claro que, si el campo de trabajo está relacionado con la salud-enfermedad y en la mayoría de los casos la investigación y la práctica dentro de la psicología de la salud y de la medicina comportamental se lleva a cabo en ámbitos médico-hospitalarios, es indudable la participación y el intercambio con otros profesionales de otras disciplinas. Por lo cual el trabajo interdisciplinario estaría implícito más allá de las definiciones formales. Por este motivo se sostiene que una de las diferencias entre la psicología de la salud y la medicina comportamental no estaría en el carácter interdisciplinario en sí, sino en lo que cada una puede aportar a ese espacio común.

La segunda de las diferencias que se señalan es que la psicología de la salud pone un mayor énfasis en la prevención y la promoción de la salud, aunque no todos los autores

acuerdan tampoco en este punto (Ballester, 1997). En síntesis, es claro que las controversias respecto a la diferenciación entre ambas aún continúan vigentes.

### **Salud Comportamental**

Poco después de haber sido definido el campo de la medicina comportamental, Matarazzo sostuvo que dicha definición no ponía suficiente énfasis en el mantenimiento de la salud y la prevención de la enfermedad, por lo cual propuso una especialidad dentro de la medicina comportamental denominada Salud Comportamental (Matarazzo, 1980), definida como:

un campo interdisciplinar dedicado a promover una filosofía de la salud que enfatiza la responsabilidad individual en la aplicación del conocimiento y las técnicas de las ciencias comportamental y biomédica, para el mantenimiento de la salud y la prevención de la enfermedad y la disfunción, mediante una variedad de actividades auto-iniciadas, individuales o compartidas (Matarazzo, 1980, p.813).

### **Psicología Médica**

Otra área relacionada con la psicología de la salud ha sido la psicología médica. No abundan las conceptualizaciones sobre este término, además su significado varía según el contexto de utilización. En Inglaterra y en España por ejemplo, es sinónimo de psiquiatría, sin embargo en Estados Unidos es una subespecialidad de la psicología clínica que se ocupa de la aplicación de métodos psicológicos clínicos al abordaje de enfermedades físicas (Bishop, 1994). Dentro de las referencias disponibles se sostiene que la psicología médica abarca a todos los conocimientos útiles para el ejercicio de la medicina: conocimientos sobre la personalidad del paciente, la personalidad del médico, el vínculo médico-paciente, los procedimientos de curación psicológica, entre otros (Alonso-Fernández, 1978 citado en Becoña & Oblitas, 2004). Según Becoña y Oblitas (2004) éste es un término confuso y que está destinado a desaparecer.

### **Psicología Clínica**

La definición de Psicología de la Salud sostiene que ésta recibe y agrupa las contribuciones de las distintas áreas de la Psicología: la psicología básica, la psicología evolutiva y de la educación, la psicobiología, la psicología social, y también de la psicología clínica, para aplicarlas al campo de la salud. No obstante surge un conflicto particularmente complejo e intrincado en lo que refiere a la identidad de la Psicología de la Salud en su relación con la Psicología Clínica (Ballester, 1997).

La Psicología Clínica ha sido definida como un campo cuyas actividades son la evaluación, el tratamiento y la investigación de características, problemas y trastornos

psicológicos o de la conducta anormal (Phares, 1992 citado en Becoña & Oblitas, 2004). Según Nietzel, Bernstein, y Milich (1991) se pueden identificar seis características centrales que definen a la psicología clínica:

1. Es una especialidad dentro de la psicología.
2. Investiga la conducta humana e intenta aplicar en la práctica esos conocimientos.
3. Le interesa evaluar las capacidades y características de los seres humanos.
4. Aplica tratamientos para ayudar a las personas que tienen problemas psicológicos.
5. Los psicólogos clínicos demuestran una actitud clínica, es decir, combinan el conocimiento proveniente de la investigación con los propios esfuerzos al momento de evaluar a una persona particular para poder comprenderla y ayudarla.
6. Su interés está centrado en lo ideográfico, se preocupa en cómo se plasman los principios y leyes del psiquismo en la vida y en los problemas de una persona concreta.

Cuando se hacen distinciones entre psicología clínica y psicología de la salud, se observa que el campo de la salud mental es atribuido a la psicología clínica (por ejemplo, trastornos de ansiedad, depresión, esquizofrenia), y los trastornos relacionados con la salud física (por ejemplo asma, cáncer, diabetes) son relacionados a la psicología de la salud (Becoña & Oblitas, 2004). Otra de las diferencias entre ambas disciplinas que ha sido señalada es que la psicología clínica es ideográfica por definición y se centra en la ayuda del individuo, mientras que la psicología de la salud suma a esa perspectiva la intervención social (Ballester, 1997). A pesar de estas distinciones, la demarcación y relación entre ambas áreas no resultan tan claras.

Según algunos autores como Cristina Botella (1996) la psicología clínica debería contener a la psicología de la salud. Botella explica que no hay justificación para crear otra disciplina, ya que la prevención propia de esta disciplina también la puede y debe hacer el psicólogo clínico. Asimismo sostiene al igual que lo hace Amparo Belloch (1996) que el hecho de que la Psicología de la Salud se ocupe de los problemas de salud física, promueve el dualismo mente-cuerpo que se supone esta disciplina quiere eliminar.

En contraposición, existen autores que alegan la importancia de la psicología de la salud como disciplina con características distintivas y diferente a la psicología clínica, y que incluso sostienen que esta última estaría incluida dentro de la psicología de la salud (Ballester, 1997).

En el marco de este estudio, y coincidiendo con las posturas de Joseph Matarazzo (1987) y de Rafael Ballester (1997) se sostiene que los psicólogos de la salud son primero psicólogos y luego especialistas en salud. Las especialidades reconocidas dentro de la psicología, en realidad son diferentes aplicaciones de contenidos y principios nucleares y comunes de la psicología a un área específica. En el caso de la psicología de la salud, se

trata de conocimientos científicos y profesionales de la psicología aplicados al campo de la salud, tal como lo demuestra la primera definición de Matarazzo (1987). Asimismo es interesante señalar que así como se aplican los principios generales de la psicología al campo de la salud, la psicología de la salud también aporta sus propios conocimientos al cuerpo general de la psicología (Ballester, 1997).

### **Psicofisiología Experimental**

Es una disciplina que estudia las bases fisiológicas de los procesos psicológicos, le interesa explorar las relaciones entre la emoción, la cognición y la fisiología. El conocimiento de estas interacciones permitió la comprensión y el manejo de diversos problemas de salud, y es en este punto donde se advierte su relación con la psicología de la salud (Becoña y Oblitas, 2004).

Asimismo, los desarrollos de la psicofisiología experimental se tradujeron en técnicas como el biofeedback (Becoña y Oblitas, 2004) las cuales, como se refirió en párrafos anteriores, han jugado un papel significativo en el desarrollo de áreas como la medicina conductual.

### **Psiconeuroendocrinoimmunología (PNEI)**

La PNEI es un campo científico multidisciplinario considerablemente activo en el presente, que estudia las complejas interrelaciones entre los cuatro sistemas de control e integración responsables de mantener la homeostasis del organismo: el psicológico, el nervioso, el endócrino y el inmunológico (Márquez López-Mato, 2004).

A principios de 1960 se realizaron experimentos con animales que demostraron que el estrés podía afectar el sistema inmune y aumentar la susceptibilidad a contraer infecciones. Durante los mismos años, en Rusia se llevaron a cabo investigaciones que demostraron que lesiones en el hipotálamo reducen la actividad inmunitaria. Sin embargo, el hito que marcó el comienzo de la psicoimmunología fue el artículo *Emociones, Inmunidad y Enfermedad* que publican George F. Solomon y Rudolf Moos en 1964 (Solomon, 2001).

Algunos años después, en 1975, Robert Ader realizó una observación crucial a partir de estudios experimentales que destacaron el compromiso del aprendizaje y del sistema nervioso en el proceso inmunosupresor, motivo por el cual Ader adicionó la palabra "neuro", y se pasó a utilizar el término psiconeuroimmunología (Belar et al., 2003; Solomon 2001). Investigaciones posteriores demostraron la concomitante influencia del sistema endócrino (Márquez López-Mato, 2004), y esto llevó a la denominación actual.

La psicología es tanto protagonista de las investigaciones dentro de este campo como usuaria de los conocimientos que la PNEI produce.

En íntima relación con la psicofisiología experimental, la PNEI está especialmente interesada en las relaciones entre estos cuatro sistemas de control e integración y los

procesos de salud-enfermedad, lo cual ha generado múltiples relaciones e intereses compartidos entre la psicología de la salud y este campo científico.

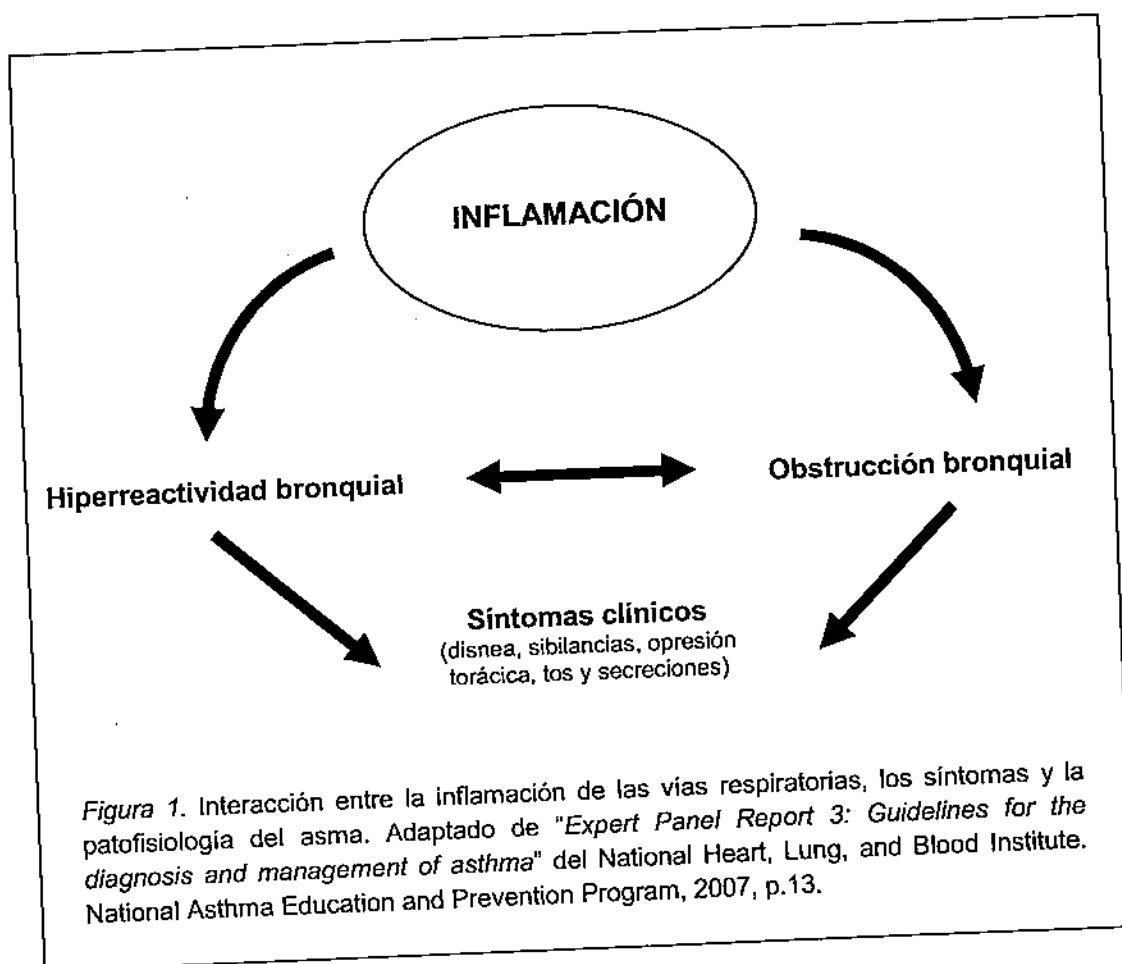
Como se ha podido observar, existe un considerable solapamiento entre la Psicología de la Salud y otras áreas afines, lo cual hace difícil la demarcación de los límites entre ellas. No obstante existen ciertas características de referencia que permiten enmarcar las investigaciones y los trabajos profesionales dentro de una u otra área.

Como se advertirá a lo largo de toda la presente investigación, se utilizan conocimientos propios de la psicología aplicados al ámbito de la salud, más específicamente en una población clínica particular: adultos con asma bronquial. Asimismo los objetivos de este estudio son concordantes con los objetivos de la Psicología de la Salud enumerados por la APA (Buela-Casal & Carrobes, 1996) tales como: (a) diseñar y aplicar programas cuyo objetivo sea el de crear o incrementar hábitos y estilos de vida personales de salud, (b) comprender las dificultades que experimentan los pacientes al decidir buscar tratamiento para sus molestias o problemas, (c) ser consciente de los factores que afectan la adherencia a los tratamientos médicos, (d) descubrir y entender cómo las técnicas y los principios psicológicos pueden aplicarse para ayudar a los pacientes a afrontar y tratar de controlar las enfermedades crónicas, (e) aplicar teorías y principios de la psicología para potenciar los enfoques biomédicos para la promoción de la salud y el tratamiento de la enfermedad, y (f) utilizar métodos cognitivo-conductuales para ayudar a las personas a afrontar y controlar el estrés.

**CAPÍTULO 2**  
**EL ASMA BRONQUIAL**

## Características Clínicas del Asma Bronquial

El asma bronquial es una enfermedad inflamatoria crónica de las vías aéreas respiratorias caracterizada por la infiltración de la mucosa por células inmunitarias. Dicha inflamación genera hiperreactividad bronquial frente a distintos estímulos (humos, irritantes, frío, niebla, ejercicio, factores psicoemocionales y estrés), y un estrechamiento -y la consecuente obstrucción- de las vías respiratorias. Esta condición clínica es parcial o totalmente reversible de forma espontánea o con tratamiento, y se manifiesta a través de todos o algunos de los siguientes síntomas: disnea, sibilancias, opresión torácica, tos y secreciones. Hoy se sabe que los mecanismos que conducen al desarrollo y expresión del asma implican complejas interacciones entre genes y a su vez entre éstos y factores ambientales (Global Initiative for Asthma [GINA], 2011; National Heart, Lung and Blood Institute [NHLBI], 2007).



Las explicaciones de la patogénesis del asma han evolucionado de manera exponencial en los últimos 25 años, y aunque la etiología particular de cada uno de los diferentes fenotipos (intermitente, persistente, inducida por el ejercicio, asociada a la aspirina, entre otros) aún sigue siendo estudiada, lo que subyace a todos ellos es la inflamación de las vías respiratorias (GINA, 2011; NHLBI, 2007). La inflamación de las vías

aéreas en el asma es persistente aunque los síntomas sean episódicos, y la relación entre severidad e intensidad de la inflamación aun no está claramente establecida.

La limitación en el flujo de aire en el asma es recurrente y causada por una variedad de cambios en las vías respiratorias que se citan a continuación (NHLBI, 2007):

1. Broncoconstricción: En el asma el evento fisiológico dominante que conduce a los síntomas clínicos es el estrechamiento de las vías respiratorias y la consecuente interferencia en el flujo de aire. En las crisis de asma graves, hay una rápida contracción del músculo bronquial liso (broncoconstricción) para estrechar las vías respiratorias ante la exposición a una variedad de estímulos como alérgenos e irritantes. Las broncoconstricciones agudas inducidas por alérgenos se generan debido a una liberación de mediadores de los mastocitos dependiente de la IgE (Inmunoglobulina E), tales como histamina, triptasa, leucotrienos y prostanglandinas, que contraen directamente el músculo liso de las vías respiratorias.

En algunos pacientes, la aspirina y otras drogas antiinflamatorias no esteroideas pueden causar una obstrucción severa del flujo de aire, y las evidencias señalan que este mecanismo no mediado por la IgE también involucra la liberación de mediadores provenientes de las células de las vías respiratorias. Además, otros estímulos como el ejercicio físico, el aire frío y los irritantes pueden causar una obstrucción bronquial severa. Los mecanismos que regulan la respuesta de las vías respiratorias ante estos factores son menos conocidos, pero la intensidad de la respuesta parece estar relacionada con la inflamación bronquial subyacente.

El estrés también puede jugar un rol en el inicio de las crisis de asma. Aunque aún los mecanismos involucrados no se han identificado con claridad, probablemente impliquen un aumento de la producción de citoquinas<sup>2</sup> pro-inflamatorias.

2. Edema de las vías respiratorias: Debido a la fuga microvascular incrementada en respuesta a los mediadores inflamatorios.

3. Hiperreactividad bronquial: Es una respuesta broncoconstrictora exagerada ante una amplia gama de estímulos. Es la principal -pero no necesariamente la única- característica del asma. Los mecanismos que modulan este estado son múltiples: inflamación, neuroregulación disfuncional y cambios estructurales. La inflamación es el factor que determina en mayor medida el grado de hiperreactividad, por este motivo los tratamientos dirigidos a reducir la inflamación disminuyen también la hiperreactividad y mejoran el control del asma.

---

<sup>2</sup> Las citoquinas (o citocinas) son un grupo de proteínas inmunorreguladoras que son secretadas principalmente, aunque no exclusivamente por células del sistema inmune (Curtis & Barnes, 2000).

4. Cambios estructurales de las vías respiratorias: En algunos pacientes la limitación del flujo de aire puede ser solo parcialmente reversible porque pueden producirse cambios estructurales permanentes. Este hecho está asociado a una pérdida progresiva de la función pulmonar que no puede ser prevenida con el tratamiento en curso. Esta alteración implica la activación de varias células estructurales, con los consecuentes cambios permanentes en las vías respiratorias. Esto incrementa la obstrucción del flujo de aire y la sensibilidad bronquial, y vuelve al paciente menos sensible al tratamiento. Los cambios estructurales pueden incluir: espesamiento de la membrana sub-basal, fibrosis subepitelial, hiperplasia (aumento de la cantidad de células) e hipertrofia (aumento del tamaño de las células) del músculo liso bronquial, proliferación y dilatación de vasos sanguíneos, e hiperplasia e hipersecreción de las glándulas de dicha zona. La regulación del proceso de cambio estructural no está claramente definida, pero pareciera ser un proceso clave para explicar la naturaleza persistente de la enfermedad y las limitaciones de la respuesta al tratamiento.

### **Patogénesis**

La causa inicial del proceso inflamatorio que hace susceptibles a algunas personas es un tema de activa investigación en la actualidad. Aún no hay respuestas definitivas, pero se sabe que la expresión del asma es un proceso complejo e interactivo que depende del interjuego de dos factores principales: factores intrínsecos (genéticos principalmente) y factores ambientales que ocurren en un momento crucial del desarrollo del sistema inmune (NHLBI, 2007).

### **Factores del Huésped**

#### **Inmunidad innata y adquirida.**

Existe un gran interés en conocer el rol de las respuestas inmunes innatas y adaptativas asociadas con el desarrollo y la regulación de la inflamación (Eder et al., 2006 citado en NHLBI, 2007). La investigación particularmente se ha centrado en el desbalance entre los perfiles de citoquinas Th1 y Th2, y aporta evidencia acerca de que las patologías alérgicas, y posiblemente el asma, están caracterizadas por una tendencia hacia las enfermedades de las citoquinas Th2 debido a una expresión exagerada de Th2 o una baja expresión de Th1. La inflamación bronquial en el asma podría representar una pérdida del balance normal entre las dos poblaciones opuestas de linfocitos Th. Las células Th1 producen interleuquina 2 (IL-2) e interferon- $\gamma$  (IFN- $\gamma$ ), los cuales son críticos en los mecanismos de defensa celular en respuesta a las infecciones. En contraste, las células Th2 generan una familia de citoquinas que pueden mediar la inflamación alérgica. En el sistema inmune de un recién nacido prevalecen las citoquinas Th2. Luego del nacimiento, los estímulos ambientales como las infecciones activan las respuestas de Th1 y balancean apropiadamente la relación Th1/Th2. Los hallazgos indican que la incidencia de asma se

reduce cuando: (a) se padecieron ciertas infecciones como tuberculosis o hepatitis A, (b) hubo contacto con otros niños, y (c) menos uso de antibióticos. Además, la ausencia de estas circunstancias vitales está asociada a un patrón persistente de citoquina Th2. Bajo estas condiciones, la base genética del niño que tiene un desbalance a favor de las Th2 establecerá las condiciones para promover la producción de anticuerpos IgE ante antígenos ambientales como los ácaros del polvo doméstico, cucarachas, *Alternaria* (tipo de hongo) y gatos. Por lo tanto, la interacción genes-ambiente ocurre cuando un huésped susceptible es expuesto a factores ambientales que son capaces de generar IgE, y es allí cuando ocurre la sensibilización. De todas maneras, aún se continúan estudiando los mecanismos implicados en estos procesos (NHLBI, 2007).

### **Genética.**

El componente hereditario del asma es indiscutible. Los datos actuales demuestran que múltiples genes pueden estar implicados en la patogénesis del asma. La búsqueda de los genes ligados a su desarrollo se ha centrado en cuatro áreas importantes: producción de los anticuerpos IgE antígeno-específicos (atopia), expresión de la hiperreactividad de la vía aérea, generación de mediadores inflamatorios (citoquinas, quimioquinas, y de factores de crecimiento), y la determinación de la relación de la respuesta inmunológica Th1 y Th2 (indicada en párrafos anteriores). No obstante, la búsqueda de genes implicados continúa debido a que los resultados hasta el momento han sido inconsistentes.

Además de los genes que predisponen al asma hay genes que se asocian con la respuesta al tratamiento. Por ejemplo, las alteraciones en el gen que codifica a los receptores betaadrenérgicos han sido relacionadas con las diferencias en individuos que responden los a b2-agonistas. Otros genes de interés son los que modifican la sensibilidad a los corticosteroides y a los modificadores de leucotrienos. Estos marcadores genéticos podrían llegar a ser importantes no solamente como factores de riesgo en la génesis del asma sino también en los determinantes de la respuesta al tratamiento (GINA, 2006, 2010).

### **Sexo.**

En los primeros años de vida, la prevalencia del asma es mayor en los varones. Sin embargo, en la pubertad la proporción por sexo cambia y el asma aparece predominantemente en mujeres (Horwood et al., 1985 citado en NHLBI, 2007; GINA, 2010). Aunque aún no se conoce cómo están relacionadas las hormonas sexuales y la producción de hormonas relacionadas con el asma, se sabe que éstas pueden contribuir a la génesis y la persistencia del asma (NHLBI, 2007).

## **Obesidad.**

El asma es diagnosticada con mayor frecuencia en personas obesas, y su control es más dificultoso en estos casos. Este grupo poblacional tiene una menor función pulmonar y más comorbilidad comparado con personas con asma sin sobrepeso. Inversamente, el uso de corticosteroides sistémicos y un estilo de vida sedentario también pueden promover la obesidad en pacientes con asma severa, aunque en la mayoría de los casos la obesidad precede el desarrollo del asma (GINA, 2010).

## **Factores Ambientales**

Los dos factores ambientales principales en el desarrollo y mantenimiento del asma, y probablemente en la severidad, son los alérgenos presentes en el aire y las infecciones respiratorias virales (NHLBI, 2007).

## **Alérgenos.**

Un alérgeno es una sustancia que puede provocar una reacción alérgica. Su rol en el desarrollo del asma aún debe ser definido con claridad, aunque es indudable su relevancia. La exposición a los alérgenos puede promover la persistencia de la inflamación de las vías respiratorias y las probabilidades de una crisis. La relación entre la exposición al alérgeno y la sensibilización alérgica en la infancia no es directa, depende del alérgeno, de su cantidad, del tiempo de exposición, de la edad de la persona y de su genética (GINA, 2011).

## ***Alérgenos intra-domiciliarios.***

Las evidencias respecto a la efectividad de las medidas para crear un ambiente hipoalérgico en los hogares de los pacientes y reducir la exposición a los alérgenos intra-domiciliarios son controvertidas. La mayoría de las intervenciones aisladas han fallado en obtener una suficiente reducción de la carga alérgica que conduzca a una mejora clínica. Es probable que ninguna intervención obtenga las ventajas necesarias para ser conveniente desde el punto de vista del costo-beneficio. Son necesarios estudios con mayor impacto y mejor diseñados de las estrategias combinadas de la reducción alérgica en grandes grupos de pacientes.

Los principales alérgenos en viviendas humanas son (GINA, 2010):

1. **Ácaros domésticos:** los ácaros viven y se desarrollan en muchos sitios de la casa y son difíciles de reducir e imposible de erradicar. No hay una medida segura para disminuir la exposición al antígeno del ácaro, y los métodos químicos y físicos utilizados hasta el momento no son eficaces en la reducción de síntomas del asma en los adultos.

2. Animales con pelo: la eliminación completa de estos alérgenos es imposible ya que también se pueden encontrar en muchos ambientes fuera del hogar (escuelas, transporte público, edificios, etc). Aunque el animal sea retirado del hogar permanentemente pueden pasar muchos meses antes de que disminuyan los niveles del alérgeno; además la eficacia clínica sigue sin comprobarse.
3. Cucarachas: las medidas de eliminación de estos insectos incluyen la destrucción de los ambientes propicios (tapando o sellando grietas en paredes o pisos, controlando la humedad y reduciendo el acceso a los restos de alimentos), el control químico y las trampas. Sin embargo, estas medidas son parcialmente eficaces para eliminar los alérgenos residuales.
4. Hongos: pueden eliminarse removiendo o limpiando los objetos que los contengan. En climas tropicales y subtropicales los hongos pueden crecer en las paredes de las casas debido a la humedad, y para evitarlo las paredes se deben embaldosar y limpiar frecuentemente. Los aires acondicionados (refrigeraciones) y deshumidificadores pueden usarse para reducir la humedad a menos del 50%, y para eliminar esporas grandes, sin embargo el uso de refrigeraciones y el sellado de ventanas se ha relacionado con un aumento de ácaros del polvo casero.

#### ***Alérgenos externos.***

Los alérgenos del exterior tales como los pólenes y hongos son imposibles de evitar totalmente. Se puede disminuir la exposición cerrando ventanas y puertas, permaneciendo adentro cuando los niveles de polen y hongos sean elevados, y usando aire acondicionado. Algunos países utilizan la radio, la televisión e Internet para proporcionar la información de niveles de alérgenos ambientales (GINA, 2011).

#### ***Infecciones respiratorias.***

Durante la infancia, algunos virus respiratorios han sido asociados al inicio o desarrollo del asma. En los primeros años de vida, el virus respiratorio (RSV) y los virus parainfluenza causan bronquiolitis que es análoga a muchas de las características del asma infantil. Varios estudios longitudinales de niños admitidos en los hospitales por RVS han mostrado que aproximadamente el 40% continuaron con disnea o luego desarrollaron asma. En contraposición, otros estudios informan que ciertas infecciones respiratorias en la vida temprana podrían proteger del desarrollo del asma. Esta hipótesis es denominada *Hipótesis de la higiene*, aún está siendo investigada y sugiere que la exposición a las infecciones en la infancia modula el desarrollo del sistema inmune de modo que se constituya de un modo "no alérgico" y por lo tanto se reduzca el riesgo de padecer asma u otras enfermedades alérgicas (GINA, 2011).

La influencia de las infecciones respiratorias en el desarrollo del asma depende de la interacción con la atopía. El estado de atopía puede generar una menor respuesta de las vías respiratorias a las infecciones virales, y éstas pueden influir en el desarrollo de la sensibilización alérgica (GINA, 2010).

### **Exposición a otros factores ambientales.**

Como se expondrá a continuación, el humo de tabaco, la polución ambiental, sensibilizantes ocupacionales, la dieta, otras afecciones médicas, cambios hormonales en las mujeres y los antiinflamatorios no esteroideos también han sido asociados con un mayor riesgo a desarrollar asma. Sin embargo esta relación no se ha establecido tan claramente como la existente entre el asma y los alérgenos y las enfermedades respiratorias (GINA, 2011; NHLBI, 2007).

1. Humo de tabaco: la exposición intrauterina al humo del tabaco incrementa las probabilidades de enfermedad sibilante en el niño, aunque no está clara su influencia en la génesis del asma. En los adultos con asma el tabaquismo ha sido asociado con un incremento de la severidad del asma y con una disminución de la respuesta a los corticoides inhalados (GINA, 2010; NHLBI, 2007).
2. Polución ambiental: su rol en el desarrollo del asma es aún controvertido y podría estar relacionado a la sensibilización alérgica, no obstante ha sido ampliamente documentada la relación entre el nivel de contaminación ambiental y el incremento de las crisis asmáticas y el número de visitas de emergencia (NHLBI, 2007).
3. Sensibilizantes ocupacionales: más de 300 sustancias se han asociado al asma ocupacional, definida como el asma causada por la exposición a un agente encontrado en el ambiente de trabajo. La identificación temprana de sensibilizantes ocupacionales y el retiro de pacientes sensibilizados de cualquier exposición adicional son aspectos importantes del manejo del asma ocupacional. Una vez que un paciente se haya sensibilizado a un alérgeno, el nivel de la exposición necesario para inducir síntomas puede ser extremadamente bajo y las crisis suelen ser cada vez más severas. Las tentativas de reducir la exposición ocupacional han sido acertadas especialmente en ajustes industriales, sustituyendo algunos sensibilizadores potentes por sustancias menos alérgicas. Los trabajos que se asocian a un alto riesgo para tener asma ocupacional incluyen el trabajo agrícola, pintar, trabajos de limpieza y la fabricación de plástico. En la mayoría de los casos el asma ocupacional esta mediada inmunológicamente y el periodo de latencia es de meses a años después del inicio a la exposición (GINA, 2010).
4. Dieta: se ha observado una asociación entre el asma y una baja ingesta de antioxidantes (frutas y vegetales) y de ácidos grasos omega 3 (pescados), y un aumento del consumo de ácidos grasos presentes en la margarina o aceites

vegetales. Asimismo, como se explicó en párrafos anteriores, la obesidad se ha asociado a mayores tasas de prevalencia de asma (GINA, 2010; NHLBI, 2007). En otro orden de cosas, se ha observado que los sulfitos (utilizados en la mayoría de las conservas de alimentos) son factores que frecuentemente causan exacerbaciones asmáticas, dependiendo de la naturaleza del alimento, el nivel y la forma del sulfito residual y la sensibilidad del paciente (GINA, 2010).

5. Otras afecciones médicas: la rinitis, la sinusitis, y la poliposis también se asocian con frecuencia al asma, y el tratamiento de cada una de estas condiciones da lugar a menudo a la mejora del asma. El reflujo gastroesofágico puede ser otro factor que agrava el asma (GINA, 2010).
6. Cambios hormonales femeninos: en estudios con mujeres también se ha documentado un empeoramiento del asma antes o durante la menstruación, y se han reportado cambios –negativos y positivos- durante los embarazos (GINA, 2010).

#### **Estrés y factores psicosociales.**

El rol del estrés y los factores psicosociales en el asma es importante pero las vías de interacción aún no están completamente clarificadas. Las evidencias indican que el estrés puede jugar un rol importante en la precipitación de crisis de asma y posiblemente actúe como un factor de riesgo para el aumento de la prevalencia del asma (NHLBI, 2007). Los mecanismos involucrados aún no han sido establecidos pero las hipótesis que se plantean implican una producción mayor de citoquinas pro inflamatorias (Friedman et al., 1994 citado en NHLBI, 2007).

Además, las sensaciones y expresiones emocionales extremas (reír, llorar, cólera o miedo) pueden conducir a la hiperventilación y a la hipocapnea que es probable que causen constricción en la vía aérea y puedan desencadenar una crisis asmática. Asimismo los ataques de pánico que son raros pero no excepcionales en algunos pacientes con asma, tienen un efecto similar (GINA, 2010). En el Capítulo 3 se abordará con mayor detenimiento la relación entre asma y factores psicosociales.

En síntesis, la explicación científica actual de la patogénesis del asma y los mecanismos subyacentes supone que las interacciones genes-ambiente son factores fundamentales en el desarrollo de la inflamación de las vías respiratorias y la eventual alteración de la fisiología pulmonar características de la clínica del asma (GINA, 2010; NHLBI, 2007).

## Diagnóstico y Clasificación

### Diagnóstico del Asma

Existen una serie de indicadores claves para considerar un posible diagnóstico de asma (Figura 2). Los síntomas no permiten un diagnóstico certero por sí mismos dada su alta heterogeneidad entre los pacientes con asma y en un mismo paciente a lo largo del tiempo, por ello es necesario el juicio clínico a partir de: (a) una cuidadosa historia clínica, (b) exámenes físicos específicos, (c) evaluaciones de la función pulmonar, y (d) estudios complementarios si fuera necesario un diagnóstico diferencial (NHLBI, 2007).

#### Historia clínica.

La historia clínica implica un minucioso interrogatorio sobre la sintomatología del paciente (atendiendo principalmente a los síntomas claves descritos en la Figura 2), los antecedentes del cuadro actual y los antecedentes familiares de asma y/o alergias. Esto permite identificar los síntomas característicos y evaluar la probabilidad de un diagnóstico de asma según los antecedentes (GINA, 2010; NHLBI, 2007).

#### Examen físico.

El tracto respiratorio superior, el pecho y la piel son los focos del examen físico ante un posible diagnóstico de asma. Los hallazgos físicos que incrementan las probabilidades de asma son:

1. Hiperexpansión del torax, uso de músculos accesorios; apariencia de hombros encorvados y deformación del pecho.
2. Sibilancias durante la respiración normal o una fase prolongada de exhalación forzada (típica de la obstrucción de las vías respiratorias).
3. Incremento de la secreción e inflamación nasal, y/o presencia de pólipos nasales.
4. Dermatitis atópica/eczema o cualquier otra manifestación de alergia en la piel.

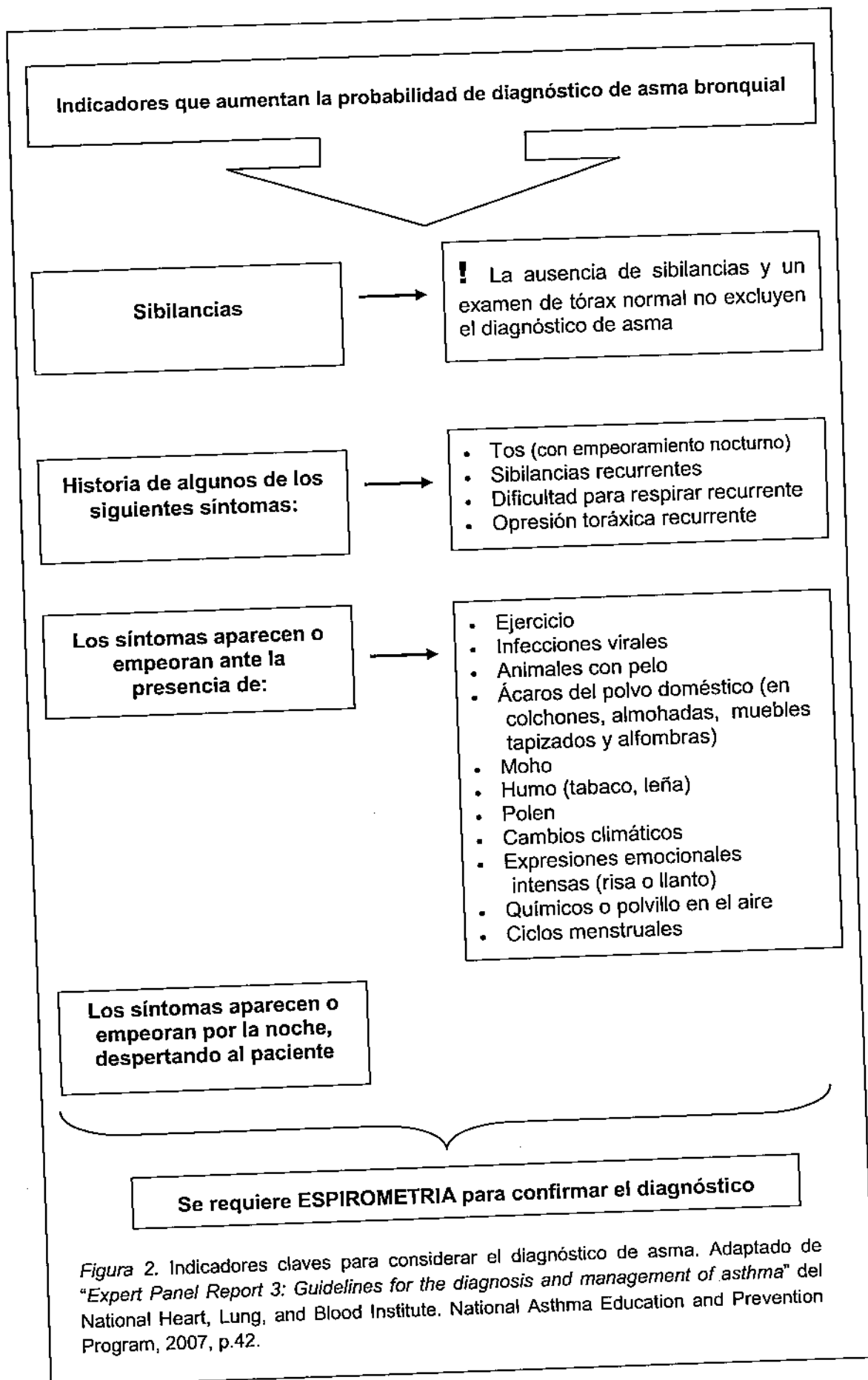


Figura 2. Indicadores claves para considerar el diagnóstico de asma. Adaptado de "Expert Panel Report 3: Guidelines for the diagnosis and management of asthma" del National Heart, Lung, and Blood Institute. National Asthma Education and Prevention Program, 2007, p.42.

La ausencia de estos factores no excluye el diagnóstico de asma pero aumenta la probabilidad de su confirmación junto con otros síntomas claves (NHLBI, 2007).

Dado que los síntomas del asma son variables, el examen físico del sistema respiratorio puede ser normal. Incluso en exacerbaciones severas del asma, las sibilancias pueden estar ausentes debido a una importante reducción en el flujo de aire y la ventilación, si bien los pacientes en este estado usualmente tienen otros signos físicos que reflejan la exacerbación y su severidad, como cianosis, somnolencia, dificultad del habla, taquicardia, tórax hiperinsuflado, el uso de músculos accesorios y la retracción intercostal (GINA, 2011; NHLBI, 2007).

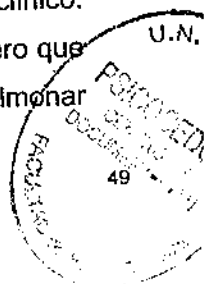
### **Evaluación de la función pulmonar (Espirometría).**

Las evaluaciones objetivas de la función pulmonar son necesarias porque la historia clínica y el examen físico no son medios confiables para excluir otros diagnósticos respiratorios. Además, las medidas de función pulmonar habitualmente no correlacionan de manera unívoca con los síntomas (GINA, 2010; NHLBI, 2007). En un estudio (Stout et al., 2006 citado en NHLBI, 2007) se informó que un tercio de los niños que fueron clasificados con asma moderada o severa a partir de su sintomatología, fueron reclasificados en una categoría de mayor severidad cuando se realizó la espirometría. En otro estudio (Bacharier et al., 2004 citado en NHLBI, 2007) la mayoría de los niños que habían sido clasificados con asma leve a moderada de acuerdo a la sintomatología, tenían un FEV<sub>1</sub> normal. Estos hallazgos enfatizan la importancia de utilizar múltiples medidas de la función pulmonar (NHLBI, 2007). Para propósitos diagnósticos la espirometría es recomendada por sobre otras medidas (como el medidor de flujo pico) que fueron diseñadas para el monitoreo del asma pero no para su diagnóstico (NHLBI, 2007). Las guías internacionales de diagnóstico y manejo del asma (GINA, 2010; NHLBI, 2007) recomiendan realizar medidas espirométricas —FEV<sub>1</sub>, volumen espiratorio forzado en 6 segundos (FEV<sub>6</sub>), capacidad vital forzada (FVC), y FEV<sub>1</sub>/FVC— antes y después de la inhalación de un broncodilatador de acción corta. Estas medidas ayudan a determinar si hay obstrucción del flujo de aire, su severidad, y si es reversible en un period breve de tiempo.

Los valores predichos de FEV<sub>1</sub>, FVC y PEF se basan en la edad, el género y la talla, y han sido obtenidos de estudios poblacionales que son continuamente revisados (GINA, 2010).

### **Estudios complementarios para diagnósticos diferenciales.**

En algunos pacientes el diagnóstico de asma no parece tan claro, y la historia clínica, el examen físico y la espirometría no son suficientes para lograr determinar un juicio clínico. En estos casos existen estudios adicionales que no son necesarios rutinariamente pero que pueden ser útiles (GINA, 2010; NHLBI, 2007) como: (a) estudios de la función pulmonar



(mediciones del volumen pulmonar y la evaluación de las curvas de inspiración), (b) mediciones de hiperreactividad bronquial, (c) radiografía de Torax, (d) evaluaciones de alergia, y (e) biomarcadores no invasivos de inflamación de las vías aéreas (eosinófilos en esputo, niveles de óxido nítrico exhalado [FeNO] y monóxido de carbono [FeCO]).

### **Clasificación del Asma**

Existen diferentes clasificaciones del asma basadas en la etiología, la severidad y el control del asma (GINA, 2010).

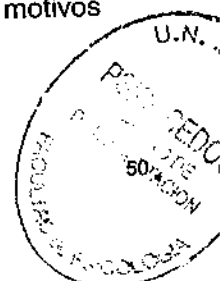
#### **Según la etiología.**

Se han hecho muchos intentos de clasificar el asma según criterios de base etiológica, particularmente con respecto a los agentes sensibilizantes ambientales. Sin embargo esta clasificación presenta limitaciones por la existencia de pacientes sin ninguna causa ambiental identificada. A pesar de ello, el intento de encontrar una causa ambiental para el asma (por ejemplo asma ocupacional) permite el uso de estrategias para evitar estos factores y favorecer su manejo. En muchos casos también se ha clasificado el asma como "asma alérgica" o "no alérgica", pero tampoco ha sido útil ya que habitualmente no se identifican agentes causantes únicos (GINA, 2006, 2010).

#### **Según la severidad.**

La severidad del asma se basa en el nivel de los síntomas, la limitación del flujo de aire y la variabilidad de la función pulmonar. Se distinguen cuatro categorías: intermitente, leve persistente, moderada persistente, y severa persistente (Tabla 1) (GINA, 2010; NHLBI, 2007).

La severidad de un paciente puede cambiar en el tiempo, ya sea por la variabilidad clínica característica del asma o por una buena respuesta al tratamiento (GINA, 2010). Según el NHLBI (2007) para las evaluaciones poblacionales y las investigaciones clínicas la severidad del asma debe establecerse luego de una terapia óptima. Sin embargo para el manejo clínico la evaluación de la severidad debe hacerse previa al inicio de una terapia y de ese modo monitorear y ajustar el tratamiento. En contraposición, la GINA (2006, 2010, 2011) sostiene que la clasificación de la severidad del asma ya no es recomendada como base para las decisiones terapéuticas, solo tendría valor como medio para caracterizar a un grupo de pacientes con asma que no están utilizando tratamientos con corticosteroides inhalados, o para seleccionar pacientes para una investigación. Según este informe, la limitación principal de este criterio clasificatorio es su pobre valor para predecir qué tratamiento será requerido y cuál será la respuesta del paciente al mismo. Por estos motivos



la GINA (2006, 2010) sostiene que una clasificación basada en el control del asma es la más relevante y útil.

Tabla 1

*Clasificación de la severidad del asma en adultos*

Componentes de la severidad	Clasificación de la severidad del asma			
	Intermitente	Persistente		
		Leve	Moderada	Severa
Síntomas	≤ 2 días/semana	> 2 días/semana pero no diariamente	Diariamente	Durante todo el día
Síntomas nocturnos	≤ 2 al mes	3-4 al mes	> 1 por semana pero no todas las noches	Frecuentes 7 por semana
Uso de beta-agonistas de acción corta (broncodilatadores de rescate)	≤ 2 días/semana	> 2 días/semana pero no diariamente	Diariamente	Varias veces por día
Interferencias en las actividades cotidianas	Ninguna	Limitación menor	Algunas limitaciones	Extremadamente limitado
Función pulmonar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• FEV1 normal entre crisis</li> <li>• FEV &gt;80% predicho</li> <li>• FEV1/FVC normal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• FEV ≥ 80% predicho</li> <li>• FEV1/FVC normal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• FEV &gt;60% pero &lt;80% predicho</li> <li>• FEV1/FVC reducido 5%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• FEV &lt;60% predicho</li> <li>• FEV1/FVC reducido &gt; 5%</li> </ul>

*Nota:* Clasificación según "Expert Panel Report 3: Guidelines for the diagnosis and management of asthma" del National Heart, Lung, and Blood Institute. National Asthma Education and Prevention Program, 2007, p.74.

**Según el grado de control.**

El control del asma se refiere al dominio de las manifestaciones de la enfermedad, tanto a la sintomatología, los marcadores de laboratorio de la inflamación como a las características fisiopatológicas de la enfermedad. Esta clasificación se divide en tres categorías: asma controlada, parcialmente controlada y no controlada (GINA, 2006, 2011; NHLBI, 2007). Cabe señalar que existen algunos criterios diferenciales entre la clasificación de la GINA (2011) descrita en la Tabla 2 y la del NHLBI (2007) de la Tabla 3.

La meta de todo tratamiento debe ser alcanzar y mantener el control por períodos prolongados, considerando la seguridad del tratamiento, los potenciales efectos adversos y los costos del tratamiento necesarios para alcanzar esta meta. Además, la evaluación del control del asma debería incluir la previsión de riesgos futuros como las crisis, un deterioro acelerado de la función pulmonar y efectos secundarios del tratamiento. En la actualidad

existen medidas validadas para determinar el control clínico del asma. Algunos ejemplos de instrumentos validados son la Prueba del Control del Asma (ACT), el Cuestionario de Control del Asma (ACQ) y el Cuestionario de Evaluación de la Terapia del Asma (ATAQ). Ninguno de estos instrumentos incluye la medición de la función pulmonar, pero son útiles para la auto evaluación de los pacientes y como instrumentos de investigación (GINA, 2006, 2011).

Ambas guías internacionales de diagnóstico y manejo del asma (GINA, 2011; NHLBI, 2007) concuerdan en la importancia del uso de esta clasificación basada en el control.

Tabla 2

*Clasificación del asma según su grado de control sin distinción de edad*

Componentes del control	Clasificación del control del asma		
	Controlada <sup>a</sup>	Parcialmente controlada <sup>b</sup>	No controlada
Síntomas diurnos	Ninguno (ó 2 o menos veces por semana)	Más de 2 veces por semana	
Limitaciones en las actividades	Ninguna	Algunas	Tres o más características del asma parcialmente controlada <sup>c</sup>
Síntomas nocturnos	Ninguno	Algunos	
Necesidad de tratamiento de alivio/rescate	Ninguna (ó $\geq 2$ semanales)	Más de 2 veces por semana	
Función pulmonar <sup>d</sup>	Normal	<80% predicho o el mejor valor personal (si se conoce)	

*Nota:* Clasificación según "Global Strategy for Asthma Management and Prevention", Global Initiative for Asthma (GINA), 2010, p. 22.

<sup>a</sup> Se deben cumplir todos los criterios.

<sup>b</sup> Debe estar presente alguno de los criterios.

<sup>c</sup> Por definición una exacerbación en alguna semana hace que el asma se considere no controlada en esa semana.

<sup>d</sup> Sin administración de broncodilatador.

Tabla 3

Clasificación del asma según su grado de control en jóvenes y adultos

Componentes del control	Clasificación del control del asma		
	Controlada	Parcialmente controlada	No controlada
Síntomas	≤ 2 días/semana	> 2 días/semana	Durante todo el día
Síntomas nocturnos	≤ 2 veces al mes	1-3 veces/ al mes	≥ 4 veces/semana
Interferencias en las actividades diarias	Ninguna	Algunas	Extremadamente limitado
Uso de beta-agonistas de acción corta para el control de síntomas	≤ 2 días/semana	> 2 días/semana	Varias veces por día
FEV <sub>1</sub> o Flujo Pico	>80% predicho o el mejor valor personal	60-80% predicho ó el mejor valor personal	<60% predicho o el mejor valor personal

Nota: Clasificación según "Expert Panel Report 3: Guidelines for the diagnosis and management of asthma" del National Heart, Lung, and Blood Institute. National Asthma Education and Prevention Program, 2007, p.77.

### Tratamiento del Asma

Existen cuatro componentes principales para el manejo del asma: evaluación y monitoreo, desarrollo de una buena relación médico-paciente, medidas de control ambiental y manejo de condiciones comórbidas, y farmacoterapia (GINA, 2010; NHLBI, 2007).

### Evaluación y Monitoreo

En primer lugar es esencial un correcto diagnóstico y una clasificación del asma atendiendo a los conceptos de severidad, control y sensibilidad (grado de respuesta al tratamiento). Asimismo es importante la evaluación del nivel de discapacidad y del riesgo. El nivel de discapacidad hace referencia a la frecuencia e intensidad de los síntomas y a las limitaciones funcionales que experimenta el paciente. El riesgo alude a la probabilidad de que se padezcan nuevas crisis de asma, empeore la función pulmonar o que existan efectos adversos como consecuencia de la medicación. Las evaluaciones y monitoreos se realizan a través de tests objetivos, examen físico, historia clínica e informes del paciente; estas evaluaciones son necesarias tanto al inicio como en el tiempo, teniendo en cuenta que el asma es una afección crónica de evolución variable (GINA, 2010; NHLBI, 2007).

## **Desarrollo de una Buena Relación Médico-Paciente**

Según las guías internacionales de diagnóstico y manejo del asma (GINA, 2010; NHLBI, 2007) la educación en asma y en su automanejo es uno de los factores claves en el control de esta afección respiratoria. Pero su efectivización depende del desarrollo de una relación de trabajo activo y de colaboración entre los profesionales del cuidado médico, el paciente y su familia.

La relación se establece y se refuerza en la medida que el paciente y su médico tratante: (a) discuten y convienen las metas del tratamiento, (b) diseñan un plan de auto-manejo escrito que incluya el auto-monitoreo, y (c) revisan periódicamente el tratamiento y el grado de control del asma. La educación debe ser una parte integral de todas las interacciones entre los profesionales del cuidado médico y los pacientes, y es relevante para todos los pacientes con asma de todas las edades. Para ello es esencial una buena comunicación médico-paciente caracterizada por (GINA, 2006, 2010):

1. Un comunicador agradable (amistoso, de buen humor, atento).
2. Confianza.
3. Establecimiento de un diálogo interactivo donde el paciente o su familia puedan plantear miedos, preocupaciones o interrogantes.
4. Abordaje rápido de las preocupaciones del paciente.
5. Discusión de expectativas.
6. Estímulo y aliento al paciente por los logros.
7. Información apropiada (por parte del médico y del paciente).
8. Compartir las metas respecto del tratamiento.
9. Retroalimentación y revisión continua.

En este sentido, la GINA (2006, 2011) señala que educar a los profesionales de la salud para mejorar sus habilidades de comunicación conduce a resultados mejores en el manejo del asma.

## **Medidas de Control Ambiental y Manejo de Condiciones Comórbidas que Afectan al Asma**

La identificación y la reducción de la exposición a los factores precipitantes de los síntomas de asma —tales como los alérgenos (pelos de mascotas, pólenes), irritantes (humo de tabaco), contaminantes industriales (por ejemplo ozono), o virus respiratorios— pueden ayudar al paciente a evitar exposiciones innecesarias o al menos a estar alerta ante situaciones que podrían requerir un aumento de la dosis de la medicación (GINA, 2011; NHLBI, 2007).

Asimismo, es importante identificar si el paciente tiene condiciones crónicas comórbidas (sinusitis, rinitis, reflujo gastroesofágico, apnea obstructiva del sueño o aspergilosis broncopulmonar alérgica) que pudieran complicar la presentación del asma o su tratamiento.

Si estas condiciones comórbidas se tratan adecuadamente se puede mejorar el control del asma y reducir la necesidad de medicación.

## **Farmacoterapia**

Los medicamentos para el asma pueden ser clasificados en medicación preventiva o controladora y medicación de rescate o de alivio.

### **Medicación preventiva o de control.**

Los controladores son medicamentos administrados diariamente en un programa a largo plazo para mantener el asma bajo control clínico. Se usan aún cuando no se tiene síntomas porque buscan disminuir la inflamación de los bronquios y la hiperreactividad bronquial. Los principales medicamentos de control son (De la Canal, Jinich, & Talamoni, 2008; GINA, 2011; NHLBI, 2007):

#### ***Corticosteroides inhalados.***

Actualmente son el medicamento anti-inflamatorio más potente y efectivo para el tratamiento del asma persistente. Los más utilizados en nuestro medio son la beclometasona, fluticasona y budesonida (De la Canal et al., 2008). Se utilizan independientemente de la existencia de síntomas, ya que su objetivo es prevenirlos o que sean muy leves. La vía de administración es la inhalación de aerosol o de polvo seco, y su principal ventaja es que los medicamentos actúan directamente en las vías respiratorias permitiendo concentraciones locales más altas con un número considerablemente menor de efectos secundarios sistémicos. Los estudios han demostrado su eficacia para reducir los síntomas del asma, mejorar la calidad de vida y la función pulmonar, y disminuir la hiperreactividad de las vías respiratorias reduciendo la frecuencia y la severidad de las crisis, y también las hospitalizaciones y la mortalidad debida al asma. No obstante cuando se descontinúan, en una proporción alta de pacientes se observa un deterioro en el control clínico luego de algunas semanas o meses.

#### ***Efectos secundarios de los corticosteroides inhalados.***

Algunos de los principales efectos adversos locales son la candidiasis orofaríngea, disfonía y tos debido a la posible irritación de las vías aéreas superiores. Estos pueden ser

minimizados con el uso de dispositivos de espaciadores y el enjuagado de la boca después de la inhalación.

Los efectos sistémicos secundarios del tratamiento a largo plazo se observan solo en tratamientos con altas dosis e incluyen: fácil contusión y adelgazamiento de la piel, supresión adrenal y disminución en la densidad mineral de los huesos. También se los ha asociado a cataratas y glaucoma, aunque los datos en este sentido no son concluyentes. De todas maneras sus efectos adversos son mínimos en comparación con los beneficios logrados para controlar el asma.

### ***Corticosteroides sistémicos orales.***

Los corticosteroides sistémicos orales (por ejemplo prednisona, dexametasona) suprimen, controlan y revierten la inflamación bronquial, aunque solo son recomendados en los casos de asma más severa y de difícil control debido a que sus efectos secundarios adversos han sido claramente documentados.

### ***Efectos secundarios de los corticosteroides sistémico orales.***

Los efectos secundarios de la administración crónica de esta medicación incluyen supresión adrenal, detención del crecimiento (en niños y adolescentes), obesidad, adelgazamiento de la piel, hipertensión, síndrome de Cushing, cataratas, glaucoma, osteoporosis y debilidad muscular. El uso prolongado también puede generar una atenuación inmunológica. La magnitud de los efectos adversos está relacionada con la dosis, la frecuencia y la duración del uso de corticosteroides orales. Siempre debe minimizarse su uso, maximizar la utilización de otras terapias y monitorear la progresión de los efectos adversos para poder disminuir los riesgos e impactos.

### ***Agonistas beta-2 adrenérgicos de acción prolongada.***

Dentro de esta categoría encontramos al salmeterol y el formoterol, broncodilatadores que tienen un efecto de broncodilatación de al menos 12 horas luego de su aplicación, aunque administrados regularmente sus efectos no superan las 5 horas. Su acción principal es la relajación del músculo liso bronquial a través de la estimulación de los receptores beta-2.

Estos fármacos no son usados como monoterapia, sino que siempre deben indicarse asociados con los corticoides inhalados. En combinación con éstos, son muy efectivos y sus efectos negativos son escasos. Permiten controlar mejor el asma sin necesidad de tener que aumentar la dosis de corticosteroides, y también disminuyen el uso de medicamentos de rescate.

Asimismo suelen utilizarse antes de la realización de ejercicio físico, para prevenir los broncoespasmos que se pudieran generar. Se usan por vía inhalada en forma de aerosol o

polvo, y tal como se señalaba suelen venir ya combinados, por ejemplo la marca comercial Seretide combina salmeterol con fluticasona, o el Symbicort que combina formoterol con budesonida.

#### *Efectos secundarios de los agonistas beta-2 adrenérgicos de acción prolongada.*

Estos fármacos causan pocos efectos sistémicos nocivos, en algunos casos pueden observarse cambios cardiovasculares, temblores del músculo esquelético, e hipocalcemia (niveles bajos de potasio en sangre). Un estudio ha identificado que el asma en sujetos con un genotipo inusual para el receptor de beta-2 agonistas (con sustitución de la arginina por glicina en la posición B-16) puede deteriorarse con el uso regular de salmeterol, administrado o no en combinación con corticosteroides inhalados.

#### ***Inhibidores de los leucotrienos.***

Estos fármacos se administran en comprimidos por vía oral e incluyen al *montelukast*, *pranlukast*, *zafirlukast* y el *zileuton*. Los estudios clínicos han demostrado que los inhibidores de leucotrienos tienen un mínimo y variable efecto broncodilatador, reducen síntomas como la tos, mejoran la función pulmonar, reducen la inflamación de las vías aéreas y las crisis de asma. Son el tratamiento alternativo – aunque no de preferencia – para el asma leve persistente. Cuando se utilizan solo como controlador o preventivo, el efecto generalmente es menor que el de bajas dosis de esteroides inhalados, y en pacientes que actualmente utilizan corticosteroides inhalados, un inhibidor de leucotrienos no debe sustituir ese tratamiento. Estos fármacos usados como terapia aditiva pueden reducir la dosis de los corticosteroides inhalados por los pacientes con asma moderada o severa, y mejorar el control del asma en los pacientes que no se controlan con dosis bajas o altas de corticoides inhalados. Diversos estudios han demostrado que los inhibidores de leucotrienos son menos efectivos que los beta-2-agonistas de acción prolongada como terapia aditiva.

#### *Efectos secundarios de los inhibidores de leucotrienos.*

Los modificadores de leucotrienos son bien tolerados, y son pocos los efectos secundarios encontrados hasta el momento. El *zileuton* se ha asociado a toxicidad hepática, por lo cual es necesario un monitoreo de la función del hígado durante el tratamiento.

#### ***Cromonas.***

Estas incluyen dos drogas: el cromoglicato sódico y el nedocromil sódico. El papel de estos fármacos en el tratamiento a largo plazo del asma en adultos es limitado. La eficacia se ha reportado en pacientes con asma persistente leve y broncoespasmos producidos por

el ejercicio o ante la exposición a alérgenos que no son evitables. Su efecto antiinflamatorio es débil y son menos eficaces que las dosis bajas de corticosteroides inhalados.

#### *Efectos secundarios de las cromonas.*

Los efectos secundarios son infrecuentes e incluyen tos al utilizarse por la vía inhalada, odinofagia (dolor o ardor de garganta al deglutir), y en algunos pacientes la percepción del gusto desagradable del nedocromil sódico.

#### **Metilxantinas.**

La teofilina es la metilxantina más utilizada como alternativa –pero no tratamiento de preferencia- para el asma leve persistente. Es un broncodilatador que en dosis bajas tiene una modesta acción antiinflamatoria, y está disponible en presentaciones de acción prolongada para dosificaciones de una o dos veces al día.

La teofilina tiene poco efecto como controlador o preventivo de primera línea, aunque asociado a corticosteroides inhalados se ha observado una leve mejoría en la función pulmonar similar a la duplicación de los corticosteroides inhalados. De todas maneras, como terapia aditiva, la teofilina es menos eficaz que los beta-2 agonistas inhalados de acción prolongada.

#### *Efectos secundarios de la teofilina.*

En dosis superiores a 10 mg/kg de peso corporal por día, la teofilina provoca significativos efectos secundarios, los cuales desaparecen ante una reducción de la dosis o ante su uso continuo. Estos efectos incluyen síntomas gastrointestinales, diarrea, arritmias, convulsiones e incluso muerte. La náusea y el vomito son los síntomas tempranos más comunes. Los niveles plasmáticos de teofilina deben ser controlados cuando las dosis son altas.

#### **Omalizumab.**

El omalizumab (anti-IgE) es un anticuerpo monoclonal obtenido por ingeniería genética que se une a la IgE e impide la unión de ésta última con los receptores de alta afinidad en los basófilos y los mastocitos, reduciendo así la cantidad de IgE libre disponible para iniciar la cascada alérgica. Se inyecta por vía subcutánea quincenal o mensualmente y en la actualidad es utilizado como terapia adyuvante para pacientes mayores de 12 años con alergias (especialmente pacientes cuya sensibilidad a los aeroalérgenos ha sido probada) y asma severa persistente que no puede controlarse solo con los corticosteroides inhalados. La mejoría en el control del asma se refleja con menos síntomas, menor

necesidad de medicamentos de rescate y menos exacerbaciones. Pero aún se requieren nuevas investigaciones sobre este tratamiento.

#### *Efectos secundarios del omalizumab.*

Los efectos secundarios reportados han sido urticaria y anafilaxis en el 0.1% de los casos. La mayoría de estas reacciones ocurren dentro de las 2 horas posteriores a la aplicación. Esto puede suceder en la primera aplicación o en las posteriores. Por lo tanto los médicos que la administren deben estar preparados y equipados para la identificación y el tratamiento de la anafilaxis que pudiera ocurrir, y educar al paciente en esta posible reacción alérgica generalizada, su reconocimiento y tratamiento. También se ha informado dolor y hematomas en el sitio de la inyección en más del 20% de los pacientes.

#### *Inmunoterapia alérgeno-específica.*

El papel de la inmunoterapia específica en asma de adultos es limitado. Requiere de la identificación de un único y bien definido alérgeno, que se administra (vía inyección) en dosis progresivas cada vez más altas para inducir tolerancia. En una revisión de Cochrane (Abramson et al., 2003 citado en NHLBI, 2007) que examinó 75 ensayos controlados sobre inmunoterapia comparada con placebo, se confirmó la eficacia de esta terapia en la reducción de los síntomas y en un menor requerimiento de medicación. El curso de este tipo de terapias usualmente tiene de 3 a 5 años de duración.

Dado el estado actual de la información, la inmunoterapia específica se debe considerar solamente después de un estricto control ambiental y la intervención farmacológica, incluyendo corticosteroides inhalados. No hay estudios que comparen la inmunoterapia específica con la terapia farmacológica del asma, y tampoco hay datos concluyentes sobre el valor de la inmunoterapia con respecto a múltiples alérgenos.

#### *Efectos secundarios de la inmunoterapia.*

Los posibles efectos secundarios observados incluyen una reacción localizada en el sitio de la inyección (leve o severa y dolorosa) y una respuesta alérgica tardía. Los efectos secundarios sistémicos pueden incluir las reacciones anafilácticas así como exacerbaciones graves del asma.

#### **Medicación de rescate o alivio.**

Estos medicamentos actúan rápidamente para revertir la broncoconstricción y sus síntomas (disnea, tos, opresión torácica y sibilancias). Los principales fármacos de rescate o alivio son (De la Canal et al., 2008; GINA, 2011; NHLBI, 2007):

### ***Anticolinérgicos.***

Son broncodilatadores utilizados en el asma que incluyen el ipatropium y el oxitropium. El bromuro de ipatropium inhalado es menos efectivo que los beta-2 agonistas de acción rápida. En combinación con estos últimos se obtienen beneficios adicionales como la mejora en la función pulmonar y la reducción del riesgo de hospitalización. Los anticolinérgicos son administrados en múltiples dosis junto a los beta-2 agonistas de acción rápida en las crisis de asma moderadas o severas. Los pacientes que más se benefician son aquellos que tienen una obstrucción bronquial más grave. Las ventajas del bromuro de ipratropium en el manejo a largo plazo del asma no se han establecido, aunque se reconoce como broncodilatador alternativo para los pacientes que experimentan efectos nocivos como taquicardia, arritmia, y temblor de los betas-2 agonistas de acción rápida.

#### ***Efectos secundarios de los anticolinérgicos.***

La inhalación del ipratropium o del oxitropium puede causar sequedad en la boca y/o sabor amargo. No hay evidencia de ningún efecto adverso en la secreción de moco.

### ***Agonistas beta-2 adrenérgicos de acción corta.***

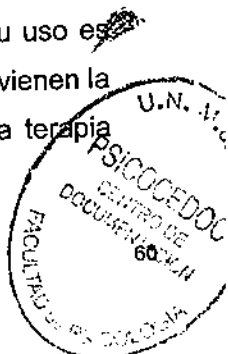
En esta categoría se incluyen el salbutamol (albuterol), la terbutalina, el fenoterol, el reproterol, y el pirbuterol. Son los fármacos de elección para el alivio del broncoespasmo (relajan el músculo liso bronquial) durante las exacerbaciones agudas del asma y para el tratamiento previo del asma inducida por el ejercicio. Se usan por vía inhalatoria en forma de aerosol o gotas nebulizadas y su acción broncodilatadora se produce en 3 o 5 minutos. También pueden ser administrados por vía oral, aunque debido a sus efectos secundarios, su uso está restringido a pacientes que no pueden utilizar la medicación inhalada. El uso frecuente de los agonistas beta-2 adrenérgicos de acción corta es un signo de pérdida del control del asma e indica la necesidad de valorar de nuevo el tratamiento. No es recomendado su uso reglado, diario y crónico.

#### ***Efectos secundarios de los agonistas beta-2 adrenérgicos de acción corta.***

En las dosis recomendadas no existen mayores efectos adversos, solo en algunos casos pueden presentarse temblores y/o taquicardia.

### ***Corticosteroides sistémicos.***

Si bien estos fármacos tienen un efecto lento (aproximadamente 4 horas) su uso es importante en el tratamiento de las crisis moderadas o severas de asma porque previenen la progresión de la exacerbación, aceleran la recuperación y previenen recaídas. La terapia



oral es la más recomendada por los expertos y es tan eficaz como la hidrocortisona intravenosa. Su uso es recomendado diariamente de 5 a 10 días después de la crisis dependiendo de su severidad. Luego de la mejoría de los síntomas y la función pulmonar, los corticosteroides orales pueden ser suspendidos o disminuidos continuando con el tratamiento de los corticosteroides inhalados.

#### *Efectos secundarios de los corticosteroides sistémicos.*

Los potenciales efectos secundarios dependen de la dosis y la duración del tratamiento. En tratamientos prolongados con dosis altas se pueden presentar los siguientes efectos adversos: supresión adrenal, detención del crecimiento (en niños y adolescentes), adelgazamiento de la piel, hipertensión, síndrome de Cushing, cataratas, glaucoma, osteoporosis y debilidad muscular, anomalías reversibles en el metabolismo de la glucosa, aumento de apetito con aumento de peso, retención de líquidos, redondeo de la cara, alteración del humor, hipertensión, úlcera péptica, inmunosupresión y necrosis aséptica del fémur (muerte de tejido óseo en el fémur a causa de un abastecimiento inadecuado de sangre).

Como se puede observar la farmacoterapia del asma -y sus posibles combinaciones- es sumamente variada, lo cual condice con la heterogeneidad clínica (fenotípica) observada en estos pacientes. Por este motivo es usual que los estudios con estas poblaciones encuentren como limitación metodológica la falta de homogeneidad de la muestra en esta variable.

### **Prevalencia, Morbilidad y Mortalidad**

En las últimas décadas la frecuencia del asma ha aumentando en todo el mundo (World Health Organization [WHO], 2004). Se estiman 300 millones de individuos afectados (GINA, 2010).

A pesar de centenares de informes sobre la prevalencia del asma en poblaciones muy diferentes, la ausencia de una definición precisa y universalmente aceptada hace que resulte problemática una comparación de los reportes de la prevalencia en las diferentes partes del mundo. No obstante, mediciones en niños y en adultos basadas en el uso de métodos estandarizados, estiman una prevalencia global del asma que varía desde el 1% al 18%. El porcentaje de niños que han sido diagnosticados de asma bronquial se ha incrementado de manera notable, y probablemente este hecho tuvo que ver con un mayor conocimiento de esta condición y/o los cambios en las prácticas diagnósticas (GINA, 2006, 2011).

En nuestro país no se cuenta con datos oficiales sobre la prevalencia de esta afección respiratoria, aunque estudios epidemiológicos señalan una prevalencia del 10% (Gómez, 2006).

Las muertes anuales mundiales por asma se han estimado en 250.000 y la mortalidad no parece correlacionarse con la prevalencia (GINA, 2006, 2010). Actualmente, la mortalidad debida al asma constituye un hecho relativamente infrecuente (GINA, 2010; Vázquez & Buceta, 1996). En Argentina las estadísticas señalan un porcentaje de defunciones de solo un 0.14% (Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Estadísticas e Información de Salud [DEIS], 2010). Esta cifra ha ido descendiendo a lo largo de los últimos años: en el 2004 el porcentaje de defunciones era de 0.22% (DEIS, 2005) y en el 2006 de 0.20% (DEIS, 2007).

El asma aún constituye un importante problema de salud pública por sus elevados índices de prevalencia e incidencia y por las cargas sociales y económicas que supone, ya sean vistos desde la perspectiva del individuo que la sufre, del profesional del cuidado médico, o de las organizaciones que pagan por el cuidado de la salud. En estudios realizados en diferentes partes del mundo el ausentismo escolar y los días perdidos de trabajo son reportados como una problemática social y económica importante con relación al asma (GINA, 2010).

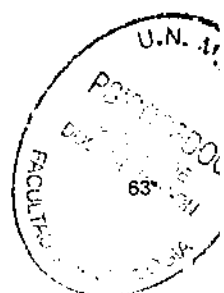
### **Cargas Sociales y Económicas**

En el análisis de las cargas económicas del asma deben considerarse tanto los costos médicos directos (admisiones hospitalarias y medicación) como los indirectos no médicos (tiempo de trabajo perdido, muerte prematura). La comparación de los gastos debidos al asma en diferentes regiones ha permitido establecer las siguientes conclusiones (GINA, 2010): (a) los costos del asma dependen del nivel de control de cada paciente y del cuidado para evitar las crisis; (b) el tratamiento de emergencia es más oneroso que el tratamiento planificado, y (c) los costos económicos no médicos del asma son importantes, las familias pueden sufrir altas cargas financieras debidas al tratamiento del asma.

Aunque los costos del manejo del asma –tanto desde la perspectiva del paciente como de la sociedad- son elevados, no tratarla adecuadamente redundaría en gastos aún mayores (GINA, 2010).

**CAPÍTULO 3**

**ENFERMEDADES MÉDICAS Y FACTORES PSICOSOCIALES:  
EL CASO DEL ASMA BRONQUIAL**



Recibir un diagnóstico de enfermedad produce un impacto de distinto grado de intensidad en la persona y su entorno, y genera una serie de cambios vitales (Moos & Schaefer, 1984), que conllevan sin duda la necesidad de tener en cuenta los aspectos psicosociales del enfermar para poder comprender de una manera más adecuada las experiencias de las personas en relación a su enfermedad y consecuentemente definir y realizar las intervenciones terapéuticas más adecuadas.

En el caso del asma bronquial, el carácter crónico y episódico de sus manifestaciones, su interferencia en el descanso y en las actividades diarias, y la amenaza a la propia vida que implica una crisis asmática no controlada, pueden provocar importantes alteraciones psicosociales en los pacientes y su familia: ansiedad, cambios en el estado de ánimo y limitaciones en las actividades laborales, académicas y/o recreativas. Asimismo los costos directos (fármacos, visitas al médico, internaciones) e indirectos de la enfermedad (descuentos en el salario por ausentismo, disminución del rendimiento laboral y/o académico), también pueden impactar en el bienestar y la calidad de vida de las personas con asma bronquial. Del mismo modo, estas alteraciones psicosociales en ocasiones tienen un efecto significativo sobre los síntomas y el estatus de salud de los pacientes.

Según una revisión realizada en los últimos años (Fasciglione & Castañeiras, 2007) las variables psicosociales más estudiadas en relación al asma bronquial han sido: calidad de vida, ansiedad, depresión, alexitimia, personalidad y afrontamiento. A continuación se exponen los datos disponibles de mayor consistencia sobre estas variables en relación a las enfermedades médicas en general, y al asma bronquial en particular.

### **Calidad de Vida**

La calidad de vida (CV) es un constructo complejo que ha sido conceptualizado de diferentes modos y en muchas ocasiones sin límites claros respecto a otros términos como el de estándar o nivel de vida. A esta situación se suma el hecho de que la CV puede ser evaluada en función de criterios externos o a partir de la percepción y valoración que hace el propio sujeto (Kaplan, 1985; Llull, 1999). En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (World Health Organization [WHO], 1997) ha definido la CV como la percepción que tiene la persona del lugar que ocupa en la cultura y en los sistemas de valores donde vive, en relación a sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones. Todo esto influenciado por la salud de la persona, su estado psicológico, sus creencias personales, sus relaciones sociales y la relación con su medioambiente.

Además, la CV puede ser conceptualizada en sentido amplio o en sentido estricto. En el primer caso, hace referencia al grado de bienestar que alcanzan las personas en las distintas áreas de la vida; es decir, los indicadores de calidad de vida incluyen tanto aspectos económicos, como las condiciones y evaluación del ambiente físico donde viven

las personas, la salud psicofísica, el nivel de autonomía, el acceso a la educación, la recreación, la satisfacción en las relaciones interpersonales y los proyectos personales, entre otros.

En cambio, la CV en sentido estricto o restringido, hace referencia específicamente al proceso de salud-enfermedad, y en este caso ha sido denominada Calidad de Vida Relacionada a la Salud (CVRS). Se evalúa como el impacto percibido que tienen los síntomas y otros aspectos de una enfermedad particular en la vida de los pacientes, en sus actividades cotidianas, sus emociones y relaciones (Kaplan, 1985, Juniper et al., 1992).

### **Calidad de Vida y Enfermedades Médicas**

Los factores estresantes que surgen frente a una enfermedad médica son significativos y numerosos. Ante un determinado diagnóstico se suscitan una serie de cambios en distintas áreas de la vida (alimentación, descanso, actividades laborales y/o académicas, relaciones sociales, economía, entre otras) del paciente y de su familia. Paradójicamente, ámbitos de tratamiento de la enfermedad como el entorno hospitalario, pueden resultar estresantes por sí mismos (Groves & Muskin, 2006). Todo ello hace que la CV global y la CVRS se vean afectadas de una u otra manera.

El deterioro de la CVRS en las personas con enfermedades físicas crónicas ha sido ampliamente documentado (Cárdenas-Villareal, Pedraza-Loredo, & Lerma-Cuevas, 2005; Chen, Katz, Eisner, Yelin, & Blanc, 2004; Rodríguez-Artalejo et al., 2005; Urzúa, 2008). Sin embargo los resultados no son concluyentes respecto a la relación entre la severidad de la condición médica y el deterioro de la calidad de vida. Si bien la gravedad de la enfermedad es un importante factor de deterioro de la CVRS, existen factores psicosociales –como la percepción de control sobre la enfermedad o la ansiedad– que explican la amplia variabilidad en las puntuaciones de la CVRS en pacientes que presentan la misma severidad clínica, tal como se ha reportado en pacientes con rinitis (Chen et al., 2004) y en pacientes con asma (Hommel, Chaney, Wagner, & McLaughlin, 2002).

Tradicionalmente, el impacto de las enfermedades crónicas y sus tratamientos se ha evaluado en términos de morbilidad y mortalidad, sin embargo en los últimos años se han comenzado a incorporar evaluaciones de la calidad de vida de los pacientes al considerarla una importante medida de resultados de las intervenciones dirigidas al cuidado de la salud, y un elemento a considerar en la toma de decisiones sobre las formas de cuidado del paciente y a la asignación de recursos en el sistema de salud (Cárdenas Villareal et al., 2005).

#### **La calidad de vida y el asma bronquial.**

Los pacientes con asma bronquial frecuentemente informan algún tipo de deterioro en su CV y en su CVRS, generalmente relacionado con las consecuencias propias de toda enfermedad crónica de evolución irregular y tratamiento prolongado: crisis repentinas e

imprevistas, interferencia en las actividades y relaciones cotidianas, y repercusiones en la economía debido a los costos de los tratamientos y al ausentismo laboral y/o académico que conlleva (Mészáros, Zelkó, Meskó, & Vineze, 2005; Nascimento et al., 2002; Nishimura, Hajiro, Oga, Tsukino, & Ikeda, 2004).

No obstante los datos no son concluyentes sobre la relación entre la severidad del asma y el deterioro diferencial de la calidad de vida. Según Nishimura et al. (2004) existe una pobre correlación entre la CVRS de los pacientes y los índices clínicos convencionales de severidad. Estos autores observaron que algunas dimensiones de la CVRS seguían siendo informadas como deterioradas a pesar de que los pacientes estaban clínicamente bien controlados; ante lo cual hipotetizaron que más allá de la sintomatología existen algunos problemas relacionados con la CV que permanecen afectados en las personas con asma bronquial. En este sentido señalan la importancia de la psicoterapia y la psicoeducación del paciente para mejorar estos aspectos de la CV.

Sin embargo otros estudios (Belloch, Perpiñá, Martínez-Moragón, de Diego, & Martínez-Francés, 2003; Mészáros et al., 2005; Riccioni et al., 2004) obtuvieron resultados diferentes, observaron que la severidad del asma tiene un impacto negativo sobre la CVRS de los pacientes.

Otro de los hallazgos aportado por diversos estudios hace referencia a que las mujeres presentan un mayor deterioro de la CVRS que los hombres. Estos datos podrían ser explicados por el hecho de que concomitantemente las mujeres presentan una mayor tendencia a presentar síntomas de ansiedad y depresión, no obstante esta hipótesis no es concluyente (Belloch et al., 2003).

Como se ha reseñado, existen algunas publicaciones referidas exclusivamente a la descripción de la CVRS en personas asmáticas, pero la mayoría de los estudios en el tema son sobre el diseño, la traducción y las propiedades métricas de instrumentos para su evaluación. Probablemente la importancia brindada en los últimos años a los factores psicosociales vinculados al diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad respiratoria se corresponda con la proliferación de instrumentos señalada. Son numerosas las investigaciones que destacan la incidencia de otras variables psicosociales sobre la CVRS (Belloch et al., 2003; Hommel et al., 2002; Lavoie et al., 2006; Nishimura et al., 2004), dando lugar a introducir lo que Kaplan (1985) denominó *Mediadores de la CV*, es decir, factores que pudieran estar modulando la CVRS (Fasciglione & Castañeiras, 2007) tales como los que se abordan a continuación.

### **Ansiedad**

La ansiedad hace referencia a una reacción psicobiológica básica que forma parte constitutiva del sistema de peligro y seguridad que disponen los seres humanos, en sus permanentes intercambios con el entorno y consigo mismos en sus intentos adaptativos

(Barlow & Durand, 2008; Cía, 2000; Clement & Chapouthier, 1998; LeDoux, 1998; Sandín & Chorot, 1995).

No es un fenómeno unitario, es un patrón complejo de respuesta cognitiva, afectiva, fisiológica y conductual que se activa cuando se interpretan eventos o circunstancias como amenazas altamente aversivas, inciertas e incontrolables para los propios intereses vitales. A continuación se describen sus principales manifestaciones en los distintos niveles sintomáticos (Antony & Swinson, 2000; Barlow & Durand, 2008):

1. Síntomas fisiológicos: Incremento de la tasa cardíaca, palpitaciones, dificultades para respirar, dolor u opresión en el pecho, sensación de asfixia/ahogo, mareos, sudor, náuseas, malestar estomacal, diarrea, temblores, hormigueo o falta de sensibilidad en brazos y piernas, debilidad, tensión muscular, rigidez y sequedad de boca.
2. Síntomas cognitivos: Miedo a perder el control, incapacidad de afrontamiento, miedo al daño físico o muerte, miedo a volverse loco, miedo a la evaluación negativa de otros, pensamientos, imágenes aterradoras, percepciones de desrealización o despersonalización, pobre concentración, confusión, atención focalizada, hipervigilancia a la amenaza, dificultades de memoria, dificultades de razonamiento y pérdida de objetividad.
3. Síntomas conductuales: Evitación de situaciones o signos de amenaza, escape, huida, conductas de seguridad, inquietud, agitación, hiperventilación, inmovilidad, dificultades para hablar.
4. Síntomas afectivos: Nervios, tensión, temor, impaciencia, frustración, angustia.

Cada individuo posee una forma idiosincrásica de reaccionar ante un suceso u objeto percibido como ansiógeno: algunos experimentan síntomas de manera proporcional en todas las áreas y en otros la ansiedad se experimenta principalmente en una de ellas. Por ejemplo, algunas personas reaccionan de manera muy intensa desde lo fisiológico (palpitaciones, falta de aire, temblores, etc.), mientras que otras responden con síntomas cognitivos muy marcados y con una respuesta somática moderada o leve. En este sentido, existe un área de investigación que se centra en la búsqueda de patrones o perfiles diferenciales de respuesta en los pacientes con trastornos de ansiedad, lo cual ha resultado de suma importancia por sus implicancias diagnósticas y clínicas (Cía, 2000; Sandín & Chorot, 1995).

Es importante también determinar cuando la ansiedad es simplemente un estado transitorio del individuo o es un rasgo relativamente estable de la personalidad. Un *estado ansioso* se caracteriza por una actividad elevada del sistema nervioso autónomo y por sentimientos de tensión y aprensión conscientemente percibidos por el sujeto. Por el

contrario, un *rasgo ansioso* es una predisposición relativamente estable que diferencia a los individuos entre sí (Spielberger et al., 1970 citado en Cía, 2000). No obstante, se ha observado que aquellas personas que presentan un elevado rasgo de ansiedad suelen experimentar reacciones de ansiedad intensas con más frecuencia (Spielberger et al., 1984 citado en Cía, 2000).

Otra delimitación que resulta necesaria en este tema es la distinción entre los estados funcionales y disfuncionales. La ansiedad no es en sí misma patológica sino que tiene una función adaptativa ligada a la supervivencia. No obstante, se puede convertir en una respuesta patológica o desadaptativa cuando ocurre de manera innecesaria y/o desproporcionada, e interfiere negativamente en la vida laboral, social y familiar (Clement & Chapouthier, 1998; LeDoux, 1998).

La ansiedad disfuncional puede manifestarse clínicamente de diversas formas y con distinta entidad: (a) como crisis o ataque, de manera abrupta y episódica (ej. Ataque de Pánico); (b) en forma persistente fluctuante o continua (ej. Trastorno de Ansiedad Generalizada); o (c) como consecuencia de sucesos vitales estresantes (ej. Trastorno de Estrés Postraumático) (Cía, 2000; Sandín & Chorot, 1995; Wells, 1997).

Actualmente se estima una prevalencia de los trastornos de ansiedad de un 25% en la población general. Una de cada cuatro personas sufre en algún momento de su vida alguno de estos trastornos (Cía, 2002), y -exceptuando los problemas por abusos de sustancias- los trastornos de ansiedad suman alrededor del 50% del total de causas por las cuales la gente consulta a los profesionales de salud mental cada año (Le Doux, 1998). La alta morbilidad y cronicidad de los trastornos de ansiedad junto con la consecuente afectación que producen en la calidad de vida de las personas hace que su evaluación y diagnóstico constituya una indicación necesaria para la toma de decisiones referidas a las intervenciones clínicas en general y como factores psicológicos asociados a las condiciones médicas en particular.

### **Ansiedad y Enfermedades Médicas**

Existen pruebas de que las reacciones psicológicas de ansiedad (y también de depresión) están estrechamente relacionadas con las enfermedades físicas (Cía, 2000; Fernández-Álvarez, 1994).

Algunos autores afirman que la disposición ansiosa y el neuroticismo factores personales de riesgo que incrementan la vulnerabilidad a las enfermedades (Friedman & Booth-Kewley, 1987 citado en Cía, 2002). Otros, más moderados sugieren que si bien los factores de personalidad pueden ser predictores de quejas somáticas o de una mayor utilización de los servicios de salud, no son necesariamente factores vinculados a la etiología de la enfermedad orgánica (Stone & Costa, 1990 citado en Cía, 2002).

En contraposición, otros autores han dejado de lado la ansiedad como factor de riesgo en el proceso de enfermar, para centrar sus estudios en las explicaciones de por qué la ansiedad está presente en las enfermedades médicas. Las causas identificadas han sido (Epstein & Hicks, 2006):

1. Ansiedad como reacción psicológica al experimentar una enfermedad médica: especialmente en las personas con predisposición a la ansiedad, el estrés psicosocial generado por la enfermedad puede ser suficiente para inducir un trastorno de ansiedad. Los principales factores que inducen ansiedad en estos casos tienen que ver con:

- Incertidumbre acerca del diagnóstico y/o pronóstico médico
- Preocupaciones sobre futuros efectos de la enfermedad o su tratamiento sobre el propio cuerpo
- Miedo a la muerte
- Ansiedad frente al impacto de la enfermedad sobre la identidad y el sustento económico
- Ansiedad ante los desconocidos y ante la soledad en el hospital
- Ansiedad con respecto a las reacciones negativas de los médicos

2. Ansiedad inducida por sustancias: el suministro o la retirada de medicamentos utilizados para el tratamiento de las enfermedades físicas pueden contribuir a la aparición de reacciones de ansiedad.

3. Ansiedad secundaria a enfermedades médicas: muchas enfermedades médicas -como hipertiroidismo, epilepsia o hipoglucemia- son causantes de ansiedad, lo cual en algunos casos puede confundirse con la ansiedad comórbida a la enfermedad física. La inexistencia de antecedentes de trastorno de ansiedad, la edad avanzada del paciente, y los síntomas físicos desproporcionados son variables que permiten realizar un diagnóstico diferencial a favor de este tipo de ansiedad secundaria.

### **La ansiedad y el asma bronquial.**

Con frecuencia, las personas asmáticas informan una mayor sintomatología ansiosa que la población general (Coffman & Levenson, 2006; Cooper et al., 2007; Cordina, Fenech, Vassallo, & Cacciottolo, 2009; Ryu, Chun, Lee, & Chang, 2010), y existe evidencia de una alta prevalencia de patología ansiosa en esta población clínica (Cooper et al., 2007; Nascimento et al., 2002; Tovt-Korshynskaa, Dew, Chopeya, Spivakf & Lemkog, 2001; Valença et al., 2006; Vieira, Santoro, Dracoulakis, Caetano, & Fernandes, 2011),

independientemente de la severidad del asma<sup>3</sup> (Lavoie et al., 2006; Valença et al., 2006), y del tipo de medicación que reciben los pacientes (Lavoie et al., 2006).

Además se ha constatado que la sintomatología ansiosa es significativamente mayor en personas con asma bronquial que en otro tipo de pacientes respiratorios como quienes padecen de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) (Carvalho et al., 2007). Otro dato a considerar es que existe una mayor prevalencia de trastornos de ansiedad en mujeres asmáticas que en hombres (Belloch et al., 2003; Carvalho et al., 2007; Cooper et al., 2007; Cordina et al., 2009; Fernandes et al., 2010; Lavoie et al., 2006), hecho que coincide con los datos de prevalencia de ansiedad según género en población general (Asociación Psiquiátrica Americana [APA], 1994; Belloch et al., 2003; Cía, 2000).

En un estudio realizado en Canadá (Lavoie et al., 2006) se observó que los pacientes que presentaban trastornos de ansiedad utilizaban el broncodilatador con mayor frecuencia e informaban una menor calidad de vida comparados con los pacientes sin estos trastornos. Este deterioro en la calidad de vida también fue informado en otros estudios (Fernandes et al., 2010). Otro efecto negativo de la comorbilidad entre asma y ansiedad ha sido la pobre discriminación entre los síntomas respiratorios y los síntomas de ansiedad que conduce a un uso excesivo de los servicios de cuidado médico (Fernandes et al., 2010).

Los trastornos de ansiedad más frecuentes diagnosticados en población asmática –y en estudios llevados a cabo en distintas partes del mundo– han sido la ansiedad generalizada (Cooper et al., 2007; Valença et al., 2006) y el trastorno de pánico (Carvalho et al., 2007; Cooper et al., 2007; Lavoie et al., 2006; Valença et al., 2006).

Aunque aún no existe unanimidad al momento de explicar la alta comorbilidad entre trastornos de ansiedad y asma, se han formulado varias hipótesis explicativas, principalmente en lo que respecta a los trastornos de pánico.

Las explicaciones cognitivas postulan que la experiencia repetida y a largo plazo con una enfermedad respiratoria como el asma podría generar creencias catastróficas o aterradoras sobre los síntomas respiratorios que a su vez desencadenarían ataques de pánico.

Las explicaciones biológicas sostienen que las experiencias repetidas de hipoxia (disminución de oxígeno en sangre) e hipercapnia (aumento del dióxido de carbono en sangre) pueden sensibilizar los circuitos neuronales que controlan las respuestas de miedo (como las neuronas de la amígdala y del núcleo coeruleus), y reaccionar excesivamente ante cualquiera de los episodios posteriores de hipoxia e hipercapnia debidos al asma o a las percepciones aterradoras como la sensación de falta de aire. En definitiva, los pacientes con asma que presentan sintomatología ansiosa pueden tener dificultades respiratorias

---

<sup>3</sup> En este sentido, es relevante destacar también que algunos estudios (Fernandes et al., 2010) han encontrado mayores niveles de ansiedad cuánto mayor es la severidad del asma.

adicionales que crean un círculo vicioso de ansiedad y miedo que provoca un aumento de los problemas respiratorios, los cuales a su vez, precipitan el miedo que es activado tanto por factores biológicos como cognitivos (Retamales Rojas, 1998; Valença et al., 2006). Asimismo se ha demostrado que niveles elevados de ansiedad pueden provocar una crisis asmática a través de la hiperventilación y el enfriamiento de las vías respiratorias (Cooper et al., 2007; Fernandes et al., 2010).

Otro factor que explicaría la vinculación del asma con los trastornos de ansiedad sería el uso de corticosteroides, antihistamínicos y broncodilatadores beta 2-agonistas, que podrían influir en el humor de los pacientes (Nascimento et al., 2002).

Las personas con esta afección generalmente poseen menos autonomía, requieren más planificación, ven afectadas su capacidad de trabajo, sus interacciones sociales y sus relaciones sexuales, del mismo modo que su alimentación y su descanso. En esta línea, una última hipótesis considera que estos factores podrían actuar como estresores que incrementan el riesgo de aparición de trastornos de ansiedad y también de depresión (Nascimento et al., 2002; Sáñez et al., 2005).

En síntesis, existe una alta comorbilidad entre el asma bronquial y la sintomatología ansiosa. La presencia de ansiedad en personas con asma puede provocar un inadecuado uso de la medicación, una utilización incorrecta de los servicios de salud y un deterioro en la calidad de vida. Es decir, la ansiedad constituye un factor psicosocial de riesgo para los pacientes con esta afección respiratoria.

### **Depresión**

La depresión es uno de los trastornos psiquiátricos más comunes. Se estima que entre el 8% y el 18% de la población general experimentará al menos un episodio de depresión clínicamente significativo durante su vida, y que las mujeres se verán un 50% más afectadas que los hombres. Además se sabe que la depresión es un trastorno recurrente: el 80% de los pacientes con depresión tienen más de un episodio depresivo (Gotlib & Neubauer, 2000).

Debe distinguirse, al igual que se hizo con la ansiedad, que existe una diferencia entre la sintomatología depresiva y la depresión como un trastorno del estado de ánimo. Para su diagnóstico se deben cumplir una serie de criterios (APA, 1994, 2013).

Si bien existen diversos modelos explicativos para la depresión (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 2005; Beck A., 2008; Freeman & Oster, 2002; Lewinsohn, Gotlib, & Hautzinger, 2002; Maier & Seligman, 1976), el presente estudio no se centrará en el desarrollo de cada uno de ellos, sino que se ocupará de los síntomas de depresión como manifestaciones de carácter clínico en correspondencia con requerimientos de esta tesis.

El individuo que presenta sintomatología depresiva (clínica o subclínica) tiende a manifestar distorsiones cognitivas y pensamientos negativos más o menos sistemáticos sobre las experiencias personales, y puede llegar a consolidar una visión global negativa de

sí mismo, del mundo y del futuro. Los estados depresivos incluyen síntomas afectivos, motivacionales, cognitivos, conductuales y fisiológicos que están recíprocamente relacionados (Beck et al., 2005; Vázquez & Sanz, 1995).

Los síntomas afectivos o emocionales de la depresión son básicamente la tristeza, el llanto, la ansiedad y la agitación, la cólera o la irritabilidad y los sentimientos de culpabilidad y vergüenza (Beck et al., 2005).

Se ha observado que la pérdida de la motivación positiva es uno de los principales síntomas motivacionales. Es decir, disminuye la motivación de la persona para llevar a cabo incluso tareas cotidianas muy simples, el paciente sabe lo que tiene que hacer pero no tiene el deseo o el estímulo para realizarlo. Generalmente este síntoma está acompañado de una actitud de desesperanza y una tendencia a evitar actividades y al retraimiento. Otro síntoma relacionado con la pérdida de motivación es la tendencia a pedir ayuda para realizar tareas cotidianas simples debido a la falta de voluntad para llevarlas a cabo (Beck et al., 2005).

Los síntomas cognitivos de depresión consisten en pensamientos negativos acerca de sí mismo, del futuro y del mundo. Estas creencias negativas están en la base de toda la sintomatología depresiva (tristeza, pasividad y falta de motivación, culpabilidad, falta de placer o agrado y tendencia al suicidio en los casos severos). Otros síntomas cognitivos son la indecisión, la autocrítica excesiva, los problemas de memoria y la dificultad para concentrarse. Concomitantemente se suelen observar síntomas como la pasividad, la inercia y la evitación que son los principales síntomas conductuales de la depresión (Beck et al., 2005).

Además de la sintomatología antes descrita se observan síntomas fisiológicos como alteraciones del sueño tanto en el inicio del descanso como durante el mismo. También se observan cambios en el apetito y en la ingesta de alimentos (hipofagia e hiperfagia), y una disminución del deseo sexual (Beck et al., 2005).

### **Depresión y Enfermedades Médicas**

La presencia de síntomas depresivos en pacientes con enfermedades médicas ha sido extensamente descrita por la literatura científica. Existen estudios que reportaron altos porcentajes de depresión en estos pacientes comparados con población general; las cifras informadas van desde el 18% al 83% dependiendo de la metodología utilizada en la investigación y de la condición médica bajo estudio (Rocha & Fleck, 2010; Rodin, Nolan, & Katz, 2006).

Particularmente en las enfermedades físicas crónicas las investigaciones confirman los hallazgos previamente mencionados. En una investigación llevada a cabo en Brasil se compararon 119 individuos saludables con 122 pacientes adultos que presentaban diferentes condiciones médicas crónicas (hipertensión, afecciones cardíacas, neoplasias, diabetes, enfisema, asma, enfermedades autoinmunes y renales), y se constató una

prevalencia significativamente mayor de síntomas depresivos –evaluados con el Inventario de depresión de Beck– en la muestra clínica (Rocha & Fleck, 2010). Se obtuvieron resultados similares en investigaciones con personas con diabetes (Cabello-Alarcón, Banavides Vásquez, & Jaymez Vásquez, 1996) y con cáncer, aunque en este último caso se abren interrogantes acerca de si la sintomatología depresiva es previa al proceso oncológico y actuaría como uno de los posibles factores etiológicos, o devendría como resultado de un trastorno adaptativo post diagnóstico (Fernández- Camacho, 2001; García, Tafuri, Nogueira, & Carcinoni, 2000).

Asimismo se ha demostrado que la presencia de síntomas depresivos impacta negativamente en la calidad de vida de los pacientes (Lavoie et al., 2006; Rocha & Fleck, 2010).

### **La depresión y el asma bronquial.**

Numerosos estudios demuestran una alta comorbilidad entre el asma bronquial y la depresión (Coffman & Levenson, 2006; Farmer et al., 2008; Hommel et al., 2002; Ryu et al., 2010; Tovt-Korshynskaa et al., 2001; Valença et al., 2006; Van Lieshout, Bienenstock, & MacQueen, 2009). Algunos sostienen que esta comorbilidad está presente principalmente en pacientes con asma no controlada (Carvalho et al., 2007), sin embargo otras investigaciones (Valença et al., 2006) demostraron que la presencia de trastornos depresivos y ansiosos en pacientes asmáticos es independiente de la severidad de esta afección respiratoria.

Para explicar la comorbilidad entre depresión y asma se han propuesto diferentes hipótesis. En primer lugar se sugiere que el estrés causado por padecer una enfermedad crónica incrementa el riesgo de desarrollar un trastorno depresivo (Lehrer, Feldman, Giardino, Song, & Schmaling, 2002; Van Lieshout et al., 2009). En segundo lugar, y menos frecuentemente, se ha hipotetizado que presentar un trastorno del estado de ánimo como la depresión mayor aumenta el riesgo de desarrollar asma (Van Lieshout et al., 2009) o que estados emocionales como la tristeza pueden causar broncoconstricción como ha sido demostrado en algunos experimentos (Miller & Wood, 1997 citado en Lehrer et al., 2002). Finalmente, y en esta dirección también hallamos otros estudios (Farmer et al., 2008), que postulan la hipótesis de que el asma y el trastorno depresivo mayor comparten vías patofisiológicas relevantes, principalmente desregulaciones del eje hipotalámico-hipofisiario-adrenal, lo que implicaría la susceptibilidad de ciertos genes compartidos.

### **Comorbilidad entre Depresión y Ansiedad**

La co-ocurrencia de sintomatología ansiosa y depresiva ha sido ampliamente documentada (Watson, 2005). Este solapamiento sintomático plantea importantes cuestiones para el clínico e interrogantes para los investigadores que giran en torno a la

controversia sobre si los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos representan distintas entidades clínicas o si se trata de diferentes aspectos dentro del espectro de las perturbaciones emocionales (Cia, 2002; Watson, 2005).

En este punto se considera relevante destacar que desde hace más de una década, la psicopatología ha comenzado un profundo proceso de cambio, donde las clasificaciones categoriales están siendo repensadas y se suman nuevos modos de entender los actuales trastornos a partir de modelos dimensionales (Klein, 2008; Luyten & Sidney, 2011; Powers & Westen, 2009; Watson, 2005). No obstante, en este trabajo se han mantenido las categorías actuales según el DSM IV (APA, 1994) debido a que las publicaciones científicas revisadas en relación al asma y factores psicológicos en su mayoría han utilizado esta clasificación de los trastornos.

Específicamente en relación a la patología psiquiátrica comórbida -como el caso de los trastornos del estado de ánimo o de ansiedad- en pacientes con asma bronquial, se ha informado un peor funcionamiento emocional y físico que en las personas con asma que no presentan dicha comorbilidad. Este hecho se debe a los desajustes que la combinación de ambas psicopatologías producen en los comportamientos de autocuidado y a los efectos fisiológicos directos de la ansiedad y la depresión en el sistema nervioso autónomo y en el sistema inmune (Lehrer et al., 2002). Otro concepto estrechamente relacionado es el de afectividad negativa, que se define como una disposición a experimentar distress e insatisfacción, y ha sido asociada a una mayor percepción y autoinforme de síntomas somáticos tanto en personas con asma (Put, Demedts, Van den Bergh, Demyttenaere, & Varieden, 1999) como en población general (Stegen et al., 1998 citado en Put, Van den Bergh, Lemaigre, Demedts, & Verleden, 2003).

En síntesis, existe evidencia sobre la influencia negativa de los estados ansioso-depresivos en la calidad de vida de las personas con asma bronquial (Cheng et al., 2012; Di Marco et al., 2010; Hommel et al., 2002; Lavoie et al., 2006; Sáñez et al., 2005; Tovt-Korshynskaa et al., 2001; Trzcińska, Przybylski, Kozłowski, & Derdowski, 2012). Sin embargo autores como Nascimento et al. (2002) hipotetizan una causalidad inversa, es decir que una pobre CV usualmente presente en personas asmáticas podría incrementar el riesgo de desarrollar trastornos de ansiedad y depresión.

### **Alexitimia**

La alexitimia es un constructo hipotético multidimensional formulado en la década de los setenta por Sifneos para describir una compleja constelación de manifestaciones cognitivo-afectivas observadas en pacientes con alteraciones psicósomáticas. La alexitimia se caracteriza por: (a) dificultad para identificar y expresar con palabras los sentimientos, (b) dificultad para distinguir los sentimientos de las sensaciones corporales propias del arousal

emocional, (c) limitada capacidad para fantasear, y (d) un estilo cognitivo externamente orientado (concreto, literal, centrado en el presente y referido a acontecimientos externos) en detrimento de las experiencias internas (Martínez-Sánchez, Montero-Martínez, & de la Cerra, 2002; Nemiah, 1977; Sivak & Wiater, 1997).

### **Alexitimia y Enfermedades Médicas**

La relación entre alexitimia y enfermedades físicas en general ha sido objeto de numerosas controversias (Lumley, Stettner, & Wehmer, 1996). Tradicionalmente se ha sugerido que la alexitimia era un factor psicológico relacionado con el inicio y el mantenimiento de las enfermedades psicosomáticas (dentro de las cuales se incluía al asma, la úlcera péptica, la colitis ulcerosa y la artritis reumatoidea). Se concebía que estas enfermedades eran el resultado de emociones no expresadas verbalmente que se manifestaban mediante un lenguaje somático (Jódar, Valdés, Sureda, & Ojuel, 2000), por ejemplo a través de un broncoespasmo. Sin embargo, según una de las revisiones más destacadas sobre el tema (Lumley et al., 1996) si bien la alexitimia probablemente influya en la conducta de enfermedad, existe escasa evidencia sobre su alcance como factor explicativo del desarrollo de una enfermedad orgánica crónica. Además se encontró que sujetos sin enfermedades somáticas y/o con otros trastornos (toxicomanías, estrés postraumático, psicopatías) también informaban alexitimia, lo cual orientó los estudios hacia nuevas direcciones (Sivak & Wiater, 1998).

#### **Alexitimia y asma bronquial.**

Específicamente en relación al asma bronquial no se dispone de estudios concluyentes que demuestren empíricamente esta relación. No obstante, y en similar dirección a la revisión de Lumley et al. (1996) citada anteriormente, ha sido ampliamente documentado que la presencia de alexitimia en pacientes asmáticos complica el manejo y tratamiento de la enfermedad (Chugg, Barton, Antic, & Crockett, 2009; Feldman, Lehrer & Hochron, 2002; Vázquez et al., 2010) y aumenta el número de hospitalizaciones (Kleiger & Dirks, 1980).

A través del lenguaje las personas somos capaces de organizar, estructurar y asimilar tanto las experiencias emocionales como los acontecimientos que han podido provocar dichas emociones. La expresión de las emociones en los asmáticos es una fuente potencial de interés para la investigación y el manejo de estos pacientes (Ayllon Negrillo, 2004). Un estudio llevado a cabo por Smith, Stone, Hurewitz, y Kaell (1999) demostró el impacto positivo que tiene el convertir las experiencias en palabras. Se le solicitó a un grupo experimental de 39 pacientes con asma que escribieran durante 20 minutos y 3 días consecutivos sobre la experiencia más estresante que hubieran experimentado; mientras

que al grupo control solo se le solicitaba que escribieran sus planes para el día. Los pacientes asmáticos que realizaron la tarea experimental mostraron una mejoría en el volumen espiratorio máximo a los 4 meses siguientes.

## **Personalidad**

Existe consenso en la comunidad científica en definir la personalidad como un conjunto complejo de características (intrapíquicas, comportamentales, biológicas y socioculturales) profundamente arraigadas, que determinan el modo idiosincrásico de percibir, sentir, pensar, afrontar y comportarse de las personas en una variada gama de situaciones y contextos, y que hacen que un individuo sea él mismo y no otro (Belloch & Fernández-Álvarez, 2002; McCrae & Allik, 2002; McCrae & Costa, 2003; Millon, 1990,1994). Uno de los aspectos claves de la personalidad es que permanece relativamente estable a lo largo de la vida del individuo, y este hecho caracteriza tanto a las personalidades sanas como a las perturbadas (Belloch & Fernández-Álvarez, 2002).

Las disfunciones de la personalidad se caracterizan por: (a) omnipresencia (anomalías presentes en gran parte de los comportamientos y experiencias internas en circunstancias diversas), (b) repertorio de conductas limitado, reiterativo e inflexible, (c) vulnerabilidad ante el estrés por la falta de flexibilidad y capacidad adaptativa, y (d) egodistonia, escasa o inexistente consciencia de enfermedad (Belloch & Fernández-Alvarez, 2002). En este sentido, Millon (2001, citado en Dresch, 2006) sostiene que la normalidad y la anormalidad deben ser entendidas como conceptos relativos y considerados como puntos dentro de un continuo más que como categorías nominales discretas. Para este autor, la conducta anormal se desarrolla y se forma a través de los mismos principios y mecanismos que están involucrados en el desarrollo de la conducta normal, lo que ocurre es que debido a diferencias en las disposiciones biológicas y en las influencias ambientales, algunas personas aprenden hábitos afectivos, cognitivos y comportamentales desadaptativos.

Se han propuesto diferentes clasificaciones diagnósticas de los trastornos de personalidad tales como las propuestas por el DSM IV (APA, 1994), no obstante al igual que se puntualizó en los apartados sobre ansiedad y depresión, existen recientes estudios que han puesto en cuestión las clasificaciones categoriales tradicionales, abriendo grandes interrogantes en este campo y proponiendo nuevas conceptualizaciones al respecto (Luyten & Sidney, 2011).

### **Personalidad y Enfermedades Médicas**

Desde la antigüedad se hallan registros del interés por las relaciones entre la personalidad y la salud, como la teoría de los humores y su influencia en la enfermedad (Dresch, 2006). En la actualidad y ya desde el siglo pasado se cuenta con numerosos

estudios que siguen indagando estas mismas relaciones. Uno de los trabajos pioneros y más reconocido en el área ha sido el trabajo de Friedman y Rossenman (1974 citado en Pelechano, de Miguel, & Hernández, 1995) quienes trabajando con pacientes cardíacos encontraron un patrón común a todos ellos al cual llamaron patrón tipo A. Este patrón fue definido como un complejo acción-emoción caracterizado por la competitividad, el esfuerzo de logro, la urgencia, la impaciencia temporal, la hostilidad y la agresividad; el cual tenía un valor predictivo en la aparición de infartos de miocardio y otras afecciones cardíacas (Pelechano et al., 1995). Sin embargo, aproximadamente una década después Booth-Kewley y Friedman realizaron un metanálisis donde se incluyeron todos los trabajos controlados sobre el tema y se llegó a la conclusión de que este patrón de personalidad no llegaba a tener un valor predictivo clínicamente significativo como se había pensado en un principio (Dresch, 2006; Pelechano et al., 1995). Sin embargo, algunos atributos que pertenecían al patrón de personalidad tipo A se encontraron presentes en un grupo de enfermos físicos crónicos (Pelechano et al., 1995).

Hasta el momento no se han podido asociar rasgos de personalidad específicos a enfermedades particulares (cardiovasculares, cáncer, asma, etc.), aunque ciertas características afectivo-cognitivas como el optimismo o la hostilidad han resultado ser factores protectores o de riesgo para la salud (Dresch, 2006). En este sentido, en estudios longitudinales se ha observado que la personalidad resulta predictora del estado de salud general a través de los años (Lazarus & Folkman, 1986) y que también puede ser un factor modulador significativo en las conductas de adherencia al tratamiento en personas con enfermedades crónicas (Axelsson, Brink, Lundgren, & Lotvall, 2011).

Paralelamente a estos estudios centrados en la personalidad como variable etiológica de la salud/enfermedad se han llevado a cabo otras investigaciones que evidenciaron que el padecer una enfermedad crónica conlleva cambios en la personalidad del paciente (Pelechano et al., 1995).

### **Personalidad y asma bronquial.**

En lo que respecta a la población asmática, Benedito Monteón, Botella Arbona & López Andreu (1996) revisaron numerosos estudios realizados en la década del '80, que intentaban determinar la existencia de un estilo de personalidad típico de las personas con asma que las diferenciara de otros enfermos y de la población no clínica. Sin embargo, no se identificaron estilos de personalidad característicos de los individuos con esta afección respiratoria. Estos hallazgos son coincidentes con investigaciones posteriores que no hallaron perfiles característicos de las personas asmáticas (Chetta et al., 1998), ni asociaciones entre personalidad y severidad del asma (Ten Brinke, Ouwerkerk, Bel, & Spinhoven, 2001).

Si bien los datos disponibles no avalan la vinculación entre asma y un patrón de personalidad específico, es probable que la personalidad ejerza un efecto modulador sobre la CVRS de los pacientes asmáticos: se ha observado que los pacientes asmáticos con rasgos de personalidad como la afectividad negativa<sup>4</sup> informan una mayor percepción de síntomas respiratorios (Put, et al., 1999; Put et al., 2004) y un menor control de la enfermedad (Axelsson, Brink, Lundgren, Torén, & Lötvall, 2009).

### **Afrontamiento**

Las respuestas de afrontamiento se definen como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales -cambiantes según el contexto y el problema- desarrollados para hacer frente a las demandas específicas externas y/o internas, que son evaluadas por el individuo como desbordantes y que superan sus recursos disponibles. Estas respuestas de afrontamiento podrán estar dirigidas a cambiar la situación, a cambiar el significado de la experiencia, a tratar de manejar el estrés resultante o también a una combinación de ellas (Lazarus & Folkman, 1986).

Las funciones principales del afrontamiento incluyen manipular o alterar el problema causante de la perturbación y/o regular la respuesta emocional que aparece como consecuencia (Lazarus & Folkman, 1986), es decir, constituye una variable mediadora o moderadora que intenta modificar los efectos desestabilizadores del estrés (Mikulic & Crespi, 2008).

Las teorías contemporáneas sobre el afrontamiento han adoptado diferentes perspectivas para su clasificación. No obstante se pueden diferenciar dos líneas principales. Una de ellas es la que pone el énfasis en el foco u orientación del afrontamiento, y diferencia modos de afrontamiento activos y pasivos. Una segunda, propuesta por Moos, considera el foco u orientación del afrontamiento pero en términos de estrategias de aproximación o de evitación. Además contempla el método de afrontamiento implementado, es decir las estrategias pueden identificarse como conductuales o como cognitivas (Tabla 4) (Mikulic & Crespi, 2008). Esta clasificación es la que se considerará en el presente estudio y las estrategias de afrontamiento postuladas por Moos se describirán con mayor detalle en el apartado de Instrumentos en el Capítulo 6.

Las investigaciones sugieren que ninguna estrategia de afrontamiento específica es más relevante que las otras, sino que un repertorio amplio y flexible de posibilidades de afrontamiento aumenta la probabilidad de conseguir una respuesta constructiva y adaptativa frente a los requerimientos particulares de una situación estresante (Kaupp, Rapoport-Hubschman, & Spiegel, 2006).

---

<sup>4</sup> Es un rasgo de personalidad caracterizado por una tendencia general a experimentar emociones negativas como irritabilidad, nerviosismo e inestabilidad (Put et al., 1999).

Se observó que un afrontamiento flexible está relacionado con una mayor adaptabilidad, con la madurez y la toma de decisiones de alta calidad (Lazarus & Folkman, 1986; Moos & Schaefer, 1984). Por el contrario, la rigidez se ha asociado con bajos niveles de funcionamiento y con psicopatología (Menninger, 1963; Shapiro, 1965 citados en Lazarus & Folkman, 1986).

Es importante subrayar que la conceptualización del afrontamiento hace referencia a aquellas condiciones de estrés que requieren la movilización de recursos, y no a los pensamientos y conductas automatizadas. No hay una relación directa entre afrontamiento y resultados, el énfasis está puesto en la capacidad para manejar y enfrentar una situación evaluada como problemática independientemente de la resolución de la misma. Asimismo, la dinámica que caracteriza al afrontamiento es producto de continuas evaluaciones (primarias y secundarias) y reevaluaciones que hace el individuo del entorno, de él mismo, de sus recursos, y de las relaciones entre él y su medio (Lazarus & Folkman, 1986).

Tabla 4

*Clasificación de las estrategias de afrontamiento según Moos (1993)*

AFRONTAMIENTO	APROXIMACION	EVITACION
COGNITIVO	Análisis Lógico	Evitación Cognitiva
	Revalorización positiva	Aceptación o Resignación
CONDUCTUAL	Búsqueda de Apoyo y Orientación	Búsqueda de Gratificaciones Alternativas
	Resolución de Problemas	Descarga Emocional

*Nota:* Adaptado de "Adaptación y validación del inventario de respuestas de afrontamiento de Moos (CRI-A) para adultos" de Mikulic & Crespi, 2008, p.307.

### **Afrontamiento y Enfermedades Médicas**

Actualmente se sabe que el afrontamiento tiene consecuencias sobre la salud en general. Las estrategias de afrontamiento están relacionadas directamente con las actitudes y los significados que la enfermedad o lesión tienen para el sujeto, ya que influyen en las respuestas emocionales y motivacionales que se activan ante la enfermedad, y por ende sobre el afrontamiento (Lazarus & Folkman, 1986; Moos & Schaefer, 1984). En este sentido, Lipowski (1971 citado en Lazarus & Folkman, 1986) describió dos modos antagónicos de significar la enfermedad con las consecuentes estrategias de afrontamiento derivadas de cada uno:

1. Enfermedad como desafío: en este caso, las estrategias de afrontamiento suelen ser activas, adaptativas, flexibles y razonables. Algunos ejemplos son la búsqueda de apoyo y ayuda profesional y la búsqueda de gratificaciones alternativas.
2. Enfermedad como enemigo: las consecuencias emocionales de esta conceptualización suelen ser de ira y ansiedad, adoptando de este modo estrategias de afrontamiento de defensa o ataque como evitación/negación o la descarga emocional.

Los pacientes con enfermedades físicas se enfrentan a situaciones nuevas generadas por la propia enfermedad o por los requerimientos del tratamiento: la necesidad de preservar un equilibrio emocional razonable, conservar un sentido de competencia y control de la situación, mantener relaciones con la familia y los amigos, y prepararse para un futuro incierto. De hecho pueden requerir ayuda para mejorar sus habilidades de afrontamiento y adaptarse a las distintas situaciones que enfrentan. Los pacientes que no logran adaptarse a los factores estresantes de la enfermedad y su tratamiento, es probable que muestren inconvenientes en su funcionamiento emocional, físico y social (Kaupp et al., 2006).

Asimismo, Moos y Schaefer (1984) destacan que la valoración cognitiva que realiza un individuo con respecto a una situación problemática, las respuestas de afrontamiento seleccionadas y su efectividad están influidas por tres factores: las características demográficas y personales, los aspectos de la enfermedad y las peculiaridades del ambiente físico y social.

### **Afrontamiento y asma bronquial.**

Tener una enfermedad crónica como el asma bronquial puede considerarse un agente estresor, una condición que implicará poner en marcha un afrontamiento activo frente a las demandas que surgen en una afección clínica de esta naturaleza (Lazarus & Folkman, 1986; Moos & Schaefer, 1984).

En idéntica dirección a lo señalado por Moos y Schaefer (1984) en el apartado anterior sobre las patologías médicas en general, Tovt- Korshynskaa et al. (2001) señalan que el afrontamiento de una enfermedad como el asma es influenciado no solo por las características de la afección sino también por las características psicológicas y conductuales del paciente. Particularmente en los pacientes asmáticos, distintas respuestas de afrontamiento se han asociado a impactos diferenciales en las conductas relacionadas con la salud y en la CV. Las respuestas de afrontamiento de tipo evitativo -como la negación- han sido vinculadas con un pobre estatus de salud y una pobre calidad de vida, mientras que afrontamientos de tipo activo -como la revalorización positiva y la búsqueda de información y orientación- se han relacionado con un impacto positivo sobre la salud (Aalto, Härkäpää, Aro, & Rissanen, 2002; Hesselink et al., 2004). En otro orden de cosas, una

importante revisión sobre asma y afrontamiento (Barton, Clarke, Sulaiman, & Abramson, 2003) aporta evidencia en este tema: los pacientes con asma tendían a usar estrategias para afrontar el estrés y la enfermedad diferentes a las utilizadas por personas sin problemas de salud y por individuos con otras enfermedades crónicas. Este estudio también sugiere que las estrategias de afrontamiento actúan como mediadores del impacto que pueden tener otros factores psicosociales como los planteados anteriormente.

En síntesis, las investigaciones de las últimas décadas han puesto en evidencia las relaciones recíprocas entre asma bronquial y variables psicosociales. A partir de la consideración de estos factores se comienza a diseñar y a evaluar la eficacia de diferentes intervenciones complementarias a los tratamientos médicos convencionales con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los pacientes y disminuir el impacto negativo que estos factores pueden tener sobre la salud y el bienestar de las personas que conviven con esta afección respiratoria. En el próximo capítulo se revisarán estas intervenciones, los resultados obtenidos y los datos disponibles actualmente.

## **CAPÍTULO 4**

# **INTERVENCIONES PSICOSOCIALES PARA EL ABORDAJE DEL ASMA BRONQUIAL: UNA REVISION**

## Las Intervenciones Psicosociales en el Área de la Psicología de la Salud

En el marco de este trabajo, se entenderá por intervenciones psicosociales a los dispositivos terapéuticos que incluyen componentes dirigidos a aspectos psicológicos y socio-vinculares de los pacientes. Dentro de este tipo de intervenciones en situaciones clínicas relacionadas con la presencia de enfermedades físicas se incluye una amplia diversidad de enfoques: terapias interpersonales, psicodinámicas, terapias breves, terapia familiar, psicoeducación y terapia cognitivo-conductual.

En las últimas tres décadas, a partir del surgimiento de la psicología de la salud y de las numerosas investigaciones sobre factores psicosociales y enfermedades físicas, se ha diseñado y evaluado la eficacia de un conjunto de intervenciones psicosociales complementarias a los tratamientos médicos convencionales. Desde los primeros estudios de Spiegel, Boom, Kraemer, y Gottheil (1989) sobre el impacto de la psicoterapia en los pacientes con cáncer, el interés por este tipo de intervenciones se ha extendido a un amplio número de enfermedades crónicas tanto en dispositivos grupales como individuales (Kaupp et al., 2006).

Los dispositivos grupales en sus diversas modalidades constituyen un método eficaz, efectivo y cada vez más utilizado en distintas situaciones clínicas, incluyendo aquellas que centralmente se refieren a pacientes con enfermedades físicas (Fernández-Álvarez, 2008). Este tipo de intervenciones favorece la socialización, la expresión y el procesamiento emocional, potencia el apoyo social, y contribuye al cambio de actitudes y al intercambio de estrategias de afrontamiento entre personas que están atravesando circunstancias clínicas similares (Benedito-Monlón & Botella-Arbona, 1993; Kaupp et al., 2006). No obstante, puede suceder que no constituya un dispositivo adecuado en algunos casos, ya que entre otras razones algunos pacientes pueden no sentirse cómodos con esta modalidad, tal como lo ha demostrado Moynihan et al. (1998 citado en Kaupp et al., 2006) en pacientes con cáncer testicular. Asimismo la terapia de grupo puede estar contraindicada para pacientes con psicopatología grave o lesión cerebral y en pacientes con ciertos trastornos de la personalidad, ya que estilos de interacción interpersonal disfuncionales pueden entorpecer el proceso grupal y provocar problemas en el resto de los miembros (Kaupp et al., 2006).

En otro orden de cosas, las características y el curso específico de cada enfermedad no han permitido establecer propuestas universalmente aplicables (Kaupp et al., 2006). Este hecho condujo al diseño y evaluación de diferentes intervenciones ajustadas a las necesidades de cada población clínica. Ejemplos de investigaciones en este sentido han sido los trabajos pioneros de Spiegel et al., (1989) y de Fawzi et al. (1993) con pacientes oncológicos, los de Cruess et al. (2000) y Ballester (2003) para personas con HIV, los trabajos de Keefe y Somers (2010) y de Astin, Beckner, Soeken, Hochberg, y Berman (2002) en artritis reumatoidea, la revisión de Delamater et al.. (2001) y el estudio de Lustman

et al. (1998) en diabetes, y los estudios de Black, Allison, Williams, Rummans, y Gau (1998) en cardiopatías.

Asimismo según una revisión realizada a partir de las publicaciones en las bases de datos Cochrane Library y Cochrane Plus correspondientes a trabajos publicados durante el periodo 1987-2007 (Fasciglione & Castañeiras, 2008) se hallaron 11 revisiones sistemáticas sobre intervenciones psicosociales para diferentes enfermedades médicas. A partir de su análisis se identificaron 10 tipos de intervenciones utilizadas en la mayoría de las investigaciones:

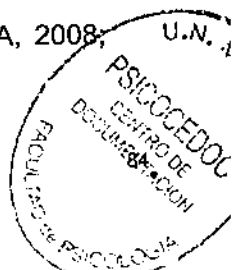
1. Programas de educación sobre la enfermedad y su manejo (cara a cara o mediado por computadora).
2. Psicoeducación (educación sobre la enfermedad y sobre aspectos psicológicos relacionados a la enfermedad).
3. Identificación y cambio de pensamientos automáticos y emociones disfuncionales.
4. Entrenamiento en relajación y/o biofeedback.
5. Monitoreo y manejo del estrés y/o hipnosis.
6. Entrenamiento en habilidades comunicacionales y asertividad.
7. Entrenamiento en resolución de problemas.
8. Identificación de estrategias de afrontamiento utilizadas y adquisición de nuevas estrategias.
9. Resignificación y reelaboración de la cotidianidad y del proyecto vital.
10. Búsqueda y fortalecimiento del apoyo social.

Las intervenciones enumeradas generalmente se encontraron combinadas y agrupadas dentro de programas más amplios como terapia cognitivo-conductual, terapias psicodinámicas, terapias expresivas de apoyo, entre otras. Las evidencias hasta la actualidad señalan que estas intervenciones constituyen complementos efectivos de los tratamientos médicos biotecnológicos modernos, especialmente en lo que se refiere a la mejoría de la calidad de vida (Kaupp et al., 2006).

Sin embargo, de acuerdo con la literatura disponible en el tema es necesario profundizar la investigación para comprender con mayor claridad los mecanismos psicofisiológicos que pudieran verse modificados a partir de las intervenciones psicosociales.

### **Intervenciones Psicosociales para el Asma Bronquial**

A pesar de los importantes avances en la farmacoterapia para el asma bronquial aún no se dispone de un tratamiento curativo. El objetivo principal de todo abordaje es el control de la enfermedad y la optimización de la calidad de vida de los pacientes (GINA, 2008).



NHLBI, 2007), y precisamente las intervenciones psicosociales se han orientado en esta dirección. Este tipo de intervenciones para pacientes adultos con asma bronquial pueden organizarse en cinco grandes grupos: (a) terapias psicoanalíticas, (b) intervenciones educativas y para el automanejo (*self-management*) del asma, (c) técnicas de respiración, relajación y biofeedback, (d) intervenciones cognitivo-conductuales, y (e) otras intervenciones.

No obstante, cuando se analizan los procedimientos utilizados en cada abordaje se identifican componentes de otro tipo de intervenciones. Por ejemplo, algunas intervenciones educativas incluyen componentes cognitivo-conductuales (Smith, Mugford, Holland, Noble, & Harrison, 2007) o viceversa: programas cognitivos conductuales que incluyen intervenciones educativas en alguna de sus sesiones (Lehrer et al., 2008). Esto ha dado lugar a pensar en el carácter multicomponente de las intervenciones existentes.

A continuación se analizan los resultados para cada tipo de intervención en función de las denominaciones brindadas por los autores respectivos.

### **Terapias Psicoanalíticas**

Desde esta perspectiva se asume que el asma tiene un origen psicógeno, producto de un conflicto originado en la experiencia infantil que permanece sin resolver y puede ser reactivado por determinadas circunstancias externas. La hipótesis etiológica inicial sobre el asma fue postulada por French y Alexander en 1941, quienes sostenían que esta afección respiratoria era expresión de un miedo inconsciente a perder la figura materna, y los síntomas se interpretaban como el llanto que reclama a la madre. En este sentido se ha sostenido que los estímulos emocionales capaces de desencadenar una crisis asmática son variables entre los sujetos, aunque un factor psíquico permanece constante: la excesiva vinculación con la madre y el terror de perder su afecto y protección. El tema del rechazo de la madre está siempre presente en todos los autores desde la perspectiva psicoanalítica (Benedito-Monleón & Botella-Arbona, 1993).

A lo largo de varias décadas se han propuesto numerosas explicaciones sobre los conflictos intrapsíquicos como factores etiológicos del asma bronquial, y la perspectiva psicoanalítica ha tenido una gran relevancia en la evaluación y el abordaje del asma bronquial. Sin embargo la postura psicoanalítica en relación a esta afección respiratoria es difícilmente sostenible actualmente por la falta de pruebas empíricas que apoyen la teoría. Una revisión de publicaciones científicas que abarca el período 1940-1982 realizada por Benedito Monleón y Botella Arbona (1993), muestra que en el 57% de los estudios revisados se negaba la eficacia de las intervenciones psicoanalíticas y/o no se había encontrado apoyo empírico sobre las explicaciones psicógenas del asma bronquial, del 43% restante no se pudo extraer conclusiones claras por las deficiencias metodológicas de los trabajos. En la Tabla 5 se indican los estudios psicoanalíticos revisados por las autoras.

En síntesis, se puede concluir que la orientación psicoanalítica no ha demostrado sus hipótesis explicativas en relación al asma bronquial, la mayoría de los estudios no ha respetado las directrices en cuanto a rigor metodológico y no ha resultado un procedimiento eficaz, argumentos que señalan claramente que no se reúnen las condiciones necesarias para apoyar la utilización de estos procedimientos en pacientes con asma (Benedito Monleón & Botella Arbona, 1993).

Tabla 5

*Estudios de orientación psicoanalítica en asma bronquial revisados por Benedito Monleón y Botella Arbona (1993)*

Autores	Año	Título de la publicación
French y Alexander	1941	Psychogenic factors in bronchial asthma
Alexander	1950	Psychosomatic Medicine
Leigh	1953	Asthma and the psychiatrist: A critical review
Dubo et al.	1961	A study of relationships between family situation, bronchial asthma and personal adjustment in children
Freeman et al.	1964	Psychological variables in allergic disorders: A review
Rees	1964	The importance of psychological allergic and infective factors in childhood asthma
Kelly y Zeller	1969	Asthma and the psychiatrist
Purcell y Weiss	1970	Asthma
Hill	1977	The psychological management of psychosomatics disorders
Dirks	1978	Panic-Fear in asthma: rehospitalization following intensive long-term treatment
Creer	1978	Asthma: psychological aspects and management
Creer	1979	Asthma therapy: a behavioral health care system for respiratory disorders
Creer	1982	Asthma

### **Intervenciones Educativas y Self-Management**

El objetivo principal de estas intervenciones se dirige a generar en el paciente un mayor grado de capacidad de automanejo de su enfermedad respiratoria; esta meta compartida por las intervenciones educativas y por el *self-management* ha derivado en que se las considere en algunos casos de manera indistinta (Gallefoss, Bakke, & Kjaersgaard, 1999; Smith et al., 2007).

Actualmente, las guías médicas internacionales para el diagnóstico y el manejo del asma enfatizan la importancia de la educación en su tratamiento (Lehrer et al., 2002; NHLBI, 2007). Estas intervenciones también han demostrado ser costo-efectivas (Taitel, Kotses,

Bernstein, Bernstein, & Creer, 1995 citado en Lehrer et al., 2002). No obstante, la evaluación de las intervenciones educativas se ha dificultado por la alta variabilidad entre los estudios y el reporte inadecuado y/o insuficiente del tipo de educación brindado (Arias Diaz, Pernas Gómez, & Martín, 1998; Lehrer et al., 2002; Smith et al., 2007).

A pesar de la heterogeneidad referida, una revisión de los trabajos científicos en el tema (Fasciglione & Castañeiras 2010) permitió detectar un conjunto de contenidos comunes a la mayoría de las intervenciones educativas:

1. Información general sobre el asma bronquial.
2. Información sobre los tratamientos para el asma.
3. Uso correcto de inhaladores, cámaras espaciadoras y nebulizadores.
4. Conocimiento de los desencadenantes de los síntomas / crisis y de las medidas de control de los factores de riesgo.
5. Entrenamiento en el uso correcto del *peak flow* (Medidor de Flujo Espiratorio Pico).
6. Construcción de un plan de automanejo individualizado y por escrito (basado en los síntomas y/o en el Flujo Espiratorio Pico).
7. Entrenamiento en la identificación precoz de los síntomas / crisis y del momento apropiado para buscar ayuda médica.

Otros contenidos menos frecuentes, pero presentes en algunas intervenciones educativas incluyen técnicas de respiración, entrenamiento para mantener la calma y evitar el pánico, intervenciones dirigidas a normalizar las actividades físicas y sociales y, entrenamiento para la comunicación efectiva con médicos y personal de salud en general (Fasciglione & Castañeiras, 2010). En concordancia con lo señalado en párrafos anteriores, en este punto se advierte el solapamiento de las intervenciones educativas con otro tipo de abordajes.

Finalmente, no todos los estudios son ensayos clínicos aleatorizados, y no cumplen con la calidad metodológica necesaria para probar su eficacia. Sin embargo y a partir de los datos obtenidos hasta el momento existe alguna evidencia considerable de que las intervenciones educativas mejoran el estatus clínico y la calidad de vida de los adultos con asma (Devine, 1998; Smith et al., 2007). En esta misma dirección un trabajo reciente (Tousman, Zeitz, & Taylor, 2010) informó mejoras estadísticamente significativas en lo que respecta a la calidad de vida, el estilo de vida saludable, y los niveles de depresión y autoeficacia en los pacientes que habían participado de un programa de automanejo para el asma. A pesar de los estimulantes resultados de estos dos últimos trabajos debe considerarse que no han incluido grupo control y, que en la línea de lo que señalan Devine (1998) y Smith et al. (2007), serán necesarias futuras investigaciones para contar con un mayor sustento empírico sobre el impacto de este tipo de intervenciones.

## **Intervenciones para el Control Muscular y Autonómico**

Dentro de estas intervenciones han sido incluidas diversas técnicas: entrenamiento en relajación muscular, biofeedback, hipnosis, técnicas de respiración y yoga, las que generalmente han sido objeto de estudio de la psicofisiología.

Estos abordajes a diferencia de los demás, están dirigidos a operar cambios directos sobre la patofisiología del asma (Lehrer et al. 2002), y son las intervenciones más controvertidas debido a los resultados heterogéneos obtenidos hasta la actualidad (Huntley, White & Ernst, 2002; Lehrer et al., 1997; Lehrer, Smetankin, & Putapova, 2000; Smyth, Soefer, Hurewitz, & Stone, 1999b).

### **Terapias de relajación.**

Existen diferentes técnicas de relajación aunque todas ellas tienen como objetivo atenuar la tensión muscular y/o mental a través de una serie de ejercicios guiados.

En una revisión realizada en 1992, Lehrer, Sargunraj y Hochron concluyeron que los resultados de los efectos del entrenamiento en relajación sobre la sintomatología asmática son heterogéneos y en algunos casos contradictorios, probablemente debido a que el efecto de los ejercicios de relajación luego de varias semanas de entrenamiento podría mejorar la función pulmonar, mientras que su efecto inmediato podría empeorarla debido a un rebote parasimpático. Además varias de las inconsistencias halladas entre los estudios probablemente se asocien con la diversidad de procedimientos de relajación utilizados, de las medidas de resultados y de las poblaciones sobre las cuales se implementaron (Lehrer et al., 2002).

Lehrer et al. (1997, 2002), concluyen que el entrenamiento en relajación posiblemente sea útil para prevenir el estrés inducido por las exacerbaciones asmáticas, pero no constituiría un procedimiento confiable para tratar o prevenir el asma. Aún se necesitan estudios metodológicamente rigurosos para contar con los elementos necesarios que permitan determinar la recomendación de estas técnicas para el manejo y tratamiento del asma bronquial (NHLBI, 2007).

### **Biofeedback.**

Las técnicas de biofeedback permiten que un sujeto, mediante instrumentos electrónicos que generan señales auditivas o visuales, tenga consciencia de cambios fisiológicos de los que normalmente no es consciente (ritmo cardíaco, ritmo respiratorio, presión arterial, conductancia de la piel), y aprenda a modificarlos. Luego de un entrenamiento adecuado el paciente consigue un control voluntario de sus propios estados biológicos sin el uso de dichos instrumentos.

Se han estudiado tres variantes del biofeedback en adultos con asma: Biofeedback EMG, Biofeedback de resistencia respiratoria, y Biofeedback para incrementar la variabilidad de la tasa cardíaca. En el primer caso, los estudios realizados demostraron que el Biofeedback EMG tiene efectos similares a los de las técnicas de relajación y se reportaron algunos resultados positivos. Por el contrario, se comprobó que el Biofeedback de resistencia respiratoria no era efectivo para el asma como el Biofeedback para incrementar la variabilidad de la tasa cardíaca. Este último, podría tener un impacto positivo a corto y largo plazo en el manejo del asma y en la reducción de la medicación (Lehrer et al., 2002; Lehrer et al., 2004).

De todas maneras en los estudios controlados revisados los autores señalan la necesidad de realizar más investigaciones sobre estas técnicas ya que aún los resultados no han sido suficientemente consistentes.

### **Hipnosis.**

La hipnosis es una técnica con la que se consigue un estado psico-fisiológico diferente del estado de vigilia normal, caracterizado por una intensa sugestibilidad donde el sujeto recibe pasivamente instrucciones de quien está llevando a cabo la hipnosis (Huntley et al., 2002). En un ensayo multicéntrico (Maher-Loughnan et al., 1962 citado en Huntley et al., 2002) con 252 niños y adultos diagnosticados de asma severa y moderada, se estudió el efecto de la técnica sobre esta afección respiratoria aleatorizando los sujetos a tres condiciones experimentales: sesiones de hipnosis mensuales, autohipnosis diaria y relajación y ejercicios respiratorios diarios (grupo control). En los grupos experimentales se observó un incremento del volumen del flujo espiratorio en el primer segundo. Sin embargo, en otro estudio (Deter & Aller, 1983 citado en Huntley et al., 2002) de similares características no se hallaron diferencias significativas post-intervención entre los grupos experimentales y el grupo control. Los datos disponibles no son concluyentes y se requieren más estudios sobre este tipo de intervenciones (Huntley et al., 2002; Lehrer et al., 2002).

### **Yoga y terapias basadas en la respiración.**

El yoga es una práctica física y psíquica originaria de India y extendida en todo el mundo. Existen diferentes tipos de yoga pero todos se caracterizan por estar basados en técnicas de respiración (junto a otros componentes) para producir relajación física y mental, y se ha sugerido que tiene efectos sobre la reactividad bronquial a través de la reducción de la actividad vagal eferente (Lehrer et al., 2002). En relación a este tipo de intervenciones también los resultados son contradictorios. Algunas investigaciones (Nagarathna & Nagendra, 1985) reportaron un incremento clínicamente significativo en las medidas de pico flujo y una disminución de la sintomatología y del uso de medicamentos. No obstante otros

estudios (Vedanthan et al., 1998) no hallaron diferencias entre los grupos expuestos a yoga y el grupo control.

Según una revisión de 7 estudios controlados aleatorios y cuasialeatorios sobre terapias respiratorias para pacientes con asma realizada por Holloway y Ram (2008), es difícil llegar a conclusiones consistentes debido a la heterogeneidad de las intervenciones y de las medidas de los resultados. Estos autores sostienen que no pueden establecerse conclusiones fiables sobre el uso de ejercicios respiratorios para el asma en la práctica clínica, aunque las tendencias a la mejoría principalmente en lo que respecta a la calidad de vida son alentadoras e incentivan a efectuar estudios adicionales.

En síntesis, existe una amplia producción sobre intervenciones para el control muscular y autonómico, principalmente sobre técnicas de relajación y biofeedback, sin embargo los resultados no son consistentes. En relación a las técnicas de respiración basadas en la práctica de yoga las investigaciones son escasas y tampoco aportan datos concluyentes respecto al impacto positivo que tienen estas prácticas sobre la función pulmonar (Lehrer et al., 2002; NHLBI, 2007).

Solo hay algunos datos que sugieren que la relajación muscular podría justificar futuras investigaciones para mejorar la función pulmonar en los pacientes con asma. En contraposición, no hay evidencias claras relacionadas con los efectos del entrenamiento en biofeedback, y otras terapias menos estudiadas como la terapia autogénica, la meditación trascendental y la hipnosis (Huntley et al., 2002).

### **Intervenciones Cognitivo-Conductuales**

En contraste con los abordajes educativos y de automanejo, es llamativa la escasez de intervenciones centradas en las creencias, comportamientos y percepciones. Faltan estudios sobre intervenciones centradas en las variables cognitivo-conductuales disfuncionales involucradas en el asma bronquial y su tratamiento (Lehrer et al., 2002).

El Programa de intervención diseñado especialmente para esta investigación sigue los principios clínicos de la terapia cognitivo-conductual, por este motivo se le brindará especial atención a los estudios previos realizados sobre este tipo de intervenciones.

En los años 2007 y 2011 se realizaron revisiones de la literatura sobre intervenciones cognitivo-conductuales para adultos con asma bronquial publicadas en los últimos 20 años (1990-2010) e indexadas en las siguientes bases de datos especializadas: Dialnet, ERIC, LILACS, Pubmed, PsycINFO, Scielo, SpringerLink y Wiley Interscience. A partir de esta búsqueda se hallaron: (a) dos estudios controlados con aleatorización de los pacientes a las condiciones experimentales y con evaluaciones pre y post intervención, (b) dos estudios para adultos con asma comórbida con trastornos de pánico, y (c) un estudio piloto sobre un

programa de automanejo pero con componentes cognitivo-conductuales. En la Tabla 6 se presenta un resumen de los mismos.

### **Estudios controlados con aleatorización de los pacientes a las condiciones experimentales y con evaluaciones pre y post intervención.**

El primer estudio (Put et al., 2003) fue realizado en Bélgica con 23 sujetos de 18 a 65 años asignados aleatoriamente a un grupo experimental y a un grupo control-lista de espera respectivamente, que si bien contaban con el tratamiento médico adecuado, presentaban sintomatología asmática y deterioro funcional. El programa que consistió en 6 encuentros de 1 hora cada uno implementado en dispositivo individual, tenía por objetivos reforzar la adherencia al tratamiento médico-farmacológico, mejorar el conocimiento y la actitud hacia el asma y los comportamientos asociados a la enfermedad. Las intervenciones para alcanzar esos objetivos estuvieron a cargo de un psicólogo y se basaron en la psicoeducación y la aplicación de técnicas cognitivo-conductuales. El programa incluía la entrega de un cuaderno de trabajo (*workbook*) para el paciente donde se incluía información, ejercicios y tareas inter-sesión. Los resultados señalaron una mejoría en la calidad de vida relacionada a la salud, la adherencia al tratamiento, la autoeficacia, el conocimiento y las actitudes hacia el asma. Además se observó una disminución de los síntomas y del afecto negativo en el grupo experimental luego de la intervención. Los cambios descriptos se mantuvieron en el seguimiento a los 3 meses y no fueron observados en el grupo control, lo cual informaría sobre la eficacia del programa estudiado.

El segundo estudio (Grover, D'Souza, Thennarasu, & Kumaraiah, 2007) fue realizado en India (Bangalore) con 40 sujetos de 18 a 45 años con diagnóstico de asma bronquial, divididos aleatoriamente en un grupo que recibió terapia cognitivo-conductual (TCC) y en otro que participaba de un programa de automanejo del asma (PAMA). Ambos programas fueron implementados en dispositivo individual y su objetivo principal fue la optimización del manejo del asma bronquial. En esta investigación no se informó qué profesionales implementaron los programas.

El programa de TCC, consistió en 15 sesiones de 1 hora cada una a lo largo de 6 a 8 semanas. Este programa incluyó los siguientes componentes: (a) automanejo del asma bronquial, (b) reestructuración cognitiva, (c) entrenamiento en resolución de problemas y en habilidades sociales en relación a situaciones relacionadas con el asma y su manejo, (d) ensayos conductuales en imaginería, (e) role-playing, y (f) establecimiento de metas a través de programación de actividades semanales. A diferencia del estudio de Put et al. (2003), no se utilizó un cuaderno de trabajo para el paciente, no obstante se incluyeron tareas inter-sesión (*homework assignments*).

El PAMA fue desarrollado en 10 sesiones de 1 hora cada una a lo largo del mismo período de tiempo, y fue incluido como intervención control. Este programa incluyó los

siguientes componentes: (a) educación sobre asma bronquial, (b) entrenamiento en automanejo, (c) plan de automanejo guiado, (d) automonitoreo, (e) discusión sobre emociones negativas y asma, (f) ejercicios de respiración, y (g) counselling para los otros significativos. Se incluyeron tareas inter-sesión, aunque a diferencia del programa de TCC, en este caso los pacientes recibieron material por escrito referido específicamente a los ejercicios de respiración.

Grover et al. (2007) concluyeron que ambos programas (TCC y PAMA) resultaron efectivos para mejorar el manejo del asma bronquial, ya que luego de la intervención se observaron mejorías en la calidad de vida relacionada a la salud, los síntomas de asma y la sintomatología ansiosa y depresiva en los dos grupos. Sin embargo para la función pulmonar (PEFR) no se constataron resultados estadísticamente significativos. Cuando se realizó el análisis inter grupos, se halló que la mejoría de los pacientes del programa de TCC era significativamente más elevada.

#### **Estudios para adultos con asma comórbida con trastorno de pánico.**

Se hallaron dos estudios basados en terapia cognitivo-conductual (TCC) para adultos asmáticos que presentaban comorbilidad con trastorno de pánico (Lehrer et al., 2008; Ross, Davis & Macdonald, 2005) en los que se informó un descenso significativo de los síntomas de pánico y de asma, y una mejoría en la calidad de vida de los pacientes.

El estudio de Lehrer et al. (2008) fue realizado en Estados Unidos con 22 sujetos adultos que presentaban esta condición clínica. El objetivo de la investigación fue comparar dos programas con diferente cantidad de sesiones que combinaban intervenciones educativas sobre asma, técnicas de relajación y procedimientos cognitivos-conductuales para reducir la sintomatología de pánico. Uno de los programas de 14 sesiones y el otro de 8 sesiones, ambos con sesiones de frecuencia semanal de 1 hora cada una. Los resultados de los dos protocolos fueron clínicamente significativos, se observó una disminución de la sintomatología de pánico (incluso durante el periodo de seguimiento), una reducción de los síntomas de asma y del uso de salbutamol, y una mejoría en la calidad de vida relacionada a la salud. A pesar de los buenos resultados obtenidos en ambos, los autores señalan que hubo una alta tasa de abandono en el programa más extenso, lo que indicaría que la versión más corta sería más aceptada por los pacientes.

El estudio de Ross et al. (2005) combinó la TCC con educación en asma en 25 pacientes mujeres de 18 a 65 años, aleatorizadas en un grupo experimental y un grupo control-lista de espera. El programa consistió en 12 encuentros de 90 minutos cada uno, en un periodo de 8 semanas, que fue implementado en dispositivo grupal por profesionales de enfermería. Sus objetivos fueron reducir los niveles de pánico y disminuir la morbilidad del asma. Los pacientes (grupo experimental) –comparados con el grupo control- informaron mejorías significativas en las medidas de frecuencia de ataques de pánico, ansiedad

general, sensibilidad a la ansiedad, Flujo Pico Espiratorio y calidad de vida relacionada a la salud. Sin embargo, en la post intervención los grupos no mostraron diferencias en síntomas depresivos, Pico Flujo Espiratorio y síntomas asmáticos.

### **Estudio piloto sobre un programa de automanejo con componentes cognitivo-conductuales.**

Si bien el estudio de Tousman et al. (2010) es un estudio piloto sobre el impacto de un programa de automanejo para adultos con asma, las intervenciones utilizadas incluyeron componentes cognitivo-conductuales, motivo por el que se lo incluyó en este apartado.

Este estudio fue realizado en Estados Unidos con 21 adultos con asma. El programa implementado en dispositivo grupal consistió en 7 encuentros semanales de 2 horas cada uno. Sus objetivos fueron mejorar una serie de parámetros psicológicos y la calidad de vida de los pacientes. Las intervenciones utilizadas para alcanzar esos objetivos fueron discusiones interactivas, resolución de problemas, estrategias para potenciar el apoyo social y procedimientos para el cambio comportamental. El programa incluía la entrega de un libro con información sobre asma, un medidor de flujo pico y una grabación en audio de un ejercicio de relajación además de tareas para el hogar. Los resultados señalaron una mejoría en la calidad de vida relacionada a la salud, la autoeficacia y la sintomatología depresiva. También se observó un incremento del conocimiento y de los comportamientos relacionados con el monitoreo diario de flujo pico. No obstante, este estudio presenta algunas limitaciones metodológicas (ausencia de grupo control y de evaluaciones de seguimiento), por lo que se necesitarían futuras investigaciones para establecer el alcance de sus resultados.

Tabla 6  
Estudios sobre intervenciones cognitivo-conductuales para adultos con asma bronquial publicados entre 1990-2010

Estudio	N	Grupo control	Randomización	Evaluaciones pre-post y seguimiento	Dispositivo intervención	Resultados evaluados
Put et al., 2003	23	SI	SI	SI	Individual	Calidad de vida Sintomatología asma Afecto negativo Información sobre asma Autoeficacia para manejo del asma Adherencia al tratamiento Medidas de Pico Flujo
Grover et al., 2007	40	SI	SI	SI	Individual	Calidad de vida Sintomatología asma Sintomatología ansiosa Sintomatología depresiva Manejo del asma Medidas de Pico Flujo

Lehrer et al., 2008	22	NO	No informado	Si	No informado	Calidad de vida Sintomatología asma Severidad del asma Sintomatología ansiosa Sintomatología de pánico Sensibilidad a ansiedad Función pulmonar Consumo de medicación
Ross et al., 2005	25	SI	SI	SI	Grupal	Calidad de vida Sintomatología asma Sintomatología ansiosa Cantidad ataques pánico Sensibilidad a ansiedad Sintomatología depresiva Medidas de Pico Flujo Satisfacción con tratamiento
Tousman et al., 2010	21	NO	NO	SI (sin seguimiento)	Grupal	Calidad de vida Autoeficacia Sintomatología depresiva Información sobre asma Cambio comportamental

Nota. En todos los estudios se evaluó calidad de vida relacionada a la salud. Ninguno de ellos incluyó medidas de calidad de vida general.

## **Otras Intervenciones Psicosociales para el Asma Bronquial**

### **Intervenciones basadas en la escritura sobre emociones.**

En estudios controlados aleatorizados se ha observado que escribir acerca de experiencias frustrantes y estresantes durante 20 minutos a la semana tiene efectos positivos en la respuesta inmune de sujetos sanos (Esterling, Antoni, Fletcher, Margulies, & Schneiderman, 1994; Petrie, Booth, Pennebaker, Davison, & Thomas, 1995), en la reducción de las visitas a los servicios de salud (Cameron & Nicholls, 1998; Richards, Beal, Seagal, & Pennebaker, 2000), y en la disminución del ausentismo laboral (Francis & Pennebaker, 1992) entre otras. A partir del incentivo de estos resultados positivos se comenzaron a examinar los efectos de la expresión escrita en diferentes poblaciones clínicas, y se obtuvieron diferentes resultados (Harris, Thoresen, Humphreys, & Faul, 2005).

Específicamente en población asmática se encontraron dos estudios randomizados sobre el efecto de la expresión emocional escrita en la sintomatología y el estatus de salud. Uno de ellos es el trabajo de Smyth et al. (1999a) ya citado en el Capítulo 4 y otro estudio (Harris et al., 2005) cuyo objetivo fue replicar el primero.

El estudio de Smyth et al. (1999a) utilizó dos muestras: una de pacientes con asma (N=58) y otra de pacientes con artritis reumatoidea (N=49). Cada uno de estos grupos fueron aleatorizados en un grupo experimental que debía escribir durante 20 minutos una vez por semana, durante 3 semanas sobre el evento más estresante de sus vidas, y un grupo control que escribía sobre eventos neutrales. La investigación demostró incluso luego de 4 meses de concluida la intervención un impacto positivo de la escritura acerca de eventos estresantes sobre el estatus de salud de las personas, y en el caso del asma bronquial, sobre la mejoría de la función pulmonar.

En contraposición, Harris et al. (2005) no confirmaron los buenos resultados del trabajo de Smyth et al. (1999a), si bien se observaron cambios en la función pulmonar, ninguno de los cambios fue estadística o clínicamente significativo.

### **Intervenciones basadas en ejercicios de imaginaria.**

Las investigaciones de este tipo de intervenciones en pacientes con asma son casi inexistentes. Se halló un estudio realizado con adolescentes (Rietveld, Everaerda, & van Beestb, 2000) y en la última década un estudio piloto realizado en Estados Unidos para adultos con asma (Epstein et al., 2004). Este último reportó resultados poco concluyentes pero sus autores señalan que la imaginaria es una técnica sin costo, segura y que podría ser utilizada por los mismos pacientes, por tal motivo recomiendan realizar nuevos estudios en esta dirección con tamaños muestrales mayores.

Finalmente y a modo de síntesis sobre las intervenciones psicosociales para pacientes adultos con asma bronquial, se analizaron dos importantes revisiones sistemáticas (Clark, Griffiths, Keteyian, & Partridge, 2010; Yorke, Fleming, & Shuldham, 2007a). Una de las dificultades que han sido informadas en este tipo de revisiones es la gran heterogeneidad de las intervenciones, de los profesionales que las aplican y de las variables utilizadas para evaluar los resultados. No obstante, este tipo de estudios de revisión permiten acceder a gran cantidad de investigaciones y a la síntesis de sus resultados, y de este modo obtener una visión global de la eficacia de las intervenciones psicosociales para el asma bronquial.

El primer trabajo (Clark et al., 2010) tuvo como objetivo hacer una revisión de las intervenciones educativas y conductuales para pacientes (niños y adultos) con asma. Los autores hicieron una búsqueda de las publicaciones en el tema entre 1998 y 2009, obteniendo 1650 artículos de los cuales –luego del examen metodológico de los mismos– seleccionaron y analizaron 50 ensayos controlados aleatorios (*Randomized Controlled Trials*). Las conclusiones más importantes derivadas de este análisis fueron que:

(a) las intervenciones realizadas por médicos han demostrado ser más efectivas en lo que se refiere al uso de los servicios sanitarios, en cambio las intervenciones implementadas por equipos multidisciplinarios fueron mejores para obtener reducción de la sintomatología y mejorar la calidad de vida de los pacientes. Finalmente se observó que las personas sin formación profesional en salud –como podrían ser los mismos pacientes– resultaron ser mejores agentes al momento de lograr el automanejo de la enfermedad;

(b) los componentes más utilizados en los programas más exitosos fueron las habilidades para optimizar la comunicación médico-paciente y la educación para mejorar el automanejo;

(c) la intervención que podría obtener los mejores efectos en la mayoría de las variables tomadas como medidas de resultado, sería una combinación de intervenciones para el automanejo y para el entrenamiento en la comunicación médico-paciente implementada por los miembros de un equipo multidisciplinario.

La segunda revisión sistemática considerada realizada por Yorke et al. (2007a), tuvo como objetivo revisar los ensayos controlados aleatorios sobre la eficacia de las intervenciones psicológicas para adultos con asma y tuviesen como meta la modificación de comportamientos y del estatus de salud. Se incluyeron 14 estudios publicados entre 1977 y 2005 sobre terapias conductuales, cognitivas, cognitivo-conductuales, psicodinámicas, counselling y abordajes basados en técnicas de relajación y biofeedback. Los estudios sobre eficacia de la terapia familiar, intervenciones educativas y/o ejercicios de respiración fueron excluidos en este caso por haber sido incluidos en otros trabajos de revisión. Las conclusiones luego de dicho análisis no han sido alentadoras, si bien los autores destacan los promisorios resultados de algunos de los estudios, concluyen que a partir de los datos

con los que se cuenta en la actualidad, aún no se pueden realizar recomendaciones para la práctica clínica acerca del rol de las intervenciones psicosociales en pacientes adultos con asma bronquial.

Es relevante destacar que todas las intervenciones psicosociales que se han diseñado y evaluado –a excepción de las intervenciones psicoanalíticas de las cuales no se han reportado estudios controlados- han sido planteadas como complementarias a los tratamientos médicos tradicionales, ya que en ninguna ocasión el objetivo es sustituir los abordajes médico-farmacológicos.

En síntesis, existe un activo campo de estudio con el objetivo de probar la eficacia de intervenciones psicosociales complementarias al tratamiento médico del asma bronquial. No obstante, es necesario realizar más investigaciones con tamaños muestras elevados y diseños más adecuados que permitan evaluar con mayor grado de precisión el rol de las intervenciones psicosociales en el abordaje integral del asma bronquial (Yorke et al., 2007a, 2007b).

En este sentido también es relevante destacar la acotada producción científica sobre este tema en Latinoamérica, algo reflejado en bases de datos como LILACS o Scielo. En Argentina no se informan estudios controlados que evalúen la eficacia de estos abordajes, y las investigaciones empíricas sobre asma bronquial y factores psicosociales son casi inexistentes.

Atendiendo a las altas tasas de prevalencia e incidencia de esta afección respiratoria y al deterioro que provoca en la calidad de vida de los pacientes, consideramos que el diseño y evaluación de programas de intervención psicosocial específicos para pacientes con asma en nuestro medio se convierte en una prioridad asistencial para la región.

### **Intervenciones Individuales y Grupales**

Como se señaló en los primeros párrafos de este capítulo, las intervenciones psicosociales grupales para personas con enfermedades médicas tienen ventajas y desventajas, y debe evaluarse su conveniencia de acuerdo a la patología orgánica de que se trate y a las características psicológicas del paciente. Específicamente en cuanto al asma bronquial, se han realizado estudios con evaluaciones pre y post que comparan intervenciones psicosociales grupales con un grupo control sin intervención (Groen & Pelsler, 1960 citado en Benedito-Monleón & Botella-Arbona, 1993; Kuijter, De Ridder, Colland, Schreurs & Sprangers, 2007; Ross et al., 2005; Yoon, McKenzie, Bauman & Miles, 1993). En todos ellos se reportaron mejorías en los pacientes, aunque cada estudio utilizó diferentes medidas de resultados, es decir, algunos evaluaban la eficacia del programa a través de la reducción de la sintomatología y/o concurrencia a guardias, mientras otros lo hacían a partir de la calidad de vida u otros parámetros psicosociales. También se cuenta con estudios que evalúan la eficacia de intervenciones individuales comparadas con

pacientes en control lista de espera (Put et al.,2003; Smith et al., 2007b), con resultados favorables en lo que respecta a la disminución de los síntomas, una mayor adherencia al tratamiento médico y una mejoría en las cogniciones y conductas relacionadas al asma y a la calidad de vida.

A pesar de la existencia de algunos estudios con estas características, no se hallaron investigaciones que comparen la eficacia diferencial entre intervenciones psicosociales grupales e individuales para personas con asma bronquial. Por este motivo, en el presente estudio se ha propuesto evaluar los resultados de un mismo protocolo de intervención aplicado en dispositivos grupales e individuales comparados entre sí y con un grupo control-lista de espera.

## **CAPÍTULO 5**

### **EL CV-ASMA:**

# **UN PROGRAMA DE INTERVENCION PSICOSOCIAL PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON ASMA**

## **Presentación del Programa**

El Programa CV-Asma se elaboró atendiendo a las áreas de vacancia identificadas en la región, y a partir del análisis crítico de la bibliografía y los documentos científicos sobre: (a) el estado del arte en asma bronquial y factores psicosociales, (b) los antecedentes sobre intervenciones psicosociales para adultos con asma bronquial implementadas y estudiadas en otros países, y (c) la terapia cognitivo-conductual aplicada en estas situaciones clínicas.

Su diseño y desarrollo se fundamenta en las recomendaciones de las guías internacionales de diagnóstico y manejo del asma (GINA, 2006, 2011; NHLBI, 2007) principalmente en lo que respecta a la importancia de la psicoeducación del paciente sobre la enfermedad y la relevancia de abordar el estrés que en muchos casos puede complicar el manejo de esta afección respiratoria (NHLBI, 2007).

Este Programa intenta ser una contribución al campo de las intervenciones psicosociales en pacientes con asma bronquial. Dichas intervenciones se corresponden con la naturaleza biopsicosocial del ser humano y enfatizan las acciones psicoterapéuticas al servicio de promover cambios que mejoren las condiciones de vida de los pacientes.

En tal sentido el presente estudio aporta dos aspectos novedosos que lo diferencian de trabajos anteriores. En primer lugar, se prevé evaluar la eficacia diferencial de la aplicación del Programa en dispositivo individual y grupal, algo que no ha sido reportado en investigaciones previas. En segundo lugar, si bien el Programa tuvo como objetivo brindar herramientas a los pacientes para el mejor manejo del asma bronquial y sus consecuencias, también se incluyeron objetivos y actividades para trabajar otros aspectos de la vida del paciente más allá de su condición médica. Esto se basó en el propósito de potenciar diferentes aspectos que hacen a la calidad de vida general e indirectamente a la calidad de vida relacionada a la salud. Asimismo el objetivo fue que el Programa pudiese brindar estrategias para el manejo del estrés dada la evidencia sobre su influencia en el desencadenamiento de las crisis de asma y a que posiblemente actúe como un factor de riesgo para el incremento de su prevalencia (NHLBI, 2007).

A continuación se describen el objetivo general y las principales características del CV-Asma. En el Anexo se presentan los protocolos de cada una de las sesiones organizados en Guías del terapeuta y Guías del paciente. En ellas se detallan los objetivos de cada una de las sesiones y las técnicas y actividades previstas para alcanzarlos.

## **Proceso de Diseño del Programa**

Luego del análisis de la literatura especializada, el proceso de diseño del programa de intervención psicosocial implicó las siguientes actividades:

1. Se establecieron los objetivos generales del programa y los objetivos específicos para cada módulo de intervención y para cada sesión.
2. Se seleccionaron las variables a evaluar en función de los objetivos del programa.
3. Se determinaron los criterios de inclusión y exclusión de los participantes en la investigación.
4. Se establecieron la extensión, la cantidad y la frecuencia de las sesiones.
5. Se definieron la agenda de trabajo, las actividades, las técnicas y los materiales necesarios para la implementación del programa (cuadernillos para el paciente, tareas inter-sesión, autorregistros, videos, etc.).
6. Se diseñaron las Guías del terapeuta y las Guías del paciente correspondientes a cada sesión.
7. Se elaboró un folleto informativo sobre asma bronquial como parte de los encuentros dedicados a psicoeducación basado en las guías internacionales de diagnóstico, tratamiento y manejo del asma bronquial (GINA, 2006, 2008; NHLBI, 2007).
8. Se difundió el programa en población general y en la comunidad de profesionales, para lo cual, luego de plantearse varios nombres alternativos que resultaran claros y representativos, se decidió denominar al programa CV-Asma, cuyas siglas representan su principal objetivo: mejorar/optimizar la calidad de vida (CV) de pacientes con asma bronquial.
9. Se llevó a cabo una prueba piloto para establecer la aplicabilidad del programa y se realizaron los ajustes necesarios para la versión definitiva.

### **Objetivo General del Programa**

El objetivo principal del CV-Asma es mejorar el bienestar psicofísico y la calidad de vida de los pacientes buscando potenciar y complementar los tratamientos médico-farmacológicos para el asma bronquial.

Para alcanzar este objetivo el programa incluye actividades y técnicas para promover la adquisición de habilidades y potenciar los recursos de los pacientes para el manejo del asma, el estrés asociado y los factores psicosociales que pudieran influir en la experiencia y evolución de la enfermedad. Los factores psicosociales que se seleccionaron como objeto de intervención del CV-Asma son los que en las revisiones sobre factores psicosociales y asma se identificaron más relacionados a esta enfermedad respiratoria como la ansiedad o la depresión, o aquellos que optimizan el bienestar y el estatus clínico del paciente como el afrontamiento y la calidad de vida.

### **Principios Clínicos Generales en los que se Fundamenta el Programa**

La intervención psicosocial es un abordaje que busca generar cambios de naturaleza psicológica sobre la base de la influencia recíproca existente entre la matriz social de

pertenencia y de referencia de un sujeto, y su condición de agente activo en el intercambio y las relaciones que establece con dicho contexto.

El programa CV-Asma fue diseñado a partir de los principios de la terapia cognitivo-conductual (TCC), un procedimiento estructurado, orientado a metas, activo, directivo, y de tiempo limitado, basado en el supuesto de que los estados emocionales y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por su modo de estructurar cognitivamente el mundo (Beck et al, 2005; Caro Gabalda, 1997). Se ha elegido un abordaje clínico integrativo basado en los principios de la TCC por presentar un sólido sustento empírico en la clínica general (Caballo, 2002; Fernández-Álvarez, 2008) y en los casos de enfermedades físicas en particular (Gómez, 2011; Grover et al., 2007; Lehrer et al., 2008; Put et al., 2003; Ross et al., 2005; Tousman et al., 2010).

A continuación se sintetizan los principios de la TCC según Aaron Beck (2005) y Judith Beck (1995):

1. Formulación dinámica del paciente y sus problemas en términos cognitivos: implica identificar la naturaleza de las relaciones entre pensamientos, emociones y conductas implicados en la condición clínica.
2. Establecimiento de una sólida alianza terapéutica.
3. Inclusión de tres principios técnicos fundamentales: empirismo colaborativo, diálogo socrático y descubrimiento guiado. Tanto el terapeuta como el paciente tienen un rol activo en el proceso terapéutico. En este sentido se enfatiza la importancia y utilidad de constituirse paciente-terapeuta como un equipo de trabajo, y así estimular la participación y colaboración del paciente para identificar los disparadores que condujeron a su problema e investigar sus pensamientos automáticos y creencias disfuncionales asociadas.
4. Foco en el presente: las intervenciones se centran en el "aquí y ahora". Se atiende a situaciones pasadas solo cuando éstas pudieran ser significativas para el abordaje de problemáticas actuales.
5. Relevancia del componente educativo: la TCC busca dotar de herramientas y enseñar al paciente a ser su propio terapeuta, poniendo énfasis en la prevención de recaídas.
6. Existencia de una amplia variedad de técnicas para la identificación, reflexión, confrontación y cambio de pensamientos, emociones y conductas disfuncionales.

### **Población Objetivo**

El programa está dirigido a jóvenes y adultos (21 a 70 años) de ambos sexos con diagnóstico médico de asma parcialmente controlada o no controlada según los criterios de la GINA (2006, 2011), sin comorbilidad con otras afecciones respiratorias, que estén con tratamiento médico-farmacológico para el asma bronquial, que no presenten historia de

adiciones, psicopatología grave o deterioro cognitivo, y que no estén bajo tratamiento psicológico o psiquiátrico en los casos cuyo motivo de consulta a salud mental haya sido el asma bronquial. Específicamente en cuanto a la amplitud del rango de edad propuesto en esta investigación no se hallaron estudios sobre intervenciones que demuestren el efecto diferencial de la edad sobre las variables evaluadas en el programa.

En relación al grado de control del asma como criterio de inclusión, es relevante que las intervenciones se ajusten a los requerimientos de los pacientes en este sentido debido a la heterogeneidad clínica de la población asmática (Capítulo 2). Las problemáticas y necesidades de quienes presentan asma controlada no serán las mismas comparadas con las de los pacientes que semanalmente padecen síntomas diurnos y nocturnos, presentan limitaciones en las actividades diarias y necesitan usar medicación de rescate, tal como sucede con las personas a quienes está dirigido el CV-Asma.

### **Estructura del Programa**

El CV-Asma es un programa protocolizado, breve, específico, y complementario al tratamiento médico-farmacológico, que consta de 14 encuentros con frecuencia semanal, exceptuando las dos últimas sesiones que tienen frecuencia quincenal.

El programa está constituido por seis módulos que corresponden a los ejes temáticos a los que se dirige la intervención:

1. Presentación del Programa y psicoeducación (sesiones 1 y 2).
2. Significados y experiencia personal con la enfermedad e identificación de las relaciones pensamientos-emociones-conductas asociadas (sesiones 3, 4, 5 y 6).
3. Afrontamiento del estrés (sesiones 7, 8 y 9).
4. Regulación emocional (sesiones 10, 11 y 12).
5. Estrategias para el mejoramiento/optimización de la calidad de vida (sesión 13).
6. Prevención de recaídas (sesión 14).

A continuación se describen los diferentes módulos y las razones de su inclusión. Los contenidos de cada una de las sesiones se exponen en la Figura 4. Para un conocimiento detallado de los objetivos, actividades y técnicas utilizadas en cada una de las sesiones consultar los protocolos en el Anexo (Guías del terapeuta y Guías del paciente).

#### **Módulo 1: Presentación y Psicoeducación**

Este módulo corresponde a las sesiones 1 y 2. En primer término se presenta el Programa (objetivos, modalidad, encuadre [tiempos y normas de funcionamiento])<sup>5</sup> y se

---

<sup>5</sup> Aunque en el Consentimiento Informado ya se brinda información al respecto, al comenzar se reiteran los principales aspectos operativos.

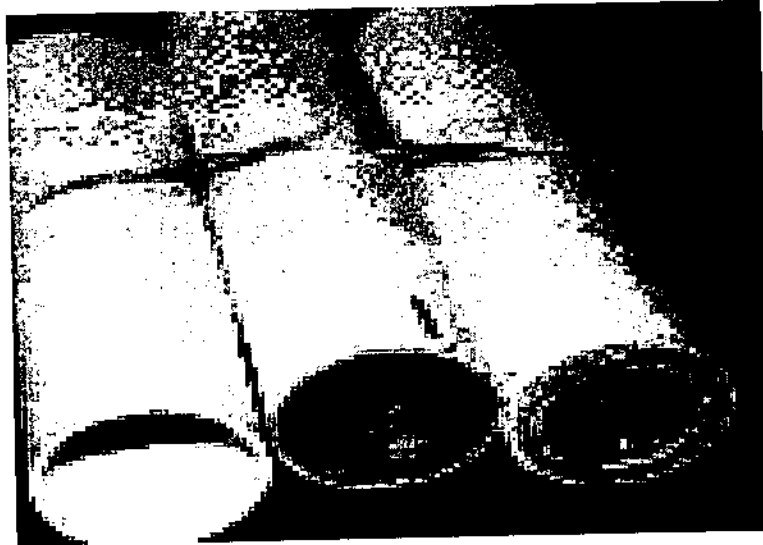
describen las principales características del modelo clínico a aplicar (cognitivo-conductual) y de la concepción acerca de la naturaleza humana en términos biopsicosociales.

Se realiza una tarea psicoeducativa con dos focos principales:

1. Información sobre asma (sistema respiratorio, características del asma, etiología, tratamientos médico-farmacológicos y su manejo): Este tópico se incluye teniendo en cuenta los resultados positivos reportados sobre las intervenciones educativas en asma y la recomendación de las guías internacionales acerca de la inclusión de la educación en asma como uno de los pasos necesarios para el manejo y control de esta afección respiratoria. Para ello se incluyó el folleto informativo diseñado en el Cuadernillo del paciente. Asimismo se utilizó el MTT (Modelo Tridimensional de los Tres Tubos) como herramienta de apoyo a las actividades educativas (Díaz Vázquez, s/f). Este modelo es de dominio público y es un recurso pedagógico validado para la educación sobre las características del asma y el efecto de los diferentes medicamentos sobre el calibre bronquial (Figura 3).
2. Comprensión del modelo biopsicosocial (predominio relativo de los aspectos biológicos, psicológicos y sociales en las experiencias de salud y enfermedad), y de la TCC. Se incentiva a que los pacientes puedan reconocerse a sí mismos como agentes activos del proceso de salud-enfermedad, y comprendan cómo operan los factores psicosociales en su enfermedad.

En estos dos primeros encuentros también se trabaja activamente en el establecimiento de la alianza terapéutica y adherencia al programa; en el caso de las intervenciones grupales se busca favorecer las condiciones y dinámica del funcionamiento grupal en los aspectos de cohesión y movilidad, estimulando el carácter terapéutico del efecto grupo para el proceso y los resultados de la intervención. Se sabe que establecer una relación de confianza y respeto entre terapeuta y paciente es uno de los mayores desafíos, y que el establecimiento y mantenimiento de la alianza es la condición de posibilidad del trabajo terapéutico (León, Gómez, & Labourt, 2011).





*Figura 3. Modelo Tridimensional de los Tres Tubos. El primer tubo representa un bronquio sano, el segundo un bronquio inflamado, y el tercer tubo que tiene una luz interior más estrecha representa al bronquio inflamado y en crisis aguda. Disponible en [www.respirar.org](http://www.respirar.org)*

## **Módulo 2: Significados y Experiencia Personal con la Enfermedad e Identificación de las Relaciones entre Pensamientos, Emociones y Conductas Asociadas**

Este módulo corresponde a las sesiones 3, 4, 5 y 6. En primer lugar se trabaja la propia experiencia con la enfermedad y la identificación del impacto del asma y su tratamiento sobre los distintos aspectos de la vida. Esto permite una reflexión sobre el lugar (pasado, presente y futuro) del asma en el ciclo vital de cada paciente y, a través de las atribuciones que realiza se prepara el camino para la identificación de pensamientos y emociones asociadas.

Las sesiones 4, 5 y 6 específicamente constituyen el núcleo cognitivo del Programa CV-Asma. En ellas se realiza un trabajo de psicoeducación sobre pensamientos automáticos, emociones, conductas, y sus interrelaciones, y sobre el lugar de la interpretación y de las distorsiones cognitivas. Se introducen los autorregistros como una herramienta para la identificación de los componentes cognitivos, emocionales y conductuales, presentes en la actividad constructiva que realiza cada paciente en el intento de dotar de sentido su experiencia con la enfermedad, y también para favorecer y posibilitar la generación de alternativas sobre la propia experiencia. A partir de la cuarta sesión se comienzan a incluir situaciones y problemáticas que en algunos casos exceden lo relacionado estrictamente con el asma, con el fin de integrar la experiencia en el escenario vital más amplio.

Este módulo además de estimular reestructuraciones cognitivas de atribuciones/significados disfuncionales, tiene por objetivo crear las condiciones cognitivo-afectivas para el posterior trabajo con el módulo de Regulación Emocional. Las evidencias han demostrado que la calidad de la regulación emocional como proceso depende del grado de diferenciación emocional previo. Cuanto mayor es la capacidad de las personas para discriminar su experiencia, más es la precisión para manejar sus estados afectivos (Feldman, Gross, Conner, & Benvenuto, 2001; Linehan, 2003).

### **Módulo 3: Afrontamiento del Estrés**

Este módulo está constituido por las sesiones 7, 8 y 9, y fue incluido en función de la importancia probada que el afrontamiento tiene sobre las conductas de cuidado y el estatus de salud (Capítulo 3). En similar dirección que el trabajo cognitivo del módulo anterior, coadyuvará con la regulación emocional del paciente (Campos, Iraurgi, Páez, & Velasco, 2004).

En primer término se realiza una tarea psicoeducativa sobre estrategias de afrontamiento (mediante biblioterapia como tarea inter-sesión y con soporte audiovisual en sesión). En segundo lugar se incentiva a través de un trabajo sobre modos alternativos de afrontamiento la posibilidad de flexibilizar y ampliar los recursos disponibles de los pacientes. Finalmente se trabaja específicamente con la resolución de problemas y se brinda un modo sistematizado para su utilización como estrategia de afrontamiento. En este sentido Beck et al. (2005) señala que la resolución de problemas es una herramienta importante para contrarrestar la sintomatología depresiva y ansiosa, las cuales han sido asociadas a un peor funcionamiento físico y emocional y a un deterioro de la calidad de vida.

### **Módulo 4: Regulación Emocional**

En las sesiones 10, 11 y 12 se trabajan los contenidos incluidos en el módulo de regulación emocional. La regulación emocional puede definirse como el conjunto de habilidades dirigidas a mantener, aumentar o suprimir un estado emocional. Estas pueden ser conscientes o inconscientes, automáticas o realizadas con un determinado monto de esfuerzo. Se pueden diferenciar dos tipos de estrategias de regulación emocional (Márquez-González, Fernández de Trocóniz, Montorio-Cerrato, & Losada Baltar, 2008; Silva, 2005):

1. Estrategias de aparición temprana: Focalizadas en los antecedentes, por ejemplo las estrategias sobre el contexto, es decir, selección de situaciones en las que la persona se involucra o significado atribuido a la fuente de activación.

2. Estrategias de aparición tardía: focalizadas en la respuesta intentan modificar algún componente de la emoción en sí misma, por ejemplo el intento de modular los cambios somáticos experimentados una vez que la emoción ya ha sido activada.

Se ha informado que la regulación emocional tiene una influencia fundamental en el bienestar subjetivo y en la salud física (Márquez-González et al., 2008). Por este motivo y además teniendo en cuenta su función en la regulación de estados emocionales como la depresión o la ansiedad, y su impacto sobre la calidad de vida y estatus de salud de los pacientes con asma, se ha incorporado un módulo sobre este aspecto en un programa como el CV-Asma.

Durante las sesiones asignadas para este módulo se trabajan 3 contenidos principales:

1. Habilidades de tolerancia al malestar
2. Comunicación de las emociones y asertividad
3. Habilidades para la promoción de emociones positivas

Para el diseño de las actividades y técnicas correspondientes a este módulo se utilizaron varios de los recursos psicoterapéuticos de la Terapia Dialéctica Conductual propuestos por Marsha Linehan (2003), los cuales son coherentes con los principios de la TCC en la que está basado el CV-Asma. Los recursos utilizados fueron (Linehan, 2003): (a) habilidades de tolerancia al malestar (distracción, reconfortarse con los 5 sentidos, mejorar el momento y pensar en los pros y contras); y (b) las estrategias para incrementar las emociones positivas (psicoeducación sobre modos de generar estas emociones y puesta en marcha de actividades agradables/gratificantes).

### **Módulo 5: Estrategias para el Mejoramiento de la Calidad de Vida**

Si bien la calidad de vida es el eje principal del CV-Asma y es considerada de manera indirecta a lo largo de todas las sesiones del Programa, la sesión 13 se focaliza especialmente en este concepto, y se les propone a los pacientes una actividad de relación entre la calidad de vida actual y la deseada en distintas áreas (estado físico, alimentación, descanso, afectos, trabajo, economía, recreación, proyectos personales, entre otros).

Se trabaja con la distancia percibida por los pacientes entre ambos niveles, se analiza el grado de ajuste de las respectivas expectativas, y se exploran activamente diferentes alternativas para alcanzar un mejor nivel de calidad de vida en las áreas en las que el balance personal es menos satisfactorio. Para ello se revisan estrategias de establecimiento de metas a mediano y a largo plazo.

En el ejercicio de evaluación entre la calidad de vida actual y la deseada se utiliza una técnica propuesta por Lull (2008). Este último módulo tiene dos objetivos terapéuticos

principales. En primer lugar transmitir al paciente la importancia de monitorear periódicamente la propia calidad de vida y considerarse a sí mismo como agente activo de su mejoramiento. En segundo lugar, a través del establecimiento de metas a largo plazo y el cumplimiento de metas intermedias, se comienza a preparar el camino para continuar el trabajo luego de finalizado el Programa. Se utiliza para este objetivo una adaptación del Formulario de Metas de Marsha Linehan (1993).

### **Módulo 6: Prevención de Recaídas**

Debido a que este tipo de programas se desarrollan en un tiempo limitado, los problemas asociados con su finalización, no suelen ser tan complejos como en formas de tratamiento más prolongadas (Beck et al., 2005). El objetivo de todo proceso terapéutico debería orientarse a promover en el paciente una posición activa y terapéutica sobre su propia salud, y brindarle herramientas básicas que pueda utilizar luego de la finalización del tratamiento con el fin de alcanzar los niveles adecuados de agencia personal. La agenciación humana es la capacidad de ejercer el control sobre el propio funcionamiento y sobre los eventos que afectan la propia vida, supone una estrategia de cambio para que los individuos puedan generar modificaciones y transformaciones de sí mismos y de su ambiente, y por lo tanto, implica un procedimiento sistemático para determinarse, desarrollarse, retroalimentarse y modificarse (Bandura, 2001; Tejada-Zabaleta, 2005).

En este sentido Judith Beck (1995) sostiene que el terapeuta prepara al paciente para la finalización desde la primera sesión. Es importante que el paciente comprenda que siempre existen periodos de progreso interrumpidos temporariamente por aparición de mesetas, fluctuaciones o retrocesos; de este modo será menos probable que cuando éstos aparezcan se los perciba como catastróficos o como indicadores de fracaso. De hecho, la mayoría de los programas de TCC para diferentes problemas clínicos han incluido una o dos sesiones de prevención de recaídas sobre el final del proceso terapéutico (Beck et al., 2005; Beck, 1995; Botella, Baños, & Perpiñá, 2003; Caballo, 2002).

En el caso del CV-Asma la sesión 14 es de prevención de recaídas. Su objetivo es favorecer el mantenimiento de los cambios y logros adquiridos, para lo cual se llevan a cabo las siguientes acciones sustentadas en las recomendaciones de la literatura en el tema (Beck et al., 2005; Beck, 1995; Botella et al. 2003; Caballo, 2002):

1. Se repasa el contenido de las sesiones y se analizan los indicadores de cambio percibidos por el paciente y atribuibles a la participación en el Programa.
2. Se identifican las técnicas y estrategias que han resultado más útiles con el objetivo de incentivar al paciente a utilizarlas en el futuro. Se proponen sesiones de autoterapia.

3. Se destaca el rol protagónico del paciente en los cambios observados. Es esencial que se perciba la relación directa entre el esfuerzo realizado y el avance conseguido, de lo contrario los pacientes dejarán de esforzarse para utilizar aquellas estrategias que les han sido de ayuda, lo cual influiría negativamente en el mantenimiento de los cambios a largo plazo.
4. Se analizan las inquietudes, preocupaciones o miedos relacionados a la finalización del Programa.
5. Se identifican estímulos/situaciones que podrían aumentar la probabilidad de provocar recaídas y se buscan alternativas de afrontamiento.
6. Se promueve la reflexión de los pacientes sobre lo que han avanzado y lo que queda por transitar.

En relación a este módulo cabe destacar que solo una de las investigaciones en el tema (Lehrer et al., 2008) como se expuso en el Capítulo 4, incluyó en el Programa de intervención sesiones de prevención de recaídas.

**Sesión 1:**

- Presentación del Programa CV-Asma.
- Introducción del modelo biopsicosocial y la TCC como ejes del programa.
- Exploración de las representaciones de los pacientes sobre el asma y su experiencia con la enfermedad previas al comienzo del programa.
- Información seleccionada sobre asma bronquial (características, etiología, tratamientos).
- Instalación del dispositivo, con especial atención al establecimiento de la alianza terapéutica y del clima grupal según corresponda.

**Sesión 2:**

- Psicoeducación sobre factores psicosociales y asma, y sobre el rol activo del paciente en el proceso de salud-enfermedad.
- Calidad de vida y asma.

**Sesión 3:**

- Análisis de la propia experiencia con la enfermedad. Identificación del impacto del asma y su tratamiento sobre distintos aspectos de la vida.
- Identificación de similitudes y diferencias entre las experiencias de otras personas con asma.

**Sesión 4:**

- Psicoeducación sobre pensamientos automáticos, emociones y conductas, y sus interrelaciones.
- Definición e identificación de situaciones problemáticas.
- Identificación de pensamientos automáticos, emociones y conductas presentes en las situaciones problemáticas.

**Sesión 5:**

- Comprensión de la naturaleza de las relaciones entre situaciones (contexto/contingencias), pensamientos automáticos, emociones y conductas.
- Continuación del entrenamiento en identificación de pensamientos automáticos, emociones y conductas.
- Introducción del concepto de distorsión cognitiva.
- Identificación de distorsiones cognitivas y entrenamiento en pensamientos alternativos.

**Sesión 6:**

- Continuación del entrenamiento en identificación de pensamientos automáticos, emociones y conductas en situaciones experimentadas como problemáticas.
- Entrenamiento para la identificación de distorsiones cognitivas.
- Entrenamiento en habilidades para proponer pensamientos alternativos.
- Introducción del concepto de afrontamiento.

**Sesión 7:**

- Identificación y análisis de las diferentes estrategias de afrontamiento.
- Comprensión de las propias estrategias de afrontamiento ante las situaciones detectadas como problemáticas y/o disfuncionales.

**Sesión 8:**

- Estimulación del uso de estrategias de afrontamiento alternativas.
- Promoción de un afrontamiento efectivo y adaptativo.
- Introducción a la Resolución de Problemas (RPR) como una estrategia de afrontamiento.
- Definición de un problema y desagregación en sus componentes más simples.

**Sesión 9:**

- Entrenamiento en RPR (ejercitar la búsqueda de soluciones alternativas y proponer pasos a seguir para implementarlas).

**Sesión 10:**

- Comprensión del valor adaptativo de las emociones. Distinción de emociones positivas y negativas
- Habilidades de tolerancia al malestar.

**Sesión 11:**

- Comprensión de la importancia de la identificación y la comunicación de las emociones.
- Conocimiento y ensayo de modos alternativos de comunicar las emociones. Asertividad.

**Sesión 12:**

- Comprensión de la importancia de generar experiencias emocionales positivas.
- Generación de experiencias promotoras de emociones positivas. Establecimiento de metas a corto plazo.

**Sesión 13:**

- Concepto de calidad de vida como organizador de la experiencia.
- Identificación de los aspectos que forman parte de la calidad de vida.
- Valoración y ajuste de la propia calidad de vida actual y deseada.
- Promoción de la calidad de vida a través del establecimiento de metas a mediano y largo plazo.

**Sesión 14:**

- Prevención de recaídas. Repaso de los principales contenidos del Programa y las habilidades/estrategias adquiridas con el objetivo de favorecer el mantenimiento en el tiempo de los cambios y logros alcanzados.

*Figura 4.* Detalle de los contenidos de cada una de las sesiones del CV-Asma.

## **Duración y Frecuencia**

El Programa dura 3 meses y medio (12 sesiones semanales y 2 últimas sesiones quincenales). Los encuentros tienen 1 hora de duración en el caso de las intervenciones individuales y 2 horas en las intervenciones grupales. La frecuencia y duración de las sesiones y del Programa se ajustan a las recomendaciones de la literatura científica sobre estudios de eficacia en psicoterapia y sobre tratamientos cognitivo-conductuales manualizados (Echeburúa & de Corral, 2001; Caballo, 2002).

## **Organización de las Sesiones**

Todas las sesiones incluyen una agenda de trabajo y están organizadas en función de tres actividades básicas: (a) revisión de las tareas inter-sesión, (b) desarrollo de las actividades de cada sesión para alcanzar los objetivos propuestos (en el protocolo se sugieren las técnicas cognitivo-conductuales más apropiadas para cada actividad), y (c) indicación de tareas inter-sesión (autorregistros, biblioterapia, experimentos conductuales, entre otras).

Para cada sesión fue diseñada una Guía del terapeuta y una Guía del paciente. En las primeras se describen los objetivos específicos de cada encuentro, la secuencia de las actividades a desarrollar para alcanzar dichos objetivos, y las técnicas a utilizar en cada caso.

Las Guías del paciente incluyen: un dossier en el que se resumen los contenidos más importantes de la sesión, las consignas de las tareas inter-sesión y las planillas de autorregistro (u otras) para las tareas propuestas a los pacientes en cada módulo. Asimismo se anexan algunas hojas en blanco para que los pacientes puedan tomar apuntes y anotar las observaciones que consideren necesarias. Las Guías del paciente son presentadas en una carpeta que se entrega en el primer encuentro (Cuadernillo del paciente) y que deberá traerse a cada sesión. En dicha carpeta se incorpora secuencialmente el material de referencia y aplicación utilizado en cada encuentro.

Con algunas variantes según los objetivos principales de la intervención, el material escrito para el paciente y las tareas inter-sesión han sido recursos utilizados en la mayoría de las intervenciones psicosociales de corte cognitivo-conductual para personas con asma bronquial (Grover et al., Put et al., 2003; Ross et al., 2005; Tousman et al., 2010).

La utilización del Cuadernillo del paciente permite una mayor y mejor apoyatura para el aprendizaje de los temas abordados, debido a que la información de cada sesión queda disponible para el paciente cuando lo desee o necesite durante el Programa o tras su finalización. Asimismo la utilización de las tareas inter-sesión permite el ensayo de nuevos comportamientos y el afianzamiento de las estrategias/habilidades trabajadas durante las sesiones. Diversos estudios han sugerido que los pacientes que hacen regularmente las tareas asignadas para el hogar mejoran más que aquellos que no las hacen (Beck, 1995).

### **Condiciones de Aplicación**

El Programa admite dos formatos de aplicación: grupal e individual. La estructura y los contenidos de las sesiones en cuanto a los principios que las organizan son equivalentes, las diferencias se presentan en la duración de las sesiones descripta anteriormente, y en el modo de implementación de algunos recursos técnicos para abordar los contenidos, con el objetivo de adecuarlos a las particularidades de cada dispositivo.

### **Proyección e Impacto**

Se espera que el estudio de eficacia del Programa impacte en diferentes aspectos. En primer lugar, y en concordancia con Echeburúa y de Corral (2001), destacamos la relevancia que deberían adquirir en la práctica clínica los tratamientos sustentados empíricamente. Para que ello suceda es necesario el diseño, la aplicación controlada y la evaluación de programas así como su posterior difusión. Se prevé que este Programa proporcione un procedimiento de intervención sistemático, específico y complementario a los abordajes médicos tradicionales para pacientes jóvenes y adultos con asma bronquial. También se ha reportado que las intervenciones psicológicas son muy efectivas cuando son ajustadas a las particularidades de un trastorno psíquico o físico (Barlow, 2004), como es el caso de este programa de intervención diseñado especialmente para personas con asma bronquial.

En segundo lugar, se estima que los resultados de este estudio constituyen un aporte para nuestro país donde no se han registrado investigaciones controladas sobre el tema.

En tercer lugar, con este Programa de intervención se podría favorecer la promoción de un trabajo asistencial interdisciplinario que convoque a los diferentes profesionales de la salud en el cuidado, el bienestar y la calidad de vida de estos pacientes.

En el caso de que los resultados del estudio indiquen que el Programa impacta positivamente sobre la calidad de vida de los pacientes y sobre parámetros físicos (función pulmonar, sintomatología) y psíquicos (ansiedad, depresión, afrontamiento), se proyecta que pueda ser incluido como parte del abordaje integral de esta población clínica, y de este modo optimizar también los recursos asignados para su atención en el sistema sanitario.

# **ESTUDIO EXPERIMENTAL**

## **CAPÍTULO 6**

### **OBJETIVOS, HIPOTESIS Y METODOLOGIA**

## Objetivos

### Objetivos Generales

1. Diseñar un programa de intervención psicosocial para adultos con asma bronquial.
2. Evaluar la eficacia diferencial del programa de intervención en distintas condiciones de aplicación.
3. Identificar cambios de significación clínica atribuibles a la aplicación del programa.

### Objetivos Específicos

1. Diseñar un programa de intervención psicosocial protocolizado, específico, breve y complementario al abordaje médico para pacientes con asma bronquial.
2. Elaborar un protocolo de evaluación que permita estudiar la eficacia diferencial del programa de intervención.
3. Estudiar la eficacia diferencial del programa en pacientes adultos bajo las siguientes condiciones: dispositivo grupal vs individual vs no tratamiento, y en función de los siguientes criterios:
  - a. La presencia de cambios clínicamente significativos atribuibles a la aplicación del programa.
  - b. El tipo y grado de impacto del programa de intervención sobre la calidad de vida de los pacientes bajo estudio.
4. Identificar los aspectos del proceso asociados a un mejor resultado terapéutico.

### Hipótesis

1. Los pacientes que participen en el programa de intervención psicosocial alcanzarán una mejoría clínicamente significativa en el funcionamiento de las vías respiratorias (síntomatología, frecuencias de las crisis, flujo espiratorio) comparados con controles clínicos sin intervención psicosocial.
2. Los pacientes que participen en el programa de intervención psicosocial alcanzarán un índice de mejoría clínicamente significativo en su calidad de vida comparados con controles clínicos sin intervención psicosocial.

## Metodología

### Diseño

La investigación propuesta incluye dos fases:

1. Diseño de un programa de intervención psicosocial para pacientes con asma
2. Aplicación del programa y evaluación de su eficacia

Este estudio está basado en un diseño experimental con asignación al azar de los sujetos a tres condiciones experimentales: dispositivo de intervención individual, dispositivo de intervención grupal y grupo control/lista de espera. Se sigue una estrategia de tratamiento comparativo con el objetivo de evaluar el impacto diferencial de los dos dispositivos comparados con la condición de no tratamiento, que incluye evaluaciones pretest (línea base) - posttest (finalización del tratamiento) y seguimiento a los 3 y 6 meses de concluida la intervención (Gómez, 2009; Kazdin, 2001).

### Participantes

La muestra total bajo estudio (N=37) estuvo compuesta por 28 mujeres y 9 varones con edades comprendidas entre 21 y 70 años (M= 48.16; DS=12.36), residentes en el Partido de General Pueyrredón y zona de influencia, que presentaban diagnóstico de asma bronquial. Los pacientes fueron distribuidos de la siguiente manera:

1. Dispositivo grupal (n = 13)
2. Dispositivo individual (n= 12)
3. Grupo control-lista de espera (n = 12)

Los criterios de inclusión fueron: (a) estar dentro del rango de edad establecido, (b) diagnóstico clínico de asma bronquial parcialmente controlada o no controlada certificado por médico especialista, (c) ausencia de otra patología respiratoria, (d) ausencia de psicopatología grave, deterioro cognitivo y/o historia de adicciones.

Los sujetos fueron convocados a través de los profesionales de la red de Centros de salud especializados de la ciudad de Mar del Plata, la difusión del Programa en medios masivos de comunicación local y mediante afiches y folletos en Centros Asistenciales Municipales y en farmacias del Partido de General Pueyrredón.

### Proceso de obtención de la muestra

En primer lugar, se relevó información a través de los colegios profesionales y los distintos centros de salud de la ciudad sobre la nómina de especialistas. Se contactaron 7 alergistas y 12 neumonólogos de la ciudad de Mar del Plata, y 6 especialistas de otras ciudades de la provincia de Buenos Aires. Se acordaron entrevistas personales con cada

profesional donde se entregaba una carpeta con material informativo sobre la investigación en general y sobre el Programa de intervención en particular. Asimismo se los invitaba a proponer a sus pacientes la participación en el estudio.

También se realizaron las gestiones institucionales pertinentes para la aplicación del Programa en el Hospital Interzonal General Dr. O. Allende (HIGA). En aquel momento esta entidad pública presentaba dificultades en el suministro regular de la medicación a los pacientes con asma, por lo cual en función de los criterios establecidos para la participación en el programa CV-Asma y básicamente atendiendo al cuidado prioritario del paciente no resultó factible la implementación del Programa en esa institución, ya que la complementariedad con el tratamiento médico era una de sus condiciones.

En el curso del proceso de obtención de la muestra tuvo lugar la pandemia de gripe A (H1N1) acaecida durante los meses invernales del 2009, lo cual retrasó considerablemente la aplicación del CV-Asma ya que el funcionamiento habitual de los servicios de salud y los lugares públicos se vio alterado significativamente por este motivo, y porque particularmente los pacientes con afecciones crónicas del sistema respiratorio eran una de las poblaciones de riesgo a quienes se les recomendó extremar las medidas de cuidado. Esta situación provocó la suspensión de las entrevistas previstas con los pacientes durante el período de emergencia sanitaria.

Ante estas vicisitudes y al observar que el flujo de pacientes se veía sensiblemente afectado, se decidieron dos estrategias alternativas de acceso a la población clínica: los medios de comunicación y la distribución de afiches y folletos sobre el programa CV-Asma colocados en lugares con mayor probabilidad de circulación de estos pacientes: consultorios médicos, farmacias y salas municipales. En el diario local fue publicado un artículo en el mes de diciembre de 2009 (Diario La Capital), y a partir de mayo de 2010 se publicó semanalmente y durante el período de difusión previsto una gacetilla de prensa en la columna de salud (Anexo 5). Asimismo se realizaron cuatro notas radiales (LU6 Radio Atlántica AM 760; AM 1620, Radio Brisas FM 98.5; Radio Universidad FM 95.7) y una televisiva (Canal 10 de Mar del Plata) difundiendo el programa CV-Asma en la comunidad. A partir de estas nuevas vías de difusión se incrementó el acceso de pacientes. Además se invitó al Programa a pacientes que habían participado del estudio previo antes mencionado sobre factores psicosociales y asma bronquial (Fasciglione, 2007).

Independientemente de la fuente de derivación o procedencia, cuando los pacientes se contactaban los pasos a seguir fueron:

1. Entrevista de admisión (de aproximadamente 45 minutos) donde los pacientes debían contar con un certificado médico que constate el diagnóstico de asma

bronquial. En los casos que se cumplieron los criterios de inclusión se leyó y firmó el consentimiento informado.

2. Evaluación pre intervención.
3. Según la asignación al azar de cada paciente a las distintas condiciones experimentales, se comenzó con el programa durante la semana posterior (dispositivo individual o dispositivo grupal) o se acordó una cita en 3 meses para realizar la próxima evaluación (grupo control-lista de espera).

En la Tabla 7 se presentan las estadísticas de reclutamiento. Como puede observarse de los 121 pacientes iniciales, solo 37 pacientes cumplieron los criterios de inclusión, aceptaron participar, y completaron finalmente el estudio. Estos datos se corresponden con otros estudios en el área (Grover et al., 2007; Yorke, Fleming, & Shuldham, 2009) cuyas muestras varían entre 30 y 40 pacientes, y cerca del 80% de las personas contactadas finalmente no completa el estudio.

Tabla 7

*Estadísticas de reclutamiento de los participantes del estudio según fuente de derivación*

Fuente de derivación	Pacientes contactados	Pacientes que completaron el estudio
Derivación médicos especialistas	21	5
Difusión en medios de comunicación	70	25
Afiches en centros de salud y farmacias	7	1
Pacientes u otros investigadores	5	5
Estudio previo	18	1
Total	121	37

En la Tabla 8 se detallan los motivos de las 84 personas que finalmente no participaron en el estudio. Solo 9 pacientes comenzaron el Programa y lo abandonaron (6 que participaban en el dispositivo individual y 3 en el dispositivo grupal), el resto directamente no se incluyeron en el estudio o abandonaron antes de comenzar el Programa.

Tabla 8

*Motivo de exclusión o abandono del estudio*

Motivo	Cantidad de pacientes
No cumple criterios de inclusión	30
Informó falta de tiempo para participar	5
Informó que solo le interesaba participar del programa si se les brindaba medicación para el asma	2
No se vuelve a comunicar después del primer contacto telefónico o vía mail	29
Firma el consentimiento informado pero no se presenta a la evaluación	3
Cambio de residencia a otra ciudad durante el desarrollo del estudio	4
Problemas personales que imposibilitaron la continuidad del programa o las evaluaciones	10
Fallecimiento	1
<b>Total</b>	<b>84</b>

Cabe destacar que de los 37 pacientes de la muestra final bajo estudio, el 95% completó las cuatro evaluaciones, solo dos (uno de dispositivo grupal y otro del grupo control-lista de espera) pacientes no completaron el seguimiento a los 6 meses.

A continuación se describen las características sociodemográficas (Tabla 9) y clínicas (Tabla 10) de la muestra final en los tres grupos experimentales.

Tabla 9

*Características sociodemográficas de los grupos experimentales*

		Dispositivo Individual	Dispositivo Grupal	Grupo Control-lista de espera
		Frecuencias		
Sexo	Mujeres	9	10	9
	Varones	3	3	3
Estado Civil	Soltero	2	3	2
	Casado/convivencia	7	6	9
	Divorciado/separado	3	4	1
	Viudo	0	0	0
Estudios	Primarios	2	2	3
	Secundarios	1	2	3
	Terciarios	4	6	2
	Universitarios	5	3	4
Ocupación	Estudiante	0	1	1
	Ama de casa	1	1	2
	En actividad	8	7	8
	Trabajo informal (changas)	0	2	0
	Desocupado	1	0	0
	Jubilado	2	2	1
		Medias y desvíos		
Edad	M	47.33	49.00	48.08
	DS	11.32	10.77	15.63

Tabla 10

*Características clínicas de los grupos experimentales*

		Dispositivo Individual	Dispositivo Grupal	Grupo Control-lista de espera
		Frecuencias		
Etapa evolutiva del diagnóstico de asma	Infancia (0-14 años)	6	8	8
	Adolescencia (15 a 20 años)	1	0	1
	Juventud/Adultez (21 a 60 años)	5	4	3
	Tercera edad (más de 60 años)	0	1	0
Tabaquismo	No fuma	10	13	12
	Dependencia baja	1	0	0
	Dependencia alta	1	0	0
Medicación para alergia comórbida	Si	4	4	3
	No	8	9	9
Ansiolíticos	Si	3	4	1
	No	9	9	11
Inductores del sueño	Si	1	0	0
	No	11	13	12
Antidepresivos	Si	2	0	0
	No	10	13	12
Control del asma	Controlada	0	0	0
	Parcialmente controlada	0	4	5
	No controlada	12	9	7

## Instrumentos de Evaluación

### Evaluación de la sintomatología asmática y tabaquismo.

1. Entrevista de admisión semi-estructurada: se diseñó especialmente para esta investigación con el objetivo de indagar datos sociodemográficos, curso, evolución y tratamiento actual del asma, y evaluar el cumplimiento de los criterios de inclusión en el estudio (Anexo 4a).
2. Medidor de flujo espiratorio digital Vitalograph Asma-1<sup>6</sup>: para realizar mediciones de flujo espiratorio (FEV<sub>1</sub> y PEF). El FEV<sub>1</sub> es el volumen máximo de aire espirado en el primer segundo tras haber realizado una espiración forzada después de una inspiración máxima. El PEF es el pico máximo de flujo espirado. El paciente debe realizar tres mediciones y el dispositivo elige el valor máximo alcanzado. Estas medidas brindan información acerca del grado de obstrucción bronquial (Moreno, Asrilant, Salmún, & Azerrad, 2001; Vázquez & Buceta, 1996).
3. ACT: Prueba de Control del Asma (QualityMetric, 2002). Es un cuestionario estandarizado autoadministrado de 5 preguntas que indagan el grado de control del asma durante el último mes en un formato de respuesta Likert 1-5. La puntuación del sujeto puede variar entre 5 y 25 puntos. Los resultados de este instrumento permiten clasificar a los pacientes en tres grupos según el grado de control del asma que se corresponden con los modelos propuestos por la GINA (2010) y el NHLBI (2007). Un puntaje de 25 implica asma totalmente controlada, puntajes entre 20 y 24 corresponden a asma parcialmente controlada y puntajes menores a 20 indican asma no controlada (Anexo 4b).
4. Test de Fagerström (Fagerström, 1978; Heatherton et al., 1991 citado en García Portilla González, Bascarán Fernández, Sáiz Martínez, Bousoño García & Bobes García, 2006). Es un instrumento autoadministrado de 6 ítems que evalúa la dependencia a la nicotina. A partir de las puntuaciones totales obtenidas que varían en un rango entre 0 y 10 puntos, se establecen los siguientes puntos de corte: 8 a 10 puntos: dependencia de nicotina muy alta, 6 a 7 puntos: dependencia de nicotina alta, 5 puntos: dependencia de nicotina media, 3 a 4 puntos: dependencia de nicotina baja, 0 a 2 puntos: dependencia de nicotina muy baja (Anexo 4c).

---

<sup>6</sup> Si bien en un principio se previó contar con medidas espirométricas a cargo de los médicos especialistas, esto finalmente no se pudo llevar a cabo debido a su costo y a la falta de cobertura de estos estudios por la mayoría de las obras sociales.

### **Técnicas psicométricas de evaluación psicosocial.**

Se presentan a continuación los instrumentos que forman parte del protocolo de evaluación de variables psicosociales. La secuencia propuesta responde al orden de administración de los mismos y todas versiones incluidas de los respectivos instrumentos cuentan con adaptación técnica para la población argentina, a excepción de la SA-45<sup>7</sup>:

5. WHOQOL- BREF: Cuestionario de Calidad de Vida de la OMS - Versión breve para Argentina (Whoqol Group, 1998). Es un autoinforme de 26 preguntas cuyo objetivo es conocer la percepción que cada persona tiene sobre diversos aspectos de la vida que hacen a su calidad de vida global (CV) durante las últimas dos semanas. Se responde a través de escalas tipo Likert de 5 puntos y brinda información sobre la percepción global del individuo de su calidad de vida, su salud y cuatro dominios específicos de la CV: salud física, aspectos psicológicos, relaciones sociales y medio ambiente. Los puntajes finales más elevados indican una mejor calidad de vida (Anexo 4d).

6. SA-45: Cuestionario de Evaluación de Síntomas Psicopatológicos (Davison et al., 1997; Sandín, Valiente, Chorot, Santed & Lostao, 2008). Es un autoinforme de 45 ítems que evalúa síntomas clínicos de naturaleza psicopatológica en donde los sujetos deben indicar en base a una escala tipo Likert de 5 puntos en qué medida han experimentado una serie de problemas o molestias durante los últimos siete días. Aporta información sobre nueve dimensiones clínicas: hostilidad, somatización, depresión, obsesiones-compulsiones, ansiedad, sensibilidad interpersonal, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo (Anexo 4e).

7. BDI-II: Inventario de Depresión de Beck – II (Beck, Steer, & Brown, 2006). Es un autoinforme de 21 grupos de afirmaciones que describen diferentes estados anímicos o conductas que evalúan sintomatología depresiva durante las últimas dos semanas. Para cada una de ellas el sujeto deberá indicar la presencia e intensidad en función de una escala de respuesta 0-3. La puntuación total puede variar entre 0 y 63, con los siguientes puntos de corte: 0-13 mínima, 14-19 leve, 20-28 moderada y 29-63 severa. Es importante destacar que si bien no se trata de un instrumento diagnóstico en sentido estricto resulta un indicador con sensibilidad clínica para detectar la probable presencia de depresión (Anexo 4f).

8. STAI: Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (Spielberger, Gorsuch, & Lushene, 1986). Es un autoinforme diseñado para evaluar dos conceptos de la ansiedad: la ansiedad como estado (condición emocional transitoria) y la ansiedad como rasgo (propensión ansiosa relativamente estable). Consta de un total de 40 ítems (20 para estado y 20 para

---

<sup>7</sup> Versión abreviada de la SCL-90.

rasgo) que se responden en base a una escala de 4 puntos. La puntuación total para cada condición puede variar entre 0 y 60 puntos. No existen puntos de corte de sensibilidad clínica propuestos; las puntuaciones directas se transforman en centiles en función de la edad y el sexo (Anexo 4g).

9. CRI: Inventario de Respuestas de Afrontamiento (Moos, 1993; Mikulic & Crespi, 2008). Es un autoinforme compuesto por dos partes. En la primera se le solicita a la persona seleccionar el problema o situación más estresante que haya experimentado en los últimos doce meses<sup>8</sup>, describirlo en unas pocas líneas y responder a 10 preguntas que interrogan sobre aspectos relevantes para la evaluación del afrontamiento (controlabilidad, novedad y predictibilidad del problema seleccionado). La segunda parte constituida por 48 ítems, indaga la frecuencia de uso de diferentes respuestas de afrontamiento a través de una escala de respuesta de 4 puntos (Anexo 4h). El CRI aporta información sobre 8 subescalas que indican distintas estrategias de afrontamiento:

1. Análisis Lógico: intentos cognitivos de comprender y prepararse mentalmente para enfrentar un estresor y sus consecuencias.
2. Revalorización Positiva: intentos cognitivos de construir y reestructurar un problema en un sentido positivo, y el esfuerzo por destacar aspectos enriquecedores de una situación conflictiva.
3. Búsqueda de Apoyo y Orientación: intentos conductuales de buscar información, apoyo y orientación en instituciones, personas, bibliografía, etc.
4. Resolución de Problemas: intentos conductuales para planificar y realizar acciones conducentes a solucionar directamente el problema.
5. Evitación cognitiva: intentos cognitivos de evitar pensar en el problema de forma realista.
6. Aceptación o Resignación: reacción cognitiva hacia el problema que consiste en aceptarlo pasivamente.
7. Búsqueda de Gratificaciones Alternativas: intentos conductuales de involucrarse en actividades sustitutivas y crear nuevas fuentes de satisfacción.
8. Descarga Emocional: conductas destinadas a reducir la tensión expresando los sentimientos negativos, como por ejemplo llorar o gritar.

A su vez, estas 8 subescalas se reagrupan en cuatro tipos de afrontamiento según la modalidad (cognitivo-conductual) y la orientación (aproximación-evitación) (Tabla 4, Capítulo 3).

---

<sup>8</sup> Para esta investigación se realizó una modificación del instrumento con el fin de evaluar específicamente el afrontamiento a cuestiones relacionadas con la enfermedad. Por este motivo se solicitó que el problema seleccionado estuviera relacionado con el asma bronquial.

10. AQLQ (S): Cuestionario de calidad de vida de pacientes con asma. Estandarizado versión para Argentina (Juniper *et al.*, 1992; Juniper, Buist, Cox, Ferrie & King, 1999). Es un autoinforme de 32 preguntas que evalúan la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) en pacientes mayores de 12 años con asma bronquial durante las últimas dos semanas. Se responde a través de escalas tipo Likert de 7 puntos. Este instrumento aporta información sobre la CVRS total y en cuatro dimensiones: limitaciones en las actividades, síntomas, reacción ante la exposición a estímulos ambientales y función emocional. Es importante destacar que para evaluaciones en diferentes lapsos temporales, un cambio de 0,5 por ítem, por dimensión o en el puntaje total implica una diferencia mínima de importancia (MID) que representa cambios clínicamente significativos en la CVRS en cada paciente (Juniper, Guyatt, Willan & Griffith, 1994) (Anexo 4i).

#### **Entrevistas semiestructuradas de evaluación cualitativa para participantes del CV-Asma.**

Se diseñaron dos entrevistas para la evaluación de aspectos cualitativos referidos a la participación en el CV-Asma y particularmente sobre el proceso terapéutico: (a) Entrevista post intervención, y (b) Entrevista de seguimiento. Las versiones preliminares de las entrevistas fueron sometidas a juicio de dos expertos en psicología clínica externos al presente estudio, quienes posteriormente las administraron como jueces independientes.

##### **Entrevista post intervención.**

Es una entrevista de aproximadamente 25 minutos que indaga sobre cambios en la medicación, cantidad de crisis asmáticas, concurrencia a guardias y hospitalizaciones durante la participación en el Programa. Asimismo explora la experiencia global de la participación en el CV-Asma (contenidos, frecuencia, dispositivo y materiales) y los significados que el paciente le atribuye –al momento de la entrevista– al asma y su valoración sobre la propia calidad de vida (Anexo 4j).

##### **Entrevista de seguimiento a 3 y 6 meses.**

Es una entrevista de aproximadamente 25 minutos que indaga sobre cambios en la medicación, cantidad de crisis asmáticas, concurrencia a guardias y hospitalizaciones durante los últimos 3 meses, y sobre significados que el paciente le atribuye al asma y a la propia calidad de vida.

Asimismo se explora si hubo revisión y/o utilización de los recursos adquiridos y las habilidades trabajadas durante el Programa, y en qué medida el mantenimiento de los logros son atribuibles por el paciente a la intervención (Anexo 4k).

## **Registro de datos muestra control post intervención y seguimientos.**

Indaga sobre cambios en la medicación, cantidad de crisis asmáticas, concurrencia a guardias y hospitalizaciones en la muestra control en la post intervención y en los seguimientos a 3 y 6 meses.

### **Procedimiento**

El procedimiento llevado a cabo para la primera fase de este estudio (diseño del Programa de intervención) ya fue detallado en el Capítulo 5.

En relación específicamente a la segunda fase, en primer lugar elaboró un protocolo de evaluación. Se realizó una prueba piloto de los instrumentos para ajustar la secuencia de presentación y los tiempos de administración, así como para confirmar la comprensibilidad de los ítems.

Posteriormente se efectuó la difusión del Programa. Las características de esta fase se organizaron de la siguiente manera: los pacientes se contactaron con los investigadores vía mail o teléfono<sup>9</sup> y se acordó un encuentro para la entrevista de admisión. En el caso de que el paciente cumpliera con los criterios de inclusión, se leyó junto con él, en ese mismo encuentro, la información para el paciente que acompaña al Consentimiento Informado, y en el caso de que estuviera de acuerdo en participar, se firmaron dos copias del mismo, una para el paciente y la otra para ser archivada en su legajo. Se realizó una prueba piloto y se hicieron las modificaciones necesarias para la versión definitiva. Se asignaron los participantes a las condiciones experimentales y se realizaron las evaluaciones de línea-base (pre-intervención). Luego cada paciente siguió un circuito diferente dependiendo del grupo al que haya sido asignado.

Cabe señalar que el diseño del proyecto que se presenta y los procedimientos que incluye contemplan el cumplimiento de las pautas propuestas por la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (2008) y por el Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina (Federación de Psicólogos de la República Argentina [FePRA], 1999). Asimismo el Consentimiento Informado utilizado y diseñado específicamente para esta investigación, fue evaluado y aprobado por el Comité Ad Hoc del Programa Temático Interdisciplinario de Bioética de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

<sup>9</sup> El motivo por el cual se decidió que sean los pacientes los que inicien el primer contacto con los profesionales fue considerar este hecho como un indicador clínico de la disponibilidad y búsqueda activa de ayuda consideradas necesarias para la adherencia al programa. De hecho, en las primeras etapas un grupo de pacientes atendidos en uno de los Centros de Salud fueron contactados por los profesionales a cargo del Programa a pedido de los médicos del Centro. En este caso fueron contactados 30 pacientes de los cuáles solo uno accedió a participar del CV-Asma. En síntesis, se ha observado que la disposición a participar y la posterior adherencia al Programa en gran parte dependió de las características del contacto inicial realizado por los pacientes.

## Análisis de los datos

Se siguió una estrategia de tratamiento comparativo con el objetivo de evaluar el impacto diferencial de los dos dispositivos (grupal e individual) y a su vez contrastarlos con la condición de no tratamiento (lista de espera). Este procedimiento incluyó evaluaciones pre-intervención (línea base) – post-intervención (finalización del tratamiento) y seguimiento a los 3 y 6 meses de concluida la aplicación del Programa.

Se utilizaron metodologías mixtas con el objetivo de potenciar las fortalezas tanto de los métodos cuantitativos como de los cualitativos, y de minimizar sus debilidades potenciales (Creswell & Plano Clark, 2007; Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2010). Se sostiene que solo a través de la interacción entre los análisis cualitativos y los estadísticos-matemáticos es posible alcanzar un modelo genuinamente científico para los estudios en psicología clínica (Gómez Penedo & Roussos, 2012).

Para responder al objetivo específico 3 se realizó un análisis estadístico de los datos con el software SPSS 15.0. Se utilizaron estadísticos descriptivos e inferenciales, dentro de estos últimos los análisis fueron:

1. Análisis de varianza unidireccional (ANOVA one way) o Análisis de varianza en una vía de Kruskal-Wallis<sup>10</sup>
2. Análisis de varianza de medidas repetidas (ANOVA de medidas repetidas) o Análisis de varianza de Friedman<sup>8</sup>
3. MANOVA (Análisis multivariado de varianza)
4. Tamaño del efecto (Eta cuadrado)

Para alcanzar el objetivo específico 4 se realizaron análisis cualitativos y cuantitativos del material clínico. Se implementó una triangulación de fuentes (Coolican, 2005; Sampieri et al., 2010) entre: (a) los registros de audio de la última sesión del Programa, (b) entrevistas post intervención realizadas por psicólogos clínicos externos a la investigación, y (c) la última tarea-inter-sesión<sup>11</sup> (por considerarla una actividad de cierre y de evaluación por parte de los pacientes sobre su participación en el Programa).

<sup>10</sup> De acuerdo al cumplimiento de los supuestos de normalidad y homocedasticidad.

<sup>11</sup> Los pacientes debían traer por escrito un relato cuyo título era "Historia de mi proceso en el Programa CV-Asma ¿cómo llegué, cómo me voy, qué significó para mí esta experiencia?"

**CAPÍTULO 7**  
**RESULTADOS**

## Resultados

Este capítulo se organizó en función de los objetivos planteados con el fin de realizar una presentación clara de los resultados. Específicamente en relación al objetivo 3 se presentan los resultados discriminados por cada una de las variables dependientes (biológicas y psicosociales) estudiadas.

En el contexto de este trabajo los términos grupo experimental y condición experimental son utilizados como sinónimos y hacen referencia a: (a) grupo o dispositivo individual, (b) grupo o dispositivo grupal, y (c) grupo control-lista de espera.

### Objetivo 1

*Diseñar un programa de intervención psicosocial protocolizado, específico, breve y complementario al abordaje médico de la enfermedad, para pacientes con asma bronquial.*

Este objetivo fue alcanzado en la primera fase de este estudio e implicó un extenso período de revisión y análisis de la literatura especializada en cuanto a: (a) la naturaleza de las enfermedades respiratorias y la influencia de las variables psicosociales en esta afección, (b) los antecedentes en intervenciones psicológicas para pacientes con enfermedades físicas en general y con asma bronquial en particular, y (c) los procedimientos terapéuticos más eficaces que cuentan con sustento empírico en otros contextos clínicos. Dada la complejidad del programa diseñado se dedicó un capítulo específicamente para su descripción (Capítulo 5).

### Objetivo 2

*Elaborar un protocolo de evaluación que permita estudiar la eficacia diferencial del programa de intervención diseñado.*

El programa de intervención tuvo como objetivo principal el mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes con asma bronquial, por lo cual se trabajó minuciosamente en la elaboración de un protocolo de evaluación que pudiera dar cuenta de los aspectos involucrados. En este sentido, se consideraron tanto medidas biológicas como psicosociales. Más allá de la inclusión de instrumentos específicos de evaluación de la calidad de vida, todas las medidas utilizadas, directa o indirectamente, brindan información sobre esta variable en las personas con asma bronquial.

Para la selección de los instrumentos se consideraron criterios de calidad técnica, adecuación como medidas de las variables analizadas, aplicabilidad en el contexto local, y utilización en estudios previos y en otros contextos.

El protocolo de evaluación definitivo se describió pormenorizadamente en el apartado de Metodología (Capítulo 6). En la Tabla 11 se presenta una síntesis de los instrumentos de evaluación y el momento de la investigación en el que fueron utilizados.

Tabla 11

*Instrumentos y variables evaluadas en las condiciones experimentales en los diferentes momentos del estudio*

Instrumentos y variables evaluadas	Entrevista admisión para determinar cumplimiento de criterios de inclusión							
	Momento de evaluación							
	Pre		Post		3 meses		6 meses	
	GC	GE	GC	GE	GC	GE	GC	GE
Medidor de flujo espiratorio	x	x	x	x	x	x	x	x
Registro sobre uso de fármacos	x	x	x	x	x	x	x	x
Registro sobre número de crisis, visitas de emergencia y hospitalizaciones			x	x	x	x	x	x
ACT (Grado de control del asma)	x	x	x	x	x	x	x	x
Test de Fagerström (Tabaquismo)	x	x	x	x	x	x	x	x
WHOQOL-BREF (Calidad de vida global)	x	x	x	x	x	x	x	x
AQLQ (S) (Calidad de vida relacionada a la salud)	x	x	x	x	x	x	x	x
SA-45 (Síntomas psicopatológicos)	x	x	x	x	x	x	x	x
STAI (Sintomatología de ansiedad estado-rasgo)	x	x	x	x	x	x	x	x
BDI-II (Sintomatología depresiva)	x	x	x	x	x	x	x	x
CRI (Afrontamiento)	x	x	x	x	x	x	x	x
Entrevistas semiestructuradas sobre participación en el programa					x		x	x

*Nota. GC= Grupo control-lista de espera; GE= Grupos experimentales (dispositivo individual y grupal)*

### Objetivo 3

Estudiar la eficacia diferencial del programa en pacientes adultos bajo las siguientes condiciones: dispositivo grupal vs individual vs no tratamiento, y en función de los siguientes criterios:

- a. La presencia de cambios clínicamente significativos atribuibles a la aplicación del programa
- b. El tipo y grado de impacto del programa de intervención sobre la calidad de vida de los pacientes bajo estudio

Para responder a este objetivo específico y teniendo en cuenta el proceso de toma de decisiones que implica toda investigación, se siguió una lógica de análisis comparados entre grupos e intragrupo para las medidas clínicas (biológicas y psicosociales) en los cuatro momentos de evaluación previstos y en respuesta a un doble interés clínico:

1. Examinar las diferencias en el conjunto de variables dependientes simultáneamente (análisis multivariado de la varianza [MANOVA]), y estudiar las diferencias para cada una de las variables (ANOVA one way) con el fin de establecer el aporte de cada una de ellas sin la presunción clínica de correlación entre las variables dependientes; y por otra parte por tratarse de un tipo de análisis recomendado con tamaños muestrales pequeños (Balluerka Lasa & Vergara Iraeta, 2002), como en este caso (análisis intergrupo).

2. Analizar estas diferencias a nivel intragrupo (Análisis de medidas repetidas).

También se calcularon tamaños del efecto (*effect size*)<sup>12</sup> complementarios al contraste de medias.

Se realizaron análisis MANOVA entre los tres grupos experimentales controlando aquellas variables que pudieran tener alguna influencia en los resultados: estación del año en que se realizaron las evaluaciones, tabaquismo, medicación para el asma y/o alergias, toma de antidepresivos, ansiolíticos o inductores del sueño. No se hallaron diferencias estadísticas significativas entre los grupos en ninguno de los momentos evaluados.

A continuación se presentan los resultados inter e intragrupo. En el primer caso se calcularon ANOVAS one way con contraste Tukey-b o pruebas Kruskal-Wallis, y para las intragrupo ANOVAS de medidas repetidas o análisis de la varianza de Friedman. Se aplicó estadística paramétrica o no paramétrica dependiendo del nivel de medición de las variables<sup>13</sup>, y del cumplimiento de los supuestos de normalidad (prueba Kolmogorov-

<sup>12</sup> Referencias tamaño del efecto Eta cuadrado ( $\eta^2$ ): pequeño = .01; mediano = .059; grande = .138.

<sup>13</sup> Según las recomendaciones y tendencias actuales en metodología de la investigación en psicología, cuando la variable dependiente es de nivel ordinal pero fue medida a partir de un instrumento estandarizado, se autoriza a ser tratada como productora de datos a nivel intervalar (Coolican, 2005).

Smirnov) y homocedasticidad (prueba de Levene) de cada una de las variables dependientes en los tres grupos experimentales (dispositivo individual, dispositivo grupal, grupo control-lista de espera).

## **Variables Biológicas**

### **Volumen de Flujo Espiratorio (FEV)**

#### **Análisis intergrupo.**

No se verificaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en ninguno de los momentos de evaluación y el tamaño del efecto fue pequeño en todos los casos (PRE: [F(2)=0.35, p= .70,  $\eta^2=.02$ ]; POST: [F(2)=0.50, p=.60,  $\eta^2=.02$ ]; 3 meses: [F(2)=0.84, p=.43,  $\eta^2=.04$ ]; 6 meses: [F(2)=0.95, p=.39,  $\eta^2=.04$ ]).

#### **Análisis intragrupo.**

No se halló significación estadística entre los momentos de evaluación en ninguno de los grupos experimentales, y los tamaños del efecto resultaron pequeños (GC: [F(3)=0.31, p=.70,  $\eta^2=.03$ ]; DI: [F(3)=0.46, p= .71,  $\eta^2=.04$ ]; DG: [F(3)=0.78, p=.51,  $\eta^2=.06$ ]).

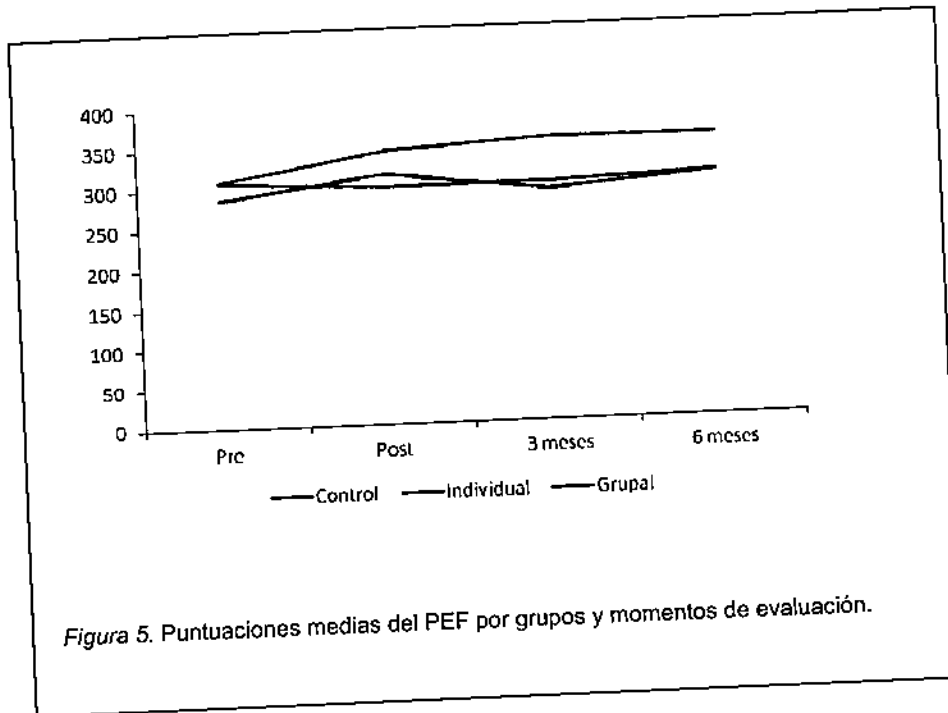
### **Pico Flujo Expiratorio (PEF)**

#### **Análisis intergrupo.**

No se verificaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en ninguno de los momentos de evaluación y el tamaño del efecto fue pequeño en todos los casos (PRE: [F(2)=0.10, p= .90,  $\eta^2=.04$ ]; POST: [F(2)=0.50, p= .61,  $\eta^2=.03$ ]; 3 meses: [F(2)=0.68, p=.51,  $\eta^2=.04$ ]; 6 meses [F(2)=0.54, p= .58,  $\eta^2=.03$ ]).

#### **Análisis intragrupo.**

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes momentos de evaluación en ninguno de los grupos experimentales (GC: [F(3)=0.14, p=.93,  $\eta^2=.01$ ]; DI: [F(3)=0.99, p= .41,  $\eta^2=.08$ ]; DG: [F(3)=0.97, p=.42,  $\eta^2=.08$ ]). Al analizar las medias de las tres condiciones en cada uno de los momentos de evaluación se advirtió una tendencia favorable del PEF (mejoría de la función pulmonar) en la POST intervención en los grupos experimentales. Asimismo, en el dispositivo individual se observa un mantenimiento de dichos cambios positivos en los seguimientos (Figura 5 y Tabla 12).



## Grado de Control del Asma (ACT)

### Análisis intergrupo.

No se verificaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos (PRE:  $[F(2)=2.19, p=.12, \eta^2=.11]$ ; POST:  $[F(2)=0.35, p=.70, \eta^2=.02]$ ; 3 meses:  $[F(2)=1.75, p=.18, \eta^2=.09]$ ; 6 meses:  $[F(2)=3.04, p=.06, \eta^2=.15]$ ).

### Análisis intragrupo.

Se halló una diferencia estadísticamente significativa dentro del dispositivo individual, con un tamaño del efecto grande (GC:  $[F(3)=2.34, p=.09, \eta^2=.19]$ ; DI:  $[F(3)=5.08, p=.00, \eta^2=.31]$ ; DG:  $[F(3)=1.43, p=.25, \eta^2=.11]$ ). Si se observa la Figura 6 se advierte una pronunciada diferencia entre el pre y post en este grupo experimental. Una tendencia a la mejoría en el control del asma -aunque no tan marcada- también se observa en el dispositivo grupal (Tabla 12). Si bien en los seguimientos no se mantuvo esta situación las puntuaciones siempre fueron superiores a la línea base en las tres condiciones experimentales.

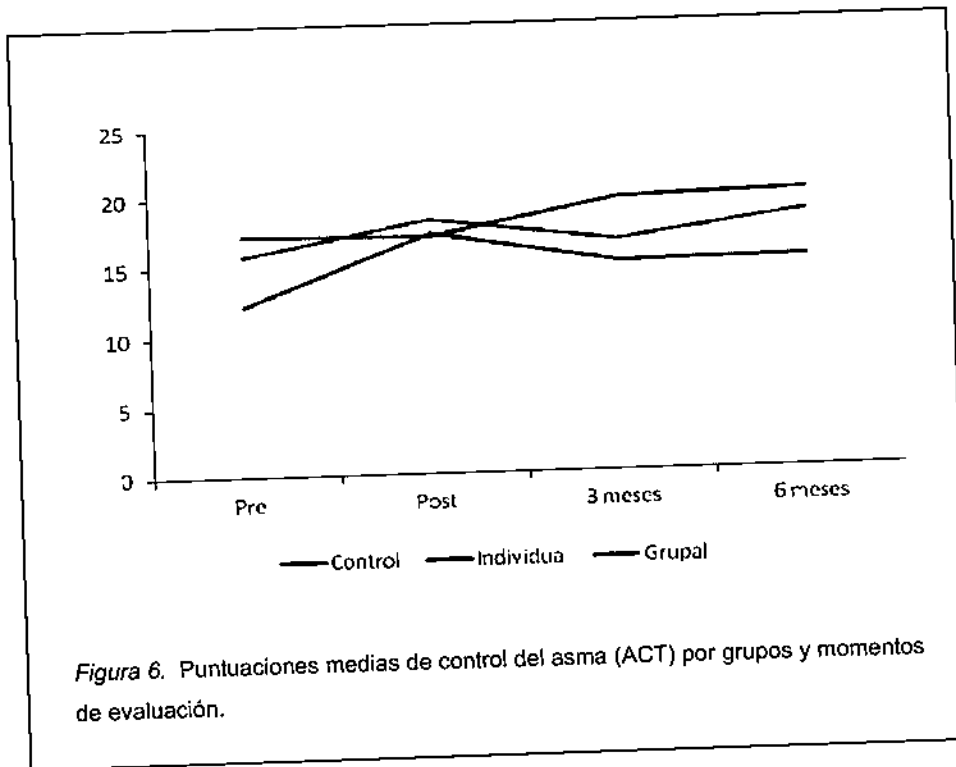


Tabla 12

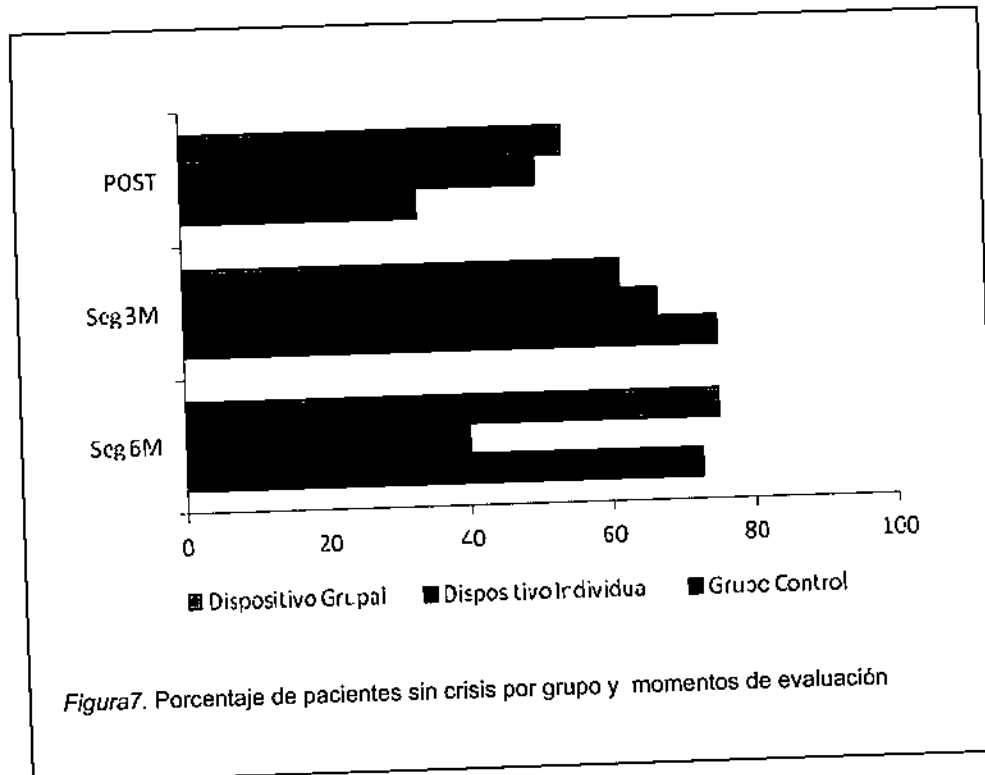
*Puntuaciones medias pre-post y seguimientos de las variables biológicas en las diferentes condiciones experimentales*

	Grupo Control	Dispositivo Individual	Dispositivo Grupal
<b>FEV</b>			
Pre-intervención	2.14 (0.70)	1.87 (0.50)	2.11 (0.61)
Post intervención	2.25 (0.72)	1.87 (0.53)	2.20 (1.02)
Seguimiento 3 meses	2.22 (0.91)	1.78 (0.54)	2.27 (0.83)
Seguimiento 6 meses	2.25 (0.92)	1.86 (0.40)	2.26 (0.95)
<b>PEF</b>			
Pre-intervención	307.09 (91.89)	286.08 (101.52)	308.25 (108.66)
Post intervención	297.36 (73.17)	313.33 (99.64)	342.83 (166.62)
Seguimiento 3 meses	298.45(116.15)	288.00 (85.82)	354.17 (135.33)
Seguimiento 6 meses	305.64 (81.50)	305.33 (102.69)	352.17 (170.93)
<b>ACT</b>			
Pre-intervención	17.18 (4.60)	12.17 (4.28)	15.75 (5.56)
Post intervención	17.00 (4.29)	17.17 (4.64)	18.17 (3.32)
Seguimiento 3 meses	19.55 (4.03)	15.00 (4.55)	16.50 (5.30)
Seguimiento 6 meses	20.00 (3.16)	15.08 (5.48)	18.42 (5.55)

*Nota.* Los datos están expresados como Medias (Desvíos).

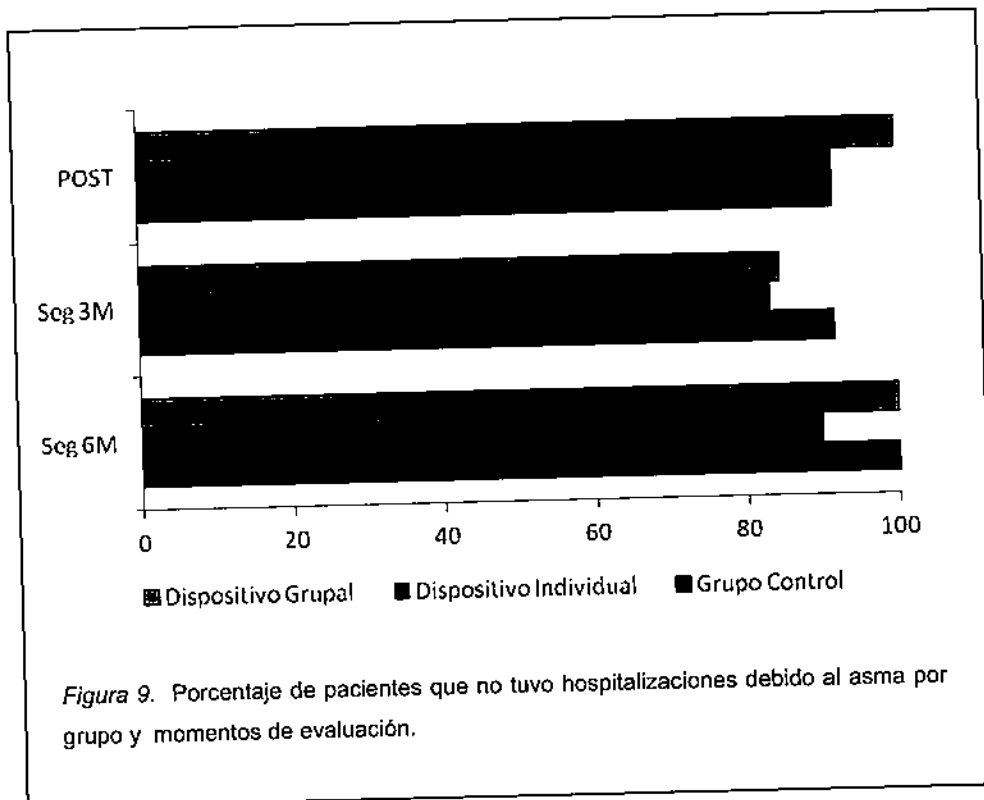
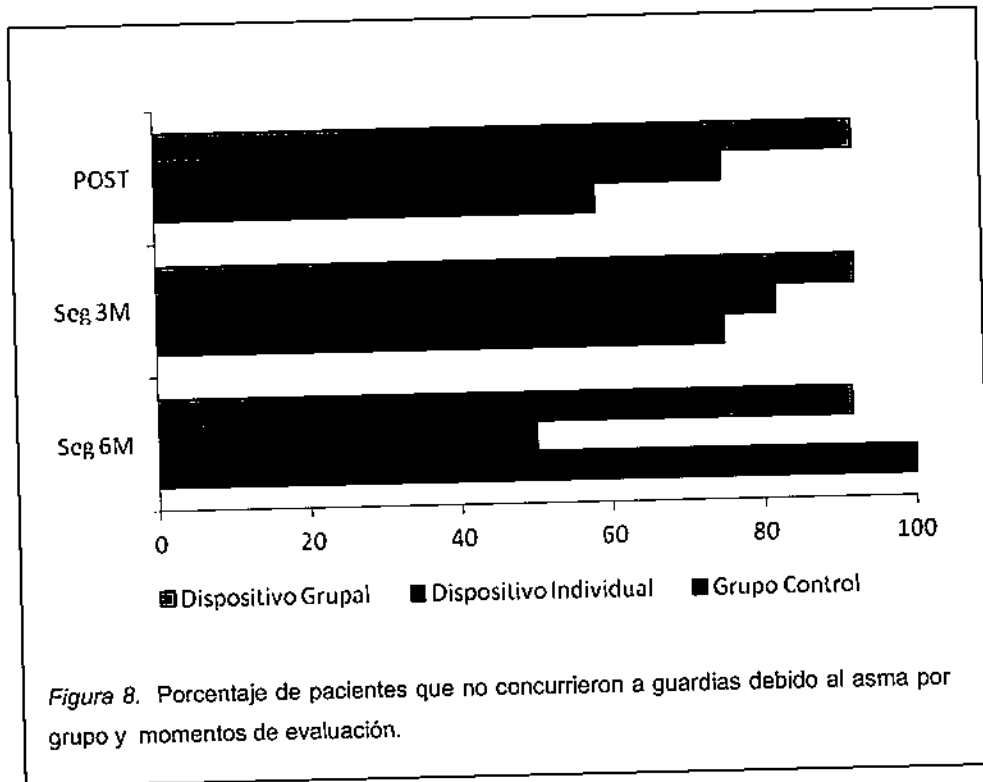
### Número de Crisis, Asistencia a Guardias e Ingresos Hospitalarios

Estas fueron variables clínicas consideradas en la post intervención y los seguimientos a 3 y 6 meses. Como se puede observar en la Figura 7, en la post intervención hubo un mayor porcentaje de pacientes sin crisis en los grupos que recibieron tratamiento (DI y DG). Sin embargo esta tendencia no se mantiene clara en los seguimientos.



En similar dirección, en la post intervención y en el seguimiento a los 3 meses hubo un mayor porcentaje de pacientes que no tuvieron que concurrir a la guardia debido al asma en los grupos que recibieron tratamiento (DI y DG). Sin embargo esta tendencia no se mantiene en el seguimiento a 6 meses (Figura 8).

En relación al número de hospitalizaciones, como puede notarse en la Figura 9 la mayoría de los pacientes en las condiciones experimentales y tiempos de evaluación no presentaron hospitalizaciones debidas al asma. No se advierte un patrón claro en este sentido.



## Medicación para el Asma

En todos los momentos de evaluación (pre, post y seguimientos) fue registrado el tipo y dosis de medicación. De todas maneras no fue una variable considerada en los análisis de eficacia del programa debido a las siguientes razones: (a) heterogeneidad de los tratamientos médicos de los pacientes según las características clínicas de cada uno y el criterio del médico tratante, y (b) variabilidad de tipo y dosis de medicación en función de cambios climáticos, aparición de crisis asmáticas o enfermedad ocasional de las vías respiratorias (resfrío, gripe, anginas, catarro, etc.).

## Variables Psicosociales

### Síntomas Psicopatológicos (SA-45)

La inclusión de esta medida tuvo principalmente un objetivo de control clínico.

#### Análisis intergrupo.

En términos generales no se hallaron diferencias significativas entre los grupos. Las tres condiciones experimentales resultaron homogéneas en la línea base en cuanto a los síntomas psicopatológicos, situación que se mantuvo en los distintos momentos evaluados, a excepción de la dimensión depresión que en el seguimiento a 6 meses [ $F(2)=4.89$ ,  $p= .01$ ,  $\eta^2=.23$ ] presentó puntuaciones más elevadas en los dispositivos individual y grupal (prueba *post hoc* Tukey-b). Aún así, las puntuaciones medias en dichos grupos no alcanzaron valores clínicos.

#### Análisis intragrupo.

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los momentos de evaluación en las dimensiones de la SA-45 para ninguno de los grupos experimentales. Los tamaños del efecto (Eta cuadrado) fueron pequeños en todos los casos.

### Sintomatología Depresiva (BDI-II)

#### Análisis intergrupo.

No se verificaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos (PRE: [ $F(2)=0.41$ ,  $p= .66$ ,  $\eta^2=.02$ ]; POST: [ $F(2)=0.20$ ,  $p= .81$ ,  $\eta^2=.01$ ]; 3 meses: [ $F(2)=0.59$ ,  $p=.55$ ,  $\eta^2=.03$ ]; 6 meses: [ $F(2)=1.86$ ,  $p= .17$ ,  $\eta^2=.10$ ]).

### Análisis intragrupo.

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los momentos de evaluación en ninguno de los grupos experimentales (GC:  $[F(3)=2.12, p=.11, \eta^2=.17]$ ; DI:  $[F(3)=2.29, p=.97, \eta^2=.17]$ ; DG:  $[F(3)=0.07, p=.97, \eta^2=.00]$ ).

Cuando se analizaron las medias comparadas, los síntomas depresivos no disminuyeron en los grupos que recibieron tratamiento. Si bien en el dispositivo individual se observó una disminución de la sintomatología depresiva en la post intervención y en el seguimiento a 3 meses, lo mismo ocurrió con el grupo control, razón por la cual la diferencia en las puntuaciones pre-post no se pueden atribuir a los efectos del Programa de intervención. No obstante, y aun teniendo en cuenta la heterogeneidad de los pacientes en relación a esta variable (Tabla 13), en ninguno de los casos se observó deterioro sintomático (Figura 10)

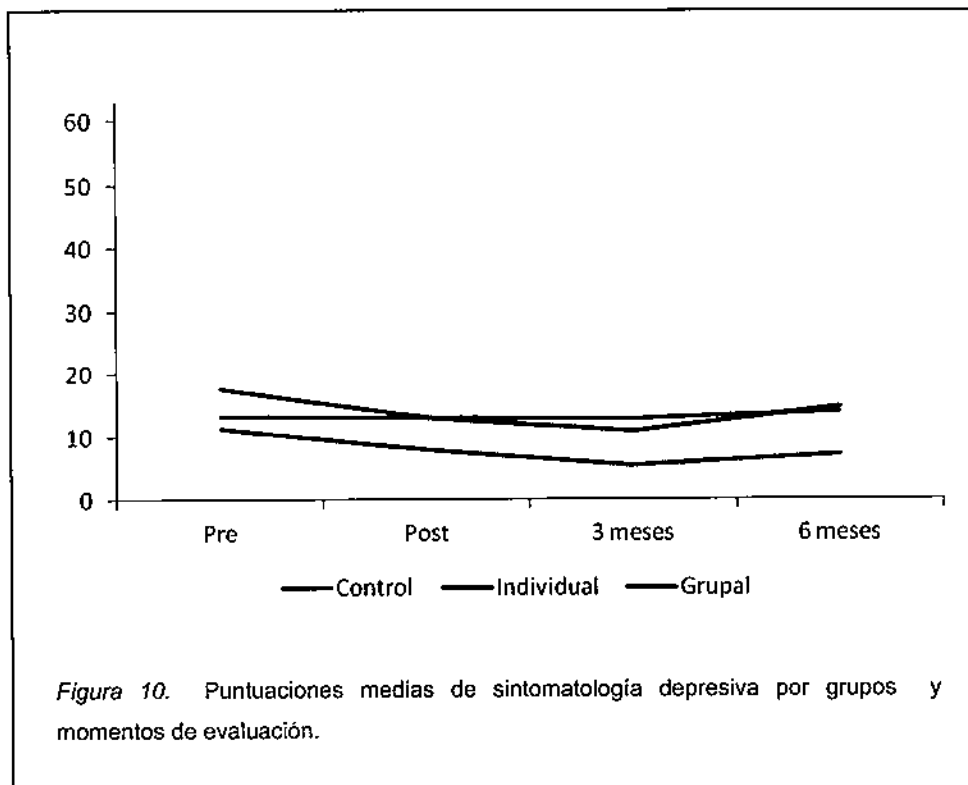


Tabla 13

*Puntuaciones medias pre-post y seguimientos de sintomatología depresiva en las diferentes condiciones experimentales*

	BDI-II		
	Grupo Control	Dispositivo Individual	Dispositivo Grupal
Pre-intervención	11.27 (11.36)	17.67 (12.59)	13.25 (8.83)
Post intervención	8.00 (6.98)	13.00 (8.32)	12.92 (11.02)
Seguimiento 3 meses	5.36 (3.38)	10.83 (10.73)	12.75 (9.57)
Seguimiento 6 meses	7.09 (7.71)	14.83 (6.35)	14.00 (14.97)

*Nota.* Los datos están expresados como Medias (Desvíos).

### **Sintomatología Ansiedad-Estado (STAI)**

#### **Análisis intergrupo.**

No se verificaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos (PRE: [F(2)=1.01, p= .37,  $\eta^2=.05$ ]; POST: [F(2)=1.16, p= .32,  $\eta^2=.06$ ]; 3 meses: [F(2)=1.46, p= .24,  $\eta^2=.07$ ]; 6 meses: [F(2)=2.56, p= .09,  $\eta^2=.13$ ]).

#### **Análisis intragrupo.**

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes momentos de evaluación en ninguno de los grupos experimentales (GC: [F(3)=0.59, p= .62,  $\eta^2=.05$ ]; DI: [F(3)=0.57, p= .63,  $\eta^2=.05$ ]; DG: [F(3)=0.20, p= .89,  $\eta^2=.01$ ]).

En la Figura 11 se presenta la evolución de las puntuaciones en los cuatro momentos evaluados. Se observa que si bien en los pacientes del dispositivo individual la ansiedad estado disminuyó en la post intervención, las diferencias con los otros dos grupos no fueron significativas (Tabla 14).

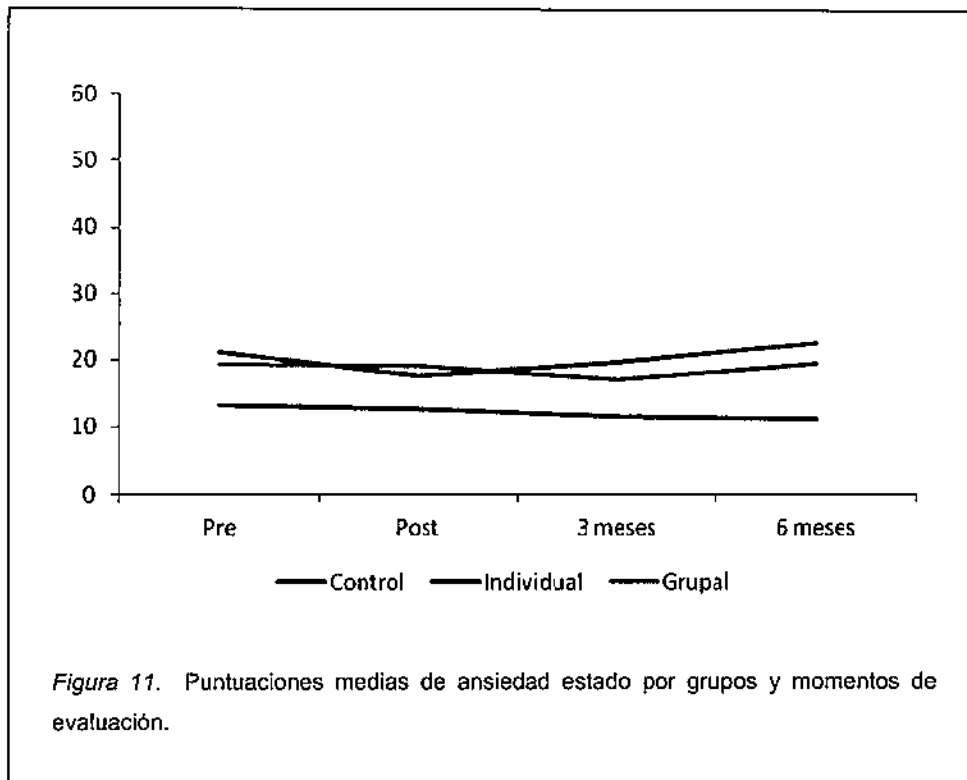


Tabla 14

*Puntuaciones medias pre-post y seguimientos de ansiedad estado en las diferentes condiciones experimentales*

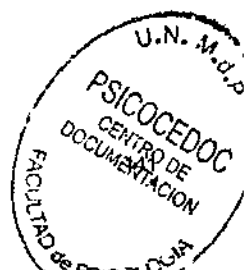
	STAI (Estado)		
	Grupo Control	Dispositivo Individual	Dispositivo Grupal
Pre-intervención	13.18 (9.07)	21.17 (15.40)	19.33 (13.54)
Post intervención	12.64 (9.50)	17.58 (12.96)	19.17 (12.54)
Seguimiento 3 meses	11.55 (8.53)	19.67 (14.01)	17.00 (10.10)
Seguimiento 6 meses	11.09 (8.26)	22.67 (13.29)	19.50 (14.91)

*Nota.* Los datos están expresados como Medias (Desvíos).

### Sintomatología Ansiedad-Rasgo (STAI)

#### Análisis intergrupo.

No se verificaron diferencias estadísticamente significativas (PRE: [ $\chi^2(2)=1.43$ ,  $p=.48$ ]; POST: [ $\chi^2(2)=2.14$ ,  $p=.34$ ]; 3 meses: [ $\chi^2(2)=2.19$ ,  $p=.33$ ]; 6 meses: [ $\chi^2(2)=3.67$ ,  $p=.15$ ]).



### **Análisis intragrupo.**

No se verificaron diferencias estadísticamente significativas (GC:  $[\chi^2(3)=3.31, p=.34]$ ; DI:  $[\chi^2(3)=1.71, p=.63]$ ; DG:  $[\chi^2(3)=4.28, p=.23]$ ). En el caso de esta variable no se observó un patrón claro de tendencias interpretable a la luz de los posibles efectos del programa.

## **Afrontamiento (CRI)**

### **Análisis intergrupo.**

No se verificaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en el tipo de afrontamiento en ninguno de los tiempos evaluados. A continuación se detallan los resultados obtenidos:

Afrontamiento Orientado a la Evitación (PRE:  $[\chi^2(2)=1.96, p=.37]$ ; POST:  $[\chi^2(2)=2.61, p=.27]$ ; 3 meses:  $[\chi^2(2)=0.95, p=.61]$ ; 6 meses:  $[\chi^2(2)=5.01, p=.081]$ ).

Afrontamiento Orientado a la Aproximación (PRE:  $[\chi^2(2)=2.13, p=.34]$ ; POST:  $[\chi^2(2)=0.34, p=.84]$ ; 3 meses:  $[\chi^2(2)=1.39, p=.49]$ ; 6 meses:  $[\chi^2(2)=4.57, p=.10]$ ).

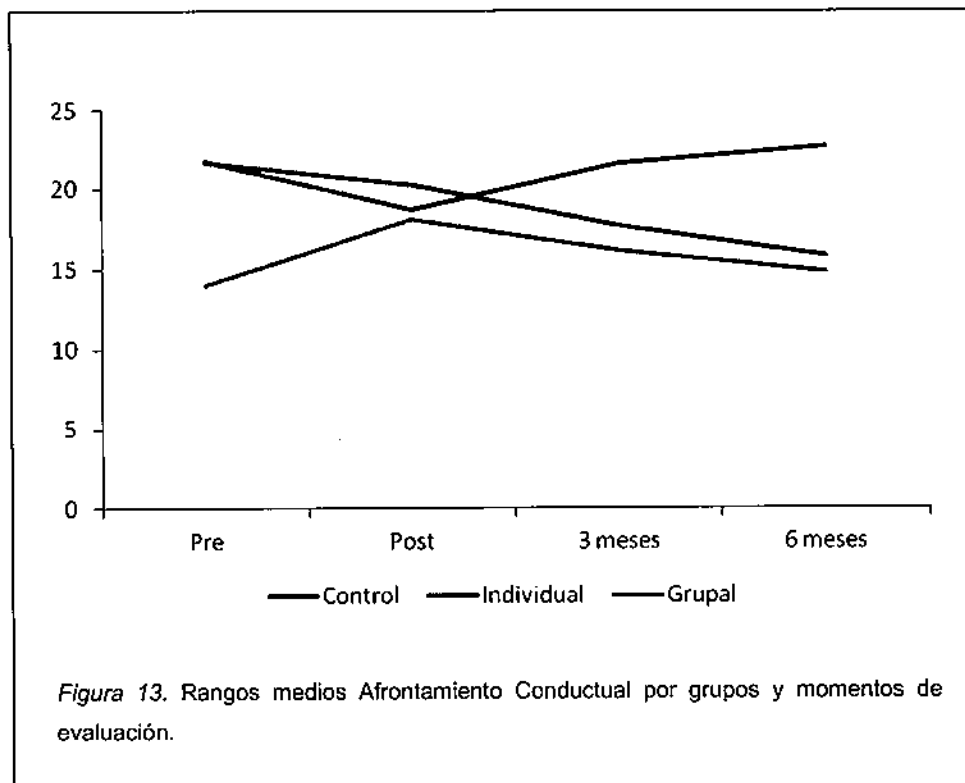
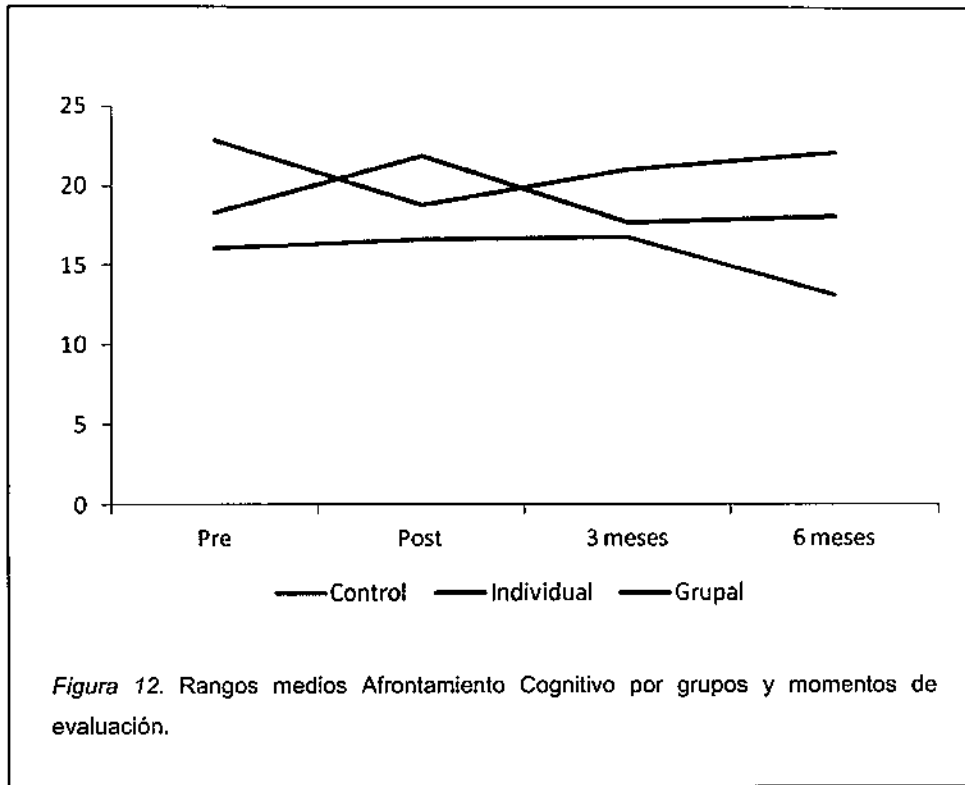
Afrontamiento Cognitivo (PRE:  $[\chi^2(2)=2.56, p=.27]$ ; POST:  $[\chi^2(2)=1.48, p=.47]$ ; 3 meses:  $[\chi^2(2)=1.10, p=.57]$ ; 6 meses:  $[\chi^2(2)=4.40, p=.11]$ ).

Afrontamiento Conductual (PRE:  $[\chi^2(2)=4.24, p=.12]$ ; POST:  $[\chi^2(2)=0.25, p=.88]$ ; 3 meses:  $[\chi^2(2)=1.66, p=.43]$ ; 6 meses:  $[\chi^2(2)=3.85, p=.14]$ ).

### **Análisis intragrupo.**

Se constataron diferencias estadísticamente significativas en el dispositivo individual para el Afrontamiento Cognitivo (DI:  $[\chi^2(3)=8.23, p=.04]$ ). Se observó una mayor utilización de esta modalidad de afrontamiento en la post intervención aunque esta tendencia no se mantuvo en los seguimientos (Figura 12).

En el Afrontamiento Conductual se registró un aumento en la post intervención en el dispositivo grupal (DG:  $[\chi^2(3)=7.73, p=.05]$ ) (Figura 13).



Para un análisis más detallado de las diferencias entre los distintos momentos de evaluación se calculó una prueba de Wilcoxon para pares de rangos. Se observó una clara

tendencia de aumento con significación estadística del Afrontamiento Conductual en el dispositivo grupal en la post intervención [ $W=-2.59$ ;  $p=0.00$ ]. No obstante cuando se comparó la post con el seguimiento a 3 meses ambos dispositivos de intervención (DG: [ $W=-2.82$ ;  $p=0.00$ ]; DI [ $W=-2.43$ ;  $p=0.01$ ]) presentaron una disminución estadísticamente significativa en este tipo de afrontamiento opuesta a la tendencia del grupo control.

Cada tipo de afrontamiento está constituido por diferentes estrategias de afrontamiento (Capítulo 6, Metodología, Instrumentos de evaluación, CRI) e independientemente de la presencia y ausencia de diferencias estadísticamente significativas mencionadas anteriormente, es interesante señalar que se observó un incremento en el uso de la mayoría de las estrategias de afrontamiento en la post intervención en los dos grupos que recibieron tratamiento (Figura 14).

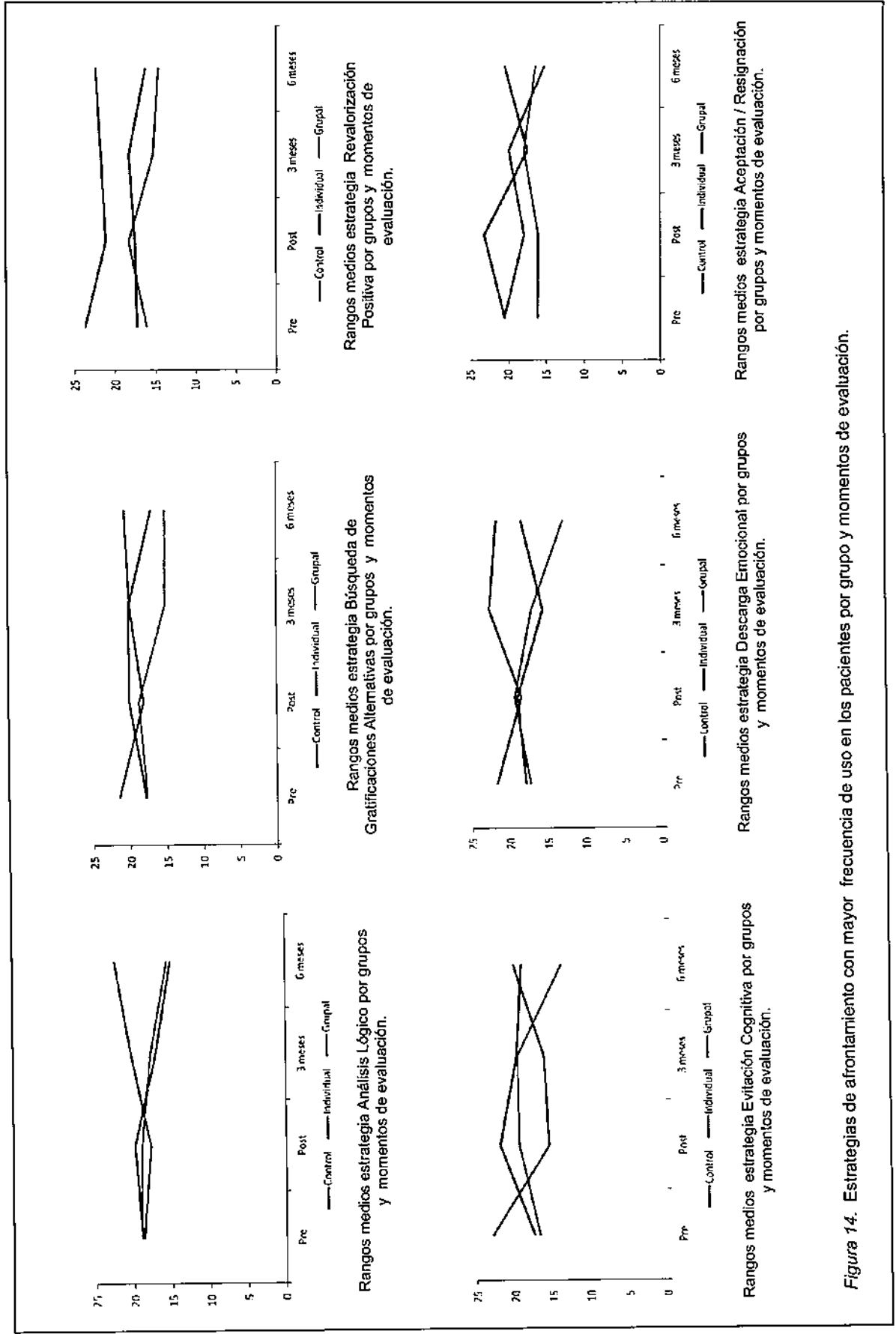


Figura 14. Estrategias de afrontamiento con mayor frecuencia de uso en los pacientes por grupo y momentos de evaluación.

## Calidad de Vida Global (WHOQOL-BREF)

### Análisis intergrupo.

No se verificaron diferencias estadísticamente significativas en la calidad de vida global ni en sus dimensiones en ninguno de los momentos evaluados. A continuación se detallan los resultados obtenidos:

Percepción Global de la CV (PRE: [F(2)=1.20, p= .31,  $\eta^2=.06$ ]; POST: [F(2)=0.65, p= .52,  $\eta^2=.03$ ]; 3 meses: [F(2)=3.33, p= .069,  $\eta^2=.16$ ]; 6 meses: [F(2)=0.37, p= .69,  $\eta^2=.02$ ]).

Percepción Global de la Salud (PRE: [F(2)=0.14, p= .86,  $\eta^2=.06$ ]; POST: [F(2)=1.05, p= .35,  $\eta^2=.05$ ]; 3 meses: [F(2)=0.46, p= .63,  $\eta^2=.02$ ]; 6 meses: [F(2)=1.28, p= .29,  $\eta^2=.07$ ]).

Dominio Físico (PRE: [F(2)=1.27, p= .29,  $\eta^2=.06$ ]; POST: [F(2)=0.24, p= .78,  $\eta^2=.01$ ]; 3 meses: [F(2)=0.40, p= .67,  $\eta^2=.02$ ]; 6 meses: [F(2)=1.64, p= .20,  $\eta^2=.09$ ]).

Dominio Psicológico (PRE: [F(2)=1.57, p= .22,  $\eta^2=.08$ ]; POST: [F(2)=0.96, p= .39,  $\eta^2=.05$ ]; 3 meses: [F(2)=0.39, p= .68,  $\eta^2=.02$ ]; 6 meses: [F(2)=3.21, p= .06,  $\eta^2=.16$ ])

Dominio de las Relaciones Sociales (PRE: [F(2)=2.97, p= .06,  $\eta^2=.14$ ]; POST: [F(2)=0.46, p= .63,  $\eta^2=.02$ ]; 3 meses: [F(2)=1.44, p= .24,  $\eta^2=.07$ ]; 6 meses: [F(2)=2.74, p= .79,  $\eta^2=.14$ ])

Dominio Medio Ambiente (PRE: [F(2)=1.71, p= .19,  $\eta^2=.09$ ]; POST: [F(2)=0.48, p= .62,  $\eta^2=.02$ ]; 3 meses: [F(2)=0.33, p= .71,  $\eta^2=.01$ ]; 6 meses: [F(2)=0.43, p= .65,  $\eta^2=.02$ ])

### Análisis intragrupo.

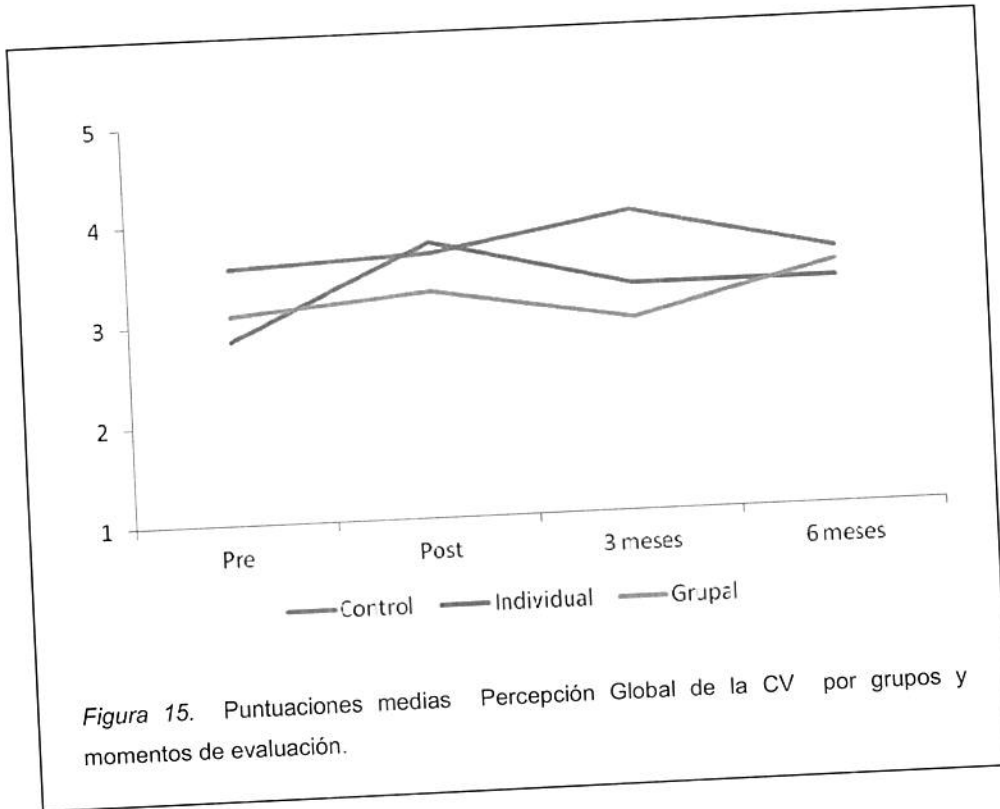
Los resultados se presentan organizados por dimensiones de la CV.

#### *Percepción Global de la CV.*

Se constataron diferencias estadísticamente significativas pre-post y un tamaño del efecto grande en el dispositivo individual (DI [F(3)=3.92, p=.01,  $\eta^2=.26$ ]) (Figura 15). En la Tabla 15 se presentan las puntuaciones medias y desvíos de cada grupo en los cuatro momentos evaluados.

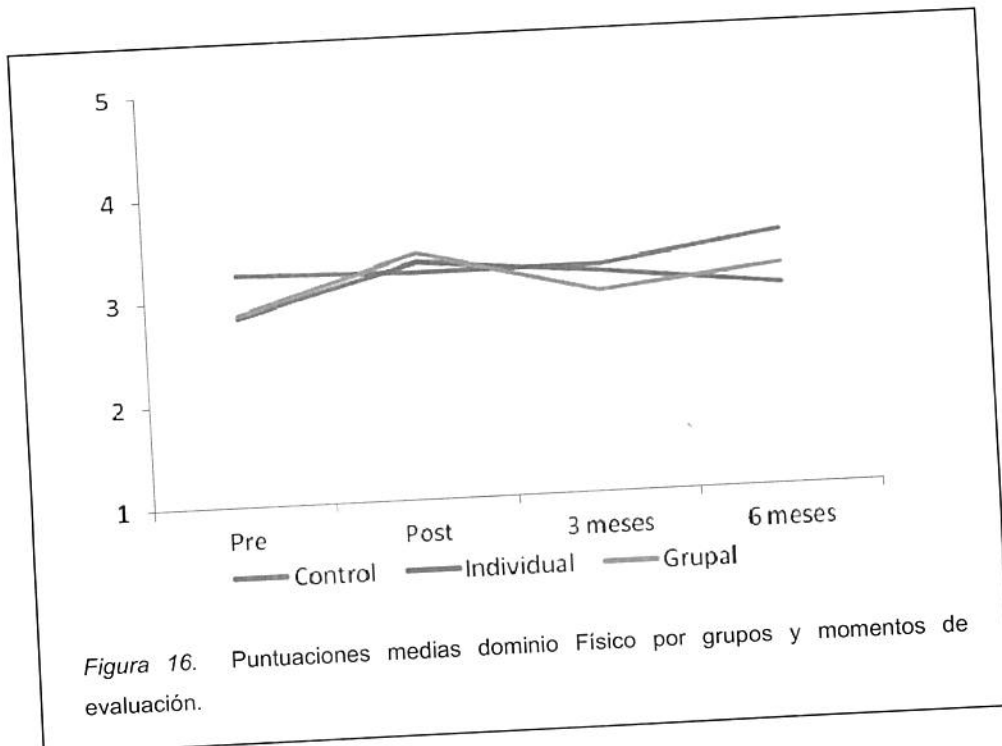
#### *Percepción Global de la Salud.*

No se registraron diferencias estadísticamente significativas (GC: [F(3)=1.15, p=.34,  $\eta^2=.10$ ]; DI: [F(3)=2.17, p= .11,  $\eta^2=.16$ ]; DG: [F(3)=1.39, p=.26,  $\eta^2=.11$ ]).



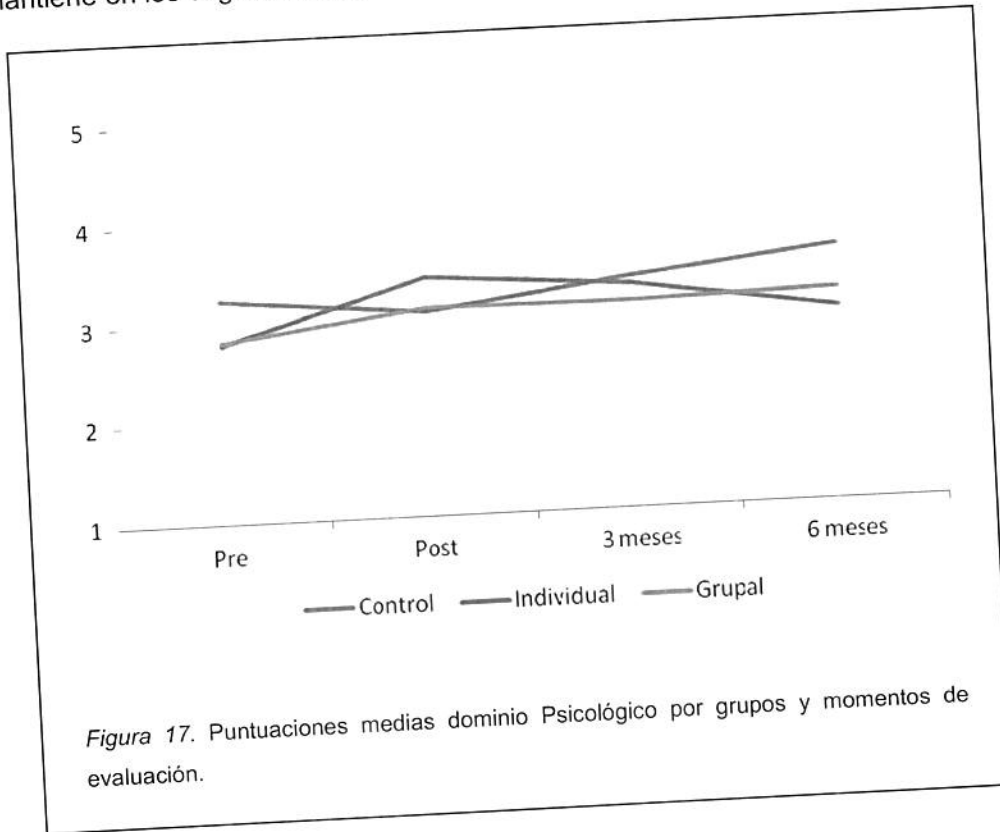
**Dominio Físico.**

Se observó una mejor percepción de este dominio en los dispositivos individual y grupal, aunque dichas tendencias no indicaron diferencias estadísticamente significativas (GC: [F(3)=0.43, p=.73,  $\eta^2=.04$ ]; DI: [F(3)=1.34, p= .27,  $\eta^2=.10$ ]; DG: [F(3)=1.71, p=.18,  $\eta^2=.13$ ]). (Figura 16)



### **Dominio Psicológico.**

Se verificaron diferencias estadísticamente significativas pre-post y un tamaño del efecto grande en el dispositivo individual (DI [ $F(3)=4.56$ ,  $p=.00$ ,  $\eta^2=.29$ ]). En la Figura 17 se observa una tendencia a la mejoría en el dispositivo grupal en relación al grupo control que se mantiene en los seguimientos.



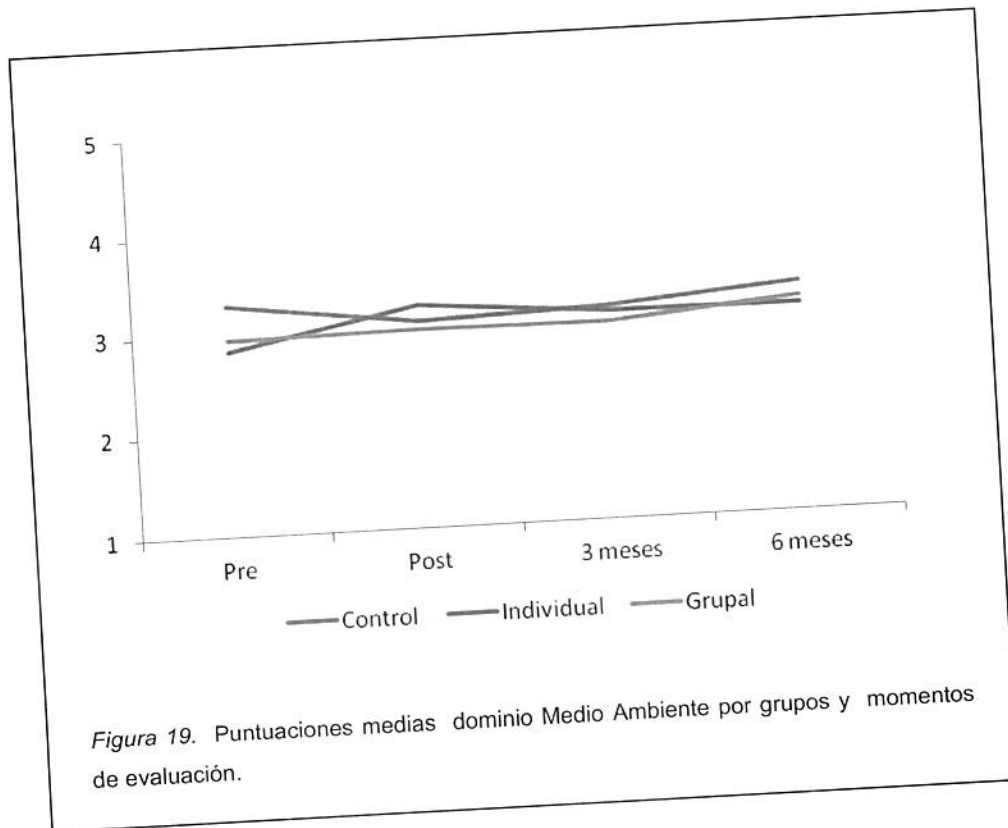
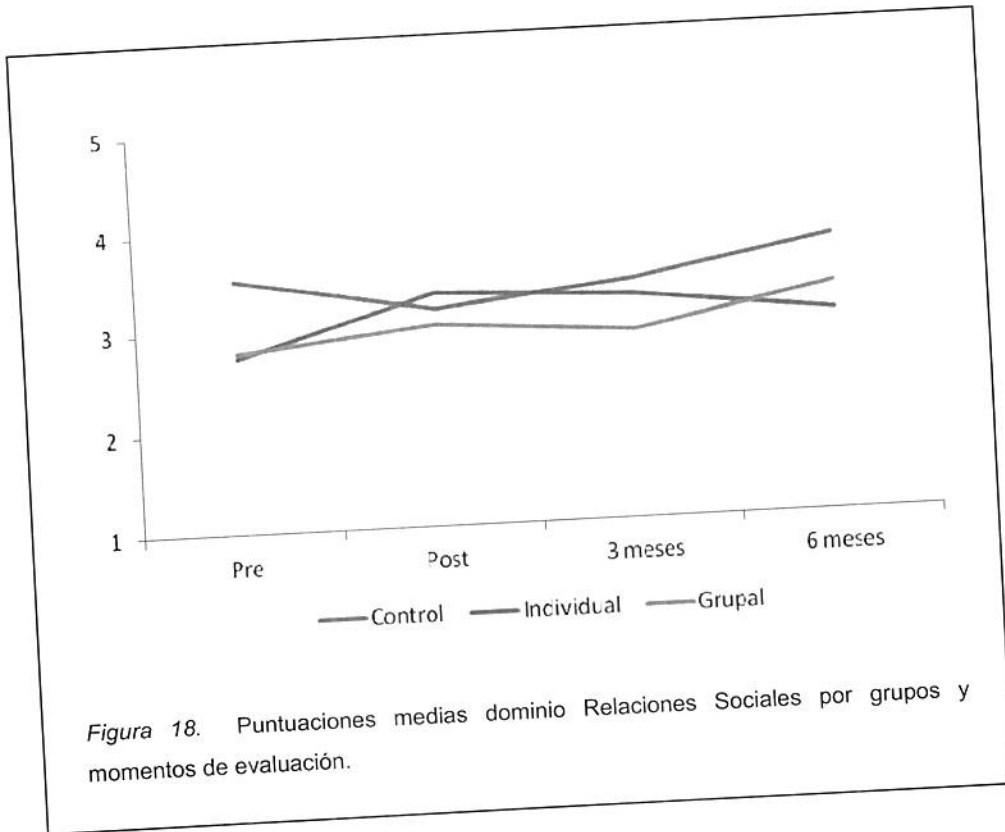
### **Dominio de las Relaciones Sociales.**

No se constataron diferencias estadísticamente significativas (GC: [ $F(3)=1.44$ ,  $p=.25$ ,  $\eta^2=.12$ ]; DI: [ $F(3)=2.10$ ,  $p=.11$ ,  $\eta^2=.16$ ]; DG: [ $F(3)=1.06$ ,  $p=.37$ ,  $\eta^2=.08$ ]).

No obstante, se observó una tendencia positiva en este dominio para los dispositivos individual y grupal en comparación con la muestra control (Figura 18).

### **Dominio Medio Ambiente.**

Se verificaron diferencias estadísticamente significativas pre-post y un tamaño del efecto grande en el dispositivo individual (DI [ $F(3)=3.31$ ,  $p=.03$ ,  $\eta^2=.23$ ]) (Figura 19).



## Calidad de Vida Relacionada a la Salud (AQLQ (S))

### Análisis intergrupo.

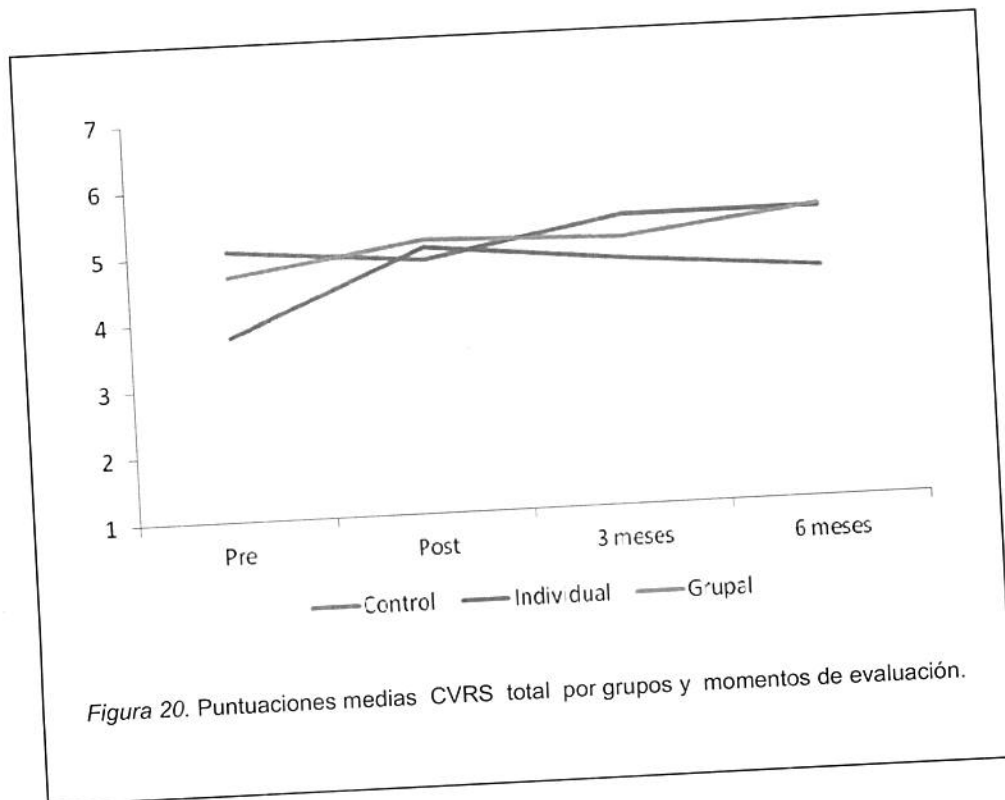
No se registraron diferencias estadísticamente significativas a excepción de la dimensión Ausencia de Síntomas en la PRE intervención [ $F(2)=4.33$ ,  $p= 0.,02$ ,  $\eta^2=.20$ ] (menos síntomas en el grupo control). Sin embargo, al finalizar el tratamiento se observó que los pacientes de los dispositivos individual y grupal alcanzaron mejorías clínicas superiores al grupo sin intervención (Figura 21).

### Análisis intragrupo.

Los resultados se presentan organizados por dimensiones de la CVRS.

### Calidad de vida relacionada a la salud total.

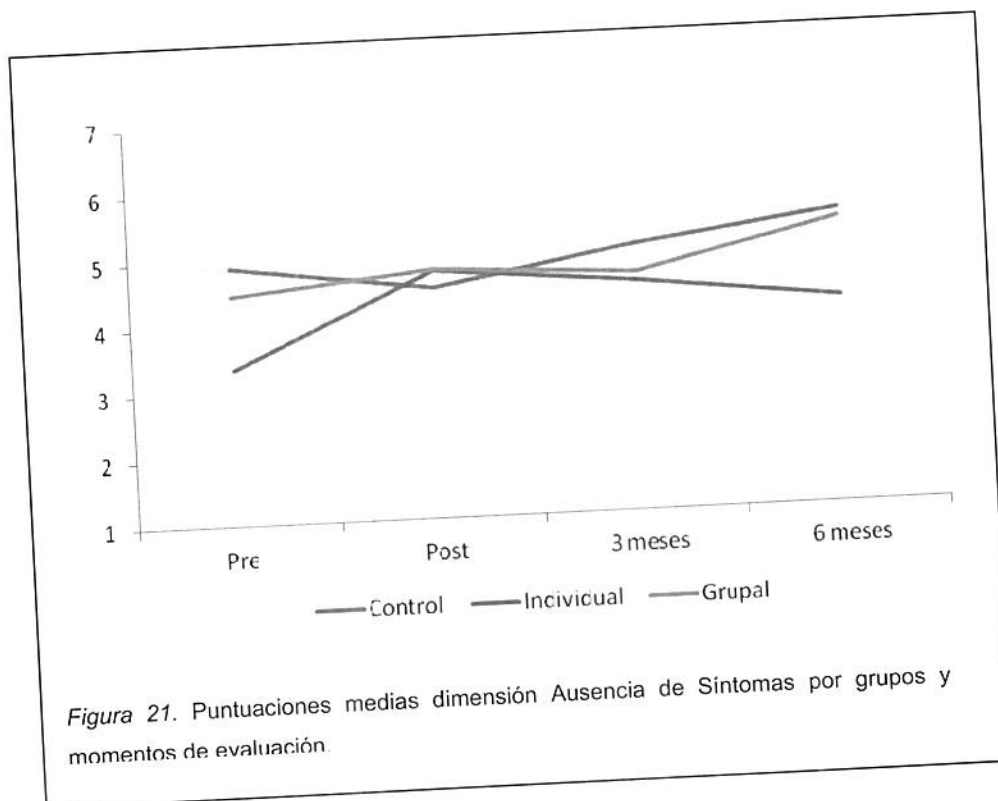
Se hallaron diferencias estadísticamente significativas y un tamaño del efecto grande en el dispositivo individual (DI [ $F(3)=6.00$ ,  $p=.00$ ,  $\eta^2=.35$ ]). En la Figura 20 se puede observar este marcado aumento de las medias en la post intervención. Asimismo puede observarse una tendencia similar en el dispositivo grupal y puntuaciones en dirección opuesta para el grupo control. En la Tabla 15 se presentan las puntuaciones medias y desvíos de cada grupo en los cuatro momentos evaluados.



### **Ausencia de Síntomas.**

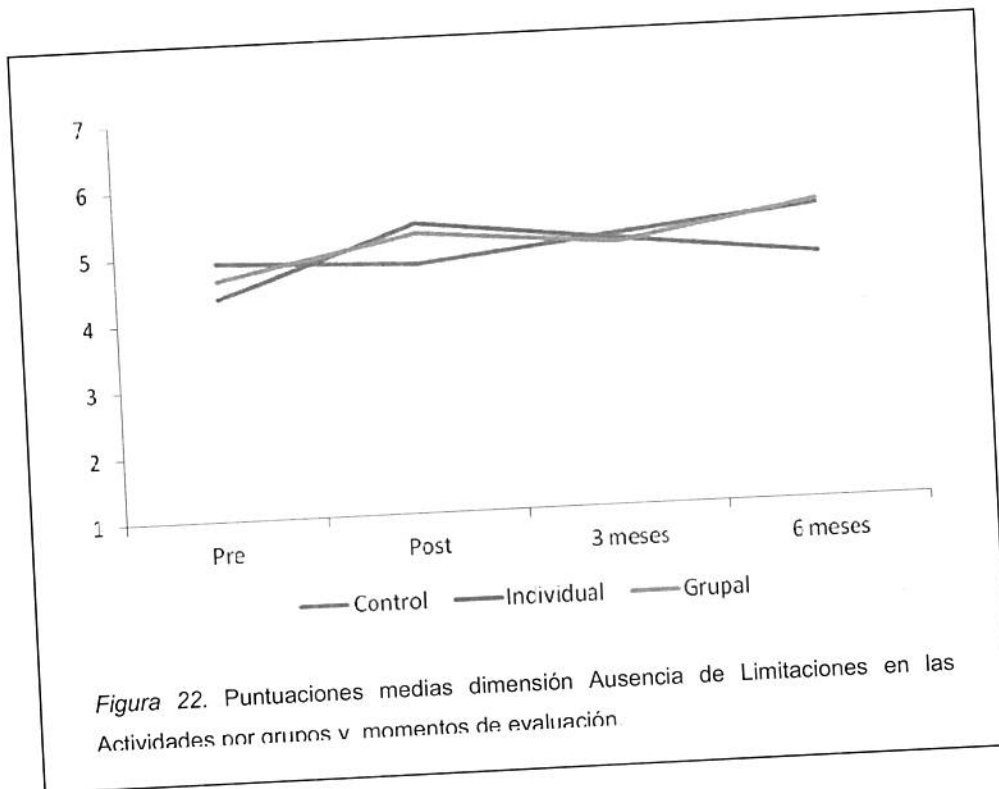
Se registraron diferencias estadísticamente significativas y un tamaño del efecto grande en el dispositivo individual en la post intervención (DI [F(3)=6.49, p=.00,  $\eta^2=.37$ ]).

Con respecto a la dimensión Ausencia de Síntomas es interesante destacar que cuando se analizan las medias de cada una de las condiciones experimentales se puede observar una mejoría en los grupos de intervención al finalizar el programa (Figura 21), tendencia que se corresponde con lo informado anteriormente para el grado de control del asma (ACT).



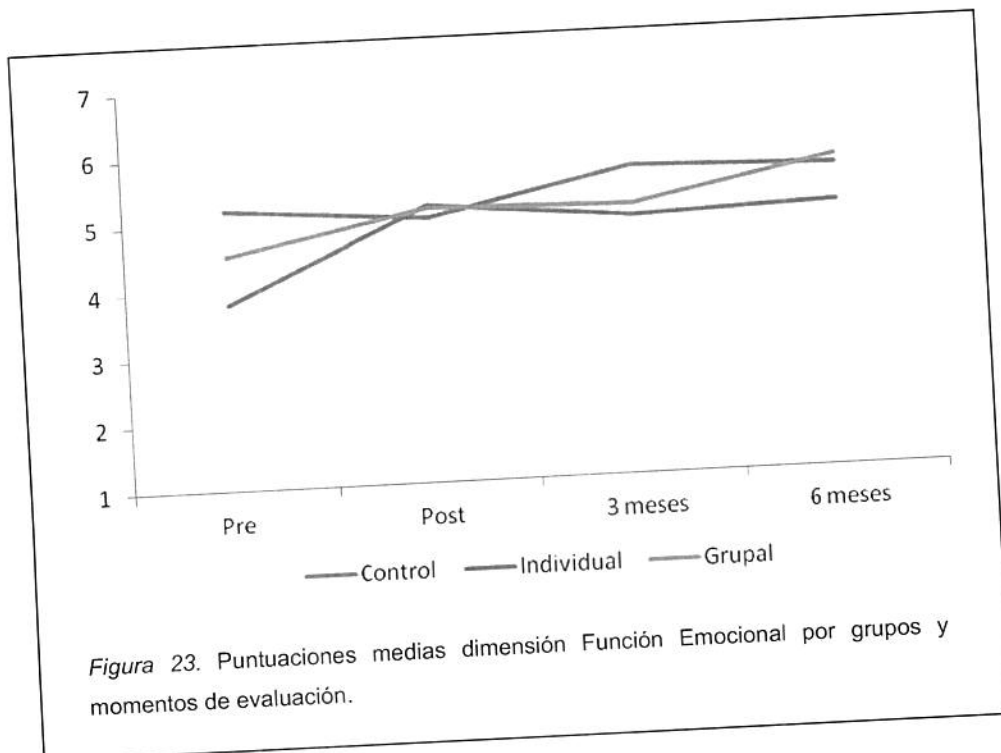
### **Ausencia de Limitaciones en las Actividades.**

Se registraron diferencias estadísticamente significativas y un tamaño del efecto grande en el dispositivo individual (DI [F(3)=3.68, p=.02,  $\eta^2=.25$ ]). En la Figura 22 se observa el pronunciado aumento de las medias en la post intervención del dispositivo individual. Una tendencia similar, aunque no significativa, se registra en el dispositivo grupal. En ambos casos estas puntuaciones evolucionaron en sentido opuesto al grupo control.



### **Función Emocional.**

Se verificaron diferencias estadísticamente significativas y un tamaño del efecto grande en los dos grupos que recibieron tratamiento (DI [F(3)=5.07, p=.00,  $\eta^2=.31$ ]; DG [F(3)=2.90, p=.04,  $\eta^2=.20$ ]). En la Figura 23 se observa una clara mejoría de ambos grupos en la post intervención.



### Ausencia de Reacción a Estímulos Ambientales.

Se registraron diferencias estadísticamente significativas y un tamaño del efecto grande en el dispositivo individual (DI [ $F(3)=3.02$ ,  $p=.04$ ,  $\eta^2=.21$ ]). El dispositivo grupal también presentó una tendencia a la mejoría en la post intervención. En el caso del dispositivo grupal la tendencia a la disminución de la reacción a los estímulos ambientales se mantuvo en los seguimientos a 3 y 6 meses (Figura 24).

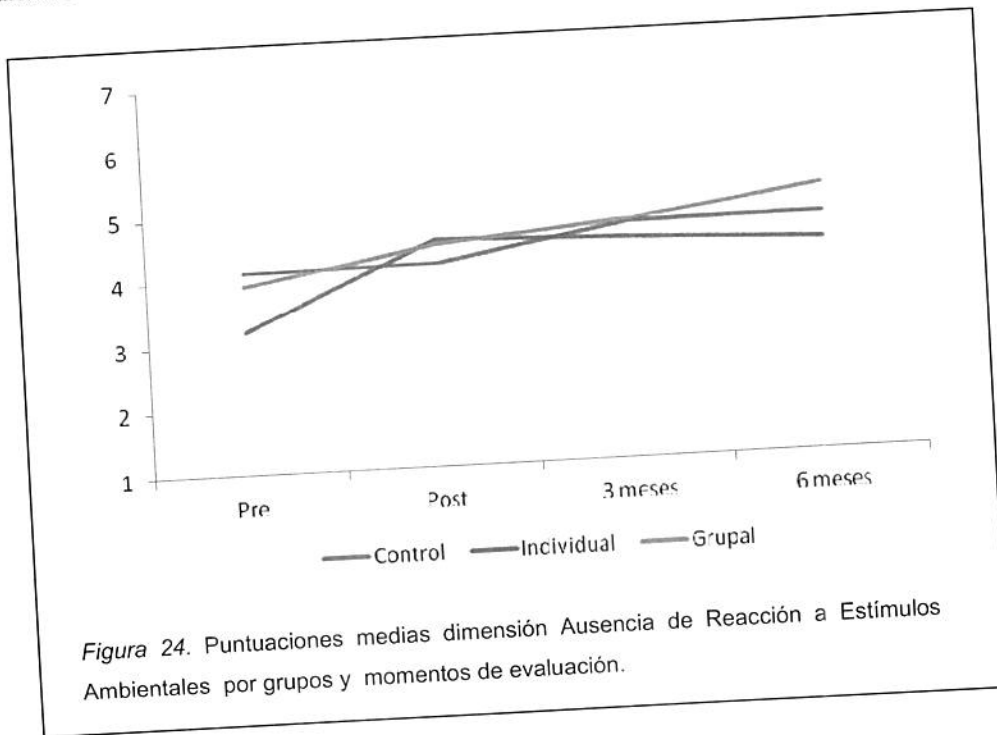


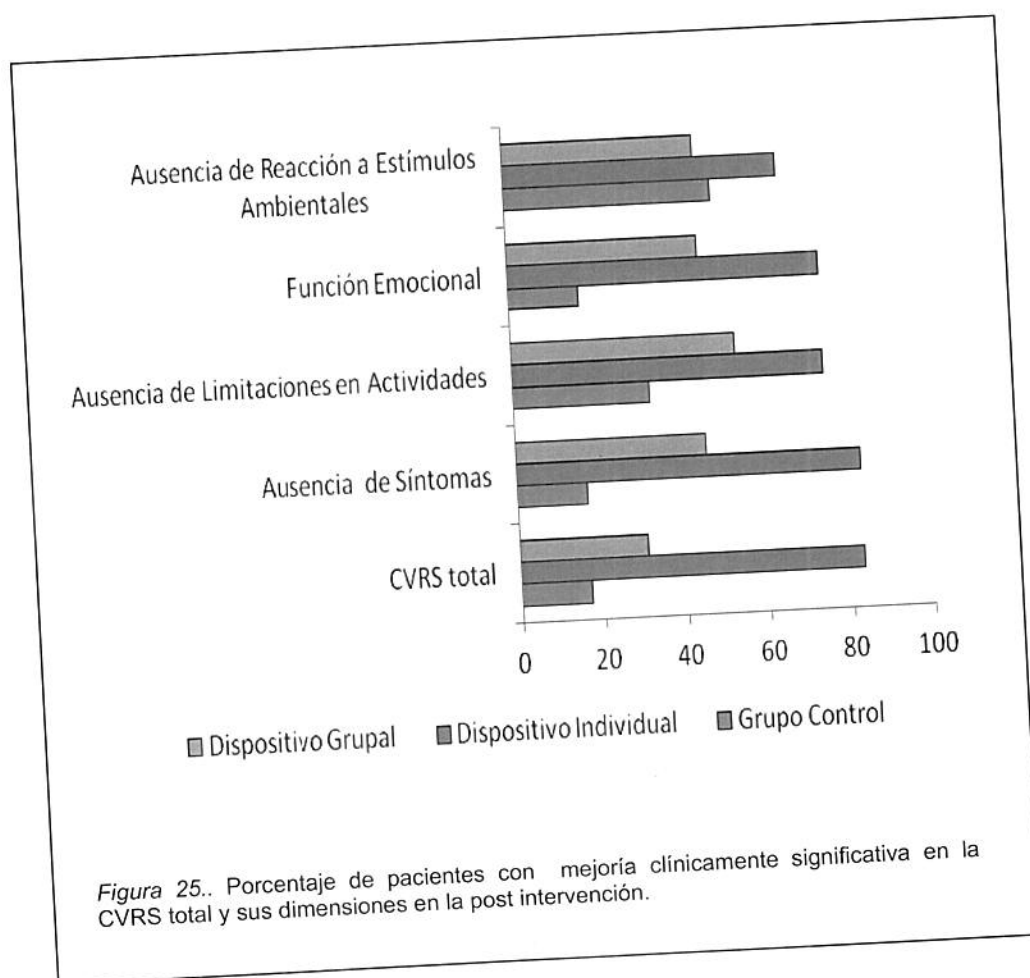
Tabla 15  
Puntuaciones medias pre-post y seguimientos *Percepción Global de la CV* y *CVRS total* en las diferentes condiciones experimentales

	Grupo Control	Dispositivo Individual	Dispositivo Grupal
<i>Percepción Global de la CV</i>			
Pre-intervención	3.55 (0.82)	2.83 (0.93)	3.08 (0.99)
Post intervención	3.64 (0.92)	3.75 (0.75)	3.25 (1.13)
Seguimiento 3 meses	4.00 (0.63)	3.25 (0.86)	2.92 (0.99)
Seguimiento 6 meses	3.55 (0.82)	3.25 (0.45)	3.42 (1.08)
<i>CVRS total</i>			
Pre-intervención	5.07 (1.12)	3.76 (1.16)	4.67 (1.18)
Post intervención	4.82 (1.25)	5.00 (1.28)	5.12 (0.96)
Seguimiento 3 meses	5.35 (1.14)	4.72 (1.23)	5.03 (1.11)
Seguimiento 6 meses	5.35 (1.18)	4.48 (1.13)	5.39 (1.07)

Nota. Los datos están expresados como Medias (Desvíos).

Finalmente se analizó la diferencia mínima de importancia clínica (MID) para los cuatro momentos evaluados. La MID es un cambio de 0.5 por ítem, por dimensión o en el puntaje total del la CVRS que es utilizada para evaluaciones en diferentes lapsos temporales, y representa cambios clínicamente significativos en cada paciente (Juniper et al., 1994). En la Figura 25 se muestran los porcentajes de pacientes por grupo experimental que considerando la MID presentaron una mejoría clínica en la CVRS y sus dimensiones en la post intervención.

En el caso de los seguimientos a 3 y 6 meses que evalúan la estabilidad de los resultados no se registró un patrón consistente de cambio en la CVRS ni en sus dimensiones en los pacientes de los diferentes grupos experimentales.



#### Objetivo 4

*Identificar los aspectos del proceso asociados a un mejor resultado terapéutico*

Con el fin de identificar los contenidos del programa asociados a cambios terapéuticos desde la perspectiva de los pacientes, se realizó un análisis de diferentes materiales clínicos. Para ello se utilizó como estrategia la triangulación de fuentes entre: (a) última tarea inter-sesión<sup>14</sup> (UTIS), (b) audio de la última sesión (AUS), y (c) entrevistas post intervención (EP) realizadas por profesionales psicólogos externos a la investigación (Capítulo 6, Metodología, Instrumentos de evaluación). Se identificaron como unidades de análisis los fragmentos textuales de los pacientes que hacían referencia a los diferentes cambios percibidos como resultado del proceso. Posteriormente se crearon un conjunto de categorías en correspondencia con los módulos específicos del CV-Asma (Capítulo 5). En la Tabla 16 se expone el porcentaje de pacientes discriminados por grupo experimental (dispositivo individual y dispositivo grupal) y según la fuente de obtención del material clínico.

A continuación se presenta una síntesis de los resultados obtenidos y se transcriben fragmentos clínicos a modo de ejemplo.

#### **Cambios Terapéuticos Identificados por los Pacientes**

##### **Información sobre asma.**

La información sobre asma y su tratamiento es un tema que pertenece al primer módulo del CV-Asma. Más del 60% de los pacientes que fueron entrevistados por profesionales externos al Programa destacaron que este componente les había resultado de gran utilidad, y que habían observado cambios terapéuticos en este sentido. Este hecho se observó tanto en los participantes del dispositivo individual como del grupal. Las otras fuentes de información (UTIS y AUS) también obtuvieron resultados similares, aunque con menores porcentajes (Tabla 16). A continuación algunos ejemplos:

*Me ayudó a comprender que el asma es una enfermedad, a pesar de que mucha gente piense que es psicológico y que uno se lo provoca (...) ahora no me importa si me creen o no me creen, yo sé lo que tengo, lo que pasé...antes del programa era diferente.*  
(Entrevista post intervención, paciente en dispositivo individual).

<sup>14</sup> Última tarea inter-sesión: Historia de mi proceso en el programa CV-Asma.



*La información sobre el asma me resultó interesantísima porque yo quiero saber qué pasa adentro de mi cuerpo (...) nos mostraron esos tronquitos de papel, uno obstruido y los otros no y si bien uno lo percibe es bueno verlos.*  
(Entrevista post intervención, paciente en dispositivo grupal).

*Me ayudó a clarificar algunas dudas y pautas respecto al asma y a la medicación.*  
(Última tarea inter-sesión, paciente en dispositivo individual).

*Me aportaron algo más de saber sobre la enfermedad.*  
(Última tarea inter-sesión, paciente en dispositivo grupal).

*Yo antes no hacía el tratamiento como tenía que hacerlo, a veces me daba un puff, a veces no me lo daba, y bueno, a partir de lo que vimos acá empecé a darme sistemáticamente todos los mediodías y las noches el puff preventivo...yo no lo estaba haciendo.*  
(Audio última sesión, paciente en dispositivo individual).

*Yo por ejemplo si ella no viene y no está también mencionado por acá, yo el Omalizumab no sabía ni que existía !*  
(Audio última sesión, paciente en dispositivo grupal).

### **Toma de conciencia y cambio de perspectiva.**

Este fue otro cambio informado por un alto porcentaje de pacientes entrevistados por los profesionales externos al programa (92% de los participantes en dispositivo individual y 69% en dispositivo grupal) y también a través de las otras fuentes de información (UTIS y AUS). El cambio identificado se corresponde con el segundo módulo del programa en el que se trabaja con: (a) los significados y experiencia con la enfermedad, y (b) la identificación de las relaciones entre los pensamientos, emociones y conductas. A continuación algunos ejemplos representativos:

*Me acuerdo del tema de los pensamientos automáticos, eso se me re pegó por esto de que uno piensa algo y cree que es lo único que puede pensar, y bueno el tema de los pensamientos alternativos y el poder repensar el lugar donde uno está instalado (...) fue útil todo lo que tenía que ver con la posibilidad de flexibilizar el pensamiento (...) a mi por lo menos lo que me resultó más interesante es eso de poder pensar las cosas desde otro lado.*  
(Entrevista post intervención, paciente en dispositivo individual).

*...la vida diaria te da tensiones...me lo tomo con más tranquilidad (...) porque yo antes tenía como cierto ahogo por determinadas situaciones, ahora es como que se yo...es diferente (...) yo noto que ahora yo me veo más serena ante todas las situaciones, es como que las miro del otro lado.*

(Entrevista post intervención, paciente en dispositivo grupal).

*Me ayudó a verme desde otro lugar (...) a aprender a tomar perspectiva.*

(Última tarea inter-sesión, paciente en dispositivo individual).

*Esta experiencia me dejó en algunas cosas verlas de otra manera.*

(Última tarea inter-sesión, paciente en dispositivo grupal).

*Afronto las situaciones igual que antes pero mirando de otra manera.*

(Audio última sesión, paciente en dispositivo individual).

*Pude darme cuenta, discriminar emociones de pensamientos que por ahí no la tenía tan identificada.*

(Audio última sesión, paciente en dispositivo grupal).

### **Estrategias de afrontamiento.**

El afrontamiento se corresponde con el tercer módulo del programa y fue el componente que más se asoció con cambios terapéuticos. El 100% de los pacientes en dispositivo individual y el 85% en dispositivo grupal, en la entrevista post intervención explicitaron haber observado cambios positivos en el modo de afrontar situaciones referidas al asma en particular y/o en otras circunstancias vitales (Tabla 16).

Se presentan los siguientes ejemplos:

*Me sirvió la resolución de problemas, al buscarle varias alternativas al problema en vez de verlo tan grande como uno lo ve, ir sacando de a poco, desmenuzándolo. Lo mismo con los médicos, no quedarme siempre con el mismo si no me gusta y empezar a recorrer.*

(Entrevista post intervención, paciente en dispositivo individual).

*El programa sumó herramientas, herramientas para poder afrontar situaciones en las que me vi con mi salud comprometida.*

(Entrevista post intervención, paciente en dispositivo grupal).

*Recibí y aprendí a usar herramientas (...) cuando me encuentro atrapada en situaciones que no puedo manejar.*

(Última tarea inter-sesión, paciente en dispositivo individual).

*Me voy con una importante cantidad de recursos, herramientas para afrontar situaciones que nos tornan más vulnerables. El asma es una de ellas.*

(Última tarea inter-sesión, paciente en dispositivo grupal).

*Lo que más a mí me gustó de todo esto fue el afrontamiento de problemas (...) ante un problema o algo por el estilo no quedarme estático y poder enfrentarlo, y más teniendo herramientas ahora para poder hacerlo.*

(Audio última sesión, paciente en dispositivo individual).

*Ante una situación problemática tengo pensado analizar y elegir estrategias de afrontamiento, refrescarlas, como el análisis, la regulación afectiva, el pedir ayuda.*

(Audio última sesión, paciente en dispositivo grupal).

### **Habilidades de tolerancia al malestar y de promoción de emociones positivas.**

Estas dos habilidades se enmarcan dentro del cuarto módulo del programa referido a la regulación emocional. Si bien la capacidad de tolerar el malestar puede ser independiente de la capacidad para promover emociones positivas, en la práctica generalmente se observan combinadas, razón por la cual se las incluyó en una misma categoría.

En la entrevista post intervención, el valor de estas habilidades fue señalada por el 83% de los pacientes del dispositivo individual y por el 46% del dispositivo grupal. Las otras fuentes de información (UTIS y AUS) no presentaron un patrón claro respecto a este cambio (Tabla 16). A continuación algunos ejemplos ilustrativos:

*Ahora ante una rabieta puedo parar, distraerme, hago determinadas cosas que también ya las incorporé en lugar de remorderme la bronca que era lo que más hacía.*

(Entrevista post intervención, paciente en dispositivo individual).

*Empecé a utilizar no diferentes estrategias pero sí más frecuentes (...) cuando me siento muy tensionada aunque sea estoy cinco minutos con las plantas, trato de tejer, me sirve mucho las charlas con amistades, eso corta.*

(Entrevista post intervención, paciente en dispositivo grupal).

*Fueron útiles los consejos para evitar síntomas de estrés haciendo actividades placenteras.*  
(Última tarea inter-sesión, paciente en dispositivo individual).

*Retomé tareas que siempre me gustaban y hacía mucho que no hacía (...) mejoró mi relación con lo placentero.*  
(Última tarea inter-sesión, paciente en dispositivo grupal).

*Me ayudó sacar la mente del problema con algo que me guste hacer.*  
(Audio última sesión, paciente en dispositivo individual).

*Yo estoy más tranquilo, lo que por ahí estaba medio como trabado, que yo me sentía que no tenía muchas ganas de hacer nada...empecé ahora a hacer cosas en casa, cosas que tenía que hacer y demás como para buscar un poco esas satisfacciones, estar en mi casa y... me siento bien de estar así tranquilo.*  
(Audio última sesión, paciente en dispositivo grupal).

### **Comunicación de las emociones y asertividad.**

El 42% de los pacientes en dispositivo individual (información obtenida a través del AUS) y el 46% en dispositivo grupal (información obtenida a través de la EP) señalaron que su comunicación había mejorado luego de la participación en el programa. Este componente también se corresponde con el cuarto módulo del programa referido a la regulación emocional. Se presentan una serie de ejemplos ilustrativos:

*Esto también me costaba mucho a mí, me cuesta comunicar emociones negativas. Ahora si algo me molesta lo voy anotando para cuando llegue el momento poder comunicarlo.*  
(Entrevista post intervención, paciente en dispositivo individual).

*Lo que me resultó más útil fue lo de la comunicación asertiva porque yo soy una persona que le cuesta mucho eso (...) y si bien es como un pantallazo de cómo encarar, cosa que cuando uno no lo tiene intrínsecamente, es difícil, por lo menos hay herramientas digamos como para ver si uno mejora un poco en eso.*  
(Entrevista post intervención, paciente en dispositivo grupal).

*Mejoré muchísimo el tema de la comunicación, con mi hijo cambió totalmente. Yo traté de cambiar el vínculo y fue muy bien.*  
(Última tarea inter-sesión, paciente en dispositivo grupal).

*Anoche tuvimos una reunión familiar para resolver un tema con mis suegros que ya están grandes, vos vieras cómo me preparé para esta reunión ! porque siempre que nos reunimos no se concreta nada (...) y se pudo lograr, no fui al ataque, me hice un machete el domingo allá en el trabajo, se lo mostré a mi esposa, y lo pude manejar diferente.*  
(Audio última sesión, paciente en dispositivo individual).

*Lo que estuvo bueno es esto del modo asertivo de comunicación, siempre intento que me salga !*  
(Audio última sesión, paciente en dispositivo grupal).

### **Otros cambios referidos a la regulación emocional.**

Además de las categorías antes consideradas referidas al módulo de regulación emocional del CV-Asma, los pacientes del dispositivo individual principalmente verbalizaron otros aspectos del programa relacionados con la regulación emocional en general (50% de los pacientes según AUS y 25% de los pacientes en la EP) (Tabla 16). A continuación algunos ejemplos:

*Con mi personalidad en lo que más me ayudó el programa es a medir mis intensidades, cuando uno regula las emociones que es lo que te enseñan...ser tan intensa a veces no es productivo para una crisis asmática, si vos sos intenso la desencadenás más rápido.*  
(Entrevista post intervención, paciente en dispositivo individual).

*Aprender a regular las emociones me resultó más que productivo.*  
(Entrevista post intervención, paciente en dispositivo grupal).

*...me permitió aprender a atenuar las crisis, a controlar las emociones.*  
(Última tarea inter-sesión, paciente en dispositivo individual).

*Yo me noto que estoy más tranquilo, sigo estando ansioso pero dentro de mi ansiedad hay ciertas situaciones que quiero y puedo controlar.*  
(Audio última sesión, paciente en dispositivo individual).

### **Optimización de la calidad de vida y estrategias de organización / planificación.**

En este caso fue menor el porcentaje de pacientes que señaló cambios terapéuticos. No obstante en la EP, el 33% de los pacientes de dispositivo individual y un 46% del

dispositivo grupal expresaron haber observado cambios respecto a la organización y planificación. Algunos ejemplos en este sentido:

*Me sirvió para salir de la fantasía general y empezar a poner la energía en esos lugares, plantearlas, armarlas y poder volcar la energía en esos lugares (...) no divagar con demasiadas cosas sino armar pequeñas metas.*

(Entrevista post intervención, paciente en dispositivo individual).

*Durante el proceso de este programa fuimos haciendo una especie de análisis más desmenuzado de cómo llegar a un objetivo y eso me sirvió.*

(Entrevista post intervención, paciente en dispositivo grupal).

Es llamativo que solo una baja proporción de pacientes haya aludido explícitamente a la optimización de la calidad de vida como un aporte directo de la participación en el programa considerando que ésta es una de sus metas principales. Esto probablemente se deba a que la valoración de la mejoría de la CV y la CVRS está también contenida en el resto de componentes del Programa en los cuales los pacientes señalan cambios terapéuticos.

### **Autoeficacia y agencia personal.**

De un 42% a un 67% de los pacientes en dispositivo individual (dependiendo de la fuente de información) y de un 23% a un 46% en dispositivo grupal, informaron un incremento de su autoeficacia y agencia personal luego de la participación en el programa. Esta categoría se corresponde con el módulo de prevención de recaídas del CV-Asma, aunque se sabe que estas capacidades de control sobre el propio funcionamiento se construyen desde los inicios del proceso terapéutico. Algunos fragmentos que ilustran estos cambios:

*Me ayudó a controlarme, a mi me gusta mucho hacer cosas en casa, cortar el pasto...y soy alérgica al pasto...ahora llamé a un jardinero y cambié el pasto por macetas, me enseñó a buscar alternativas.*

(Entrevista post intervención, paciente en dispositivo individual).

*Me hizo dar cuenta que tenía que volver a terapia (...) digamos que por algunas cosas que vi, decidí que voy a volver a hacer terapia para pulir algunas cosas (...) el curso es como para mí algo de presentación, uno descubre dónde tiene que poner el énfasis y trabajarlo, trabajarlo y trabajarlo, y profundizarlo.*

(Entrevista post intervención, paciente en dispositivo grupal).

*...descubrí que tengo mecanismos muy saludables para mejorar mi patología o sobrellevarla con dignidad.*

(Última tarea inter-sesión, paciente en dispositivo individual).

*Tomé el timón de mi barco nuevamente.*

(Última tarea inter-sesión, paciente en dispositivo grupal).

*...yo sé que tenemos que estar atentos, puede volver a pasar que se salte la térmica nuevamente (risas)...entonces esto de estar atento para agarrarlo a tiempo.*

(Audio última sesión, paciente en dispositivo individual).

*Yo hice bastantes años de terapia con una persona que es la que más me gustó, más me sirvió y ahora hace como 3 años que no voy y ahora después del programa (...) quiero retomar, es algo que lo voy a hacer, quiero empezar el análisis otra vez.*

(Audio última sesión, paciente en dispositivo grupal).

En síntesis, los principales cambios terapéuticos percibidos por los pacientes luego de su participación en el programa en ambos dispositivos de intervención fueron en primer lugar referidos al afrontamiento. En segundo lugar los cambios percibidos sobre la posibilidad de tomar conciencia y cambiar la perspectiva, y en tercer lugar cambios en la información sobre asma y/o su tratamiento. La adquisición de habilidades para tolerar el malestar y/o promover emociones positivas, y la autoeficacia y agencia personal fueron otros de los principales efectos atribuidos por los pacientes al programa de intervención.

Tabla 16  
Cambios terapéuticos percibidos por los pacientes (por dispositivo y por material clínico) en correspondencia con los módulos del Programa

	Módulos del CV-Asma	Cambios terapéuticos percibidos					
		Dispositivo Individual			Dispositivo Grupal		
		UTIS	AUS	EP <sup>a</sup>	UTIS	AUS	EP <sup>a</sup>
Presentación del Programa y psicoeducación (Sesiones 1 y 2)	Información asma	25	33	67	31	15	61
Significados y experiencia con la enfermedad. Identificación de las relaciones entre pensamiento, emoción y conducta (Sesiones 3, 4, 5 y 6)	Toma de conciencia y cambio de perspectiva	33	67	92	23	46	69
Afrontamiento del estrés (Sesiones 7, 8 y 9)	Afrontamiento	92	75	100	31	15	85
Regulación emocional (Sesiones 10, 11 y 12)	Tolerancia al malestar y/o promoción de emociones positivas	17	67	83	23	15	46
Estrategias para el mejoramiento/optimización de la calidad de vida (Sesión 13)	Comunicación y asertividad	---	42	25	8	15	46
	Otros regulación emocional	8	50	25	---	---	8
Prevención de recaídas (Sesión 14)	Optimización de la CV	8	17	17	23	---	15
	Organización y planificación	8	25	33	8	---	46
	Autoeficacia y agencia personal	42	67	58	46	8	23

Nota. Los datos están expresados en porcentajes de pacientes. UTIS = Última tarea inter-sesión; AUS = Audio última sesión; EP = Entrevista post intervención realizada por psicólogos externos a la investigación.

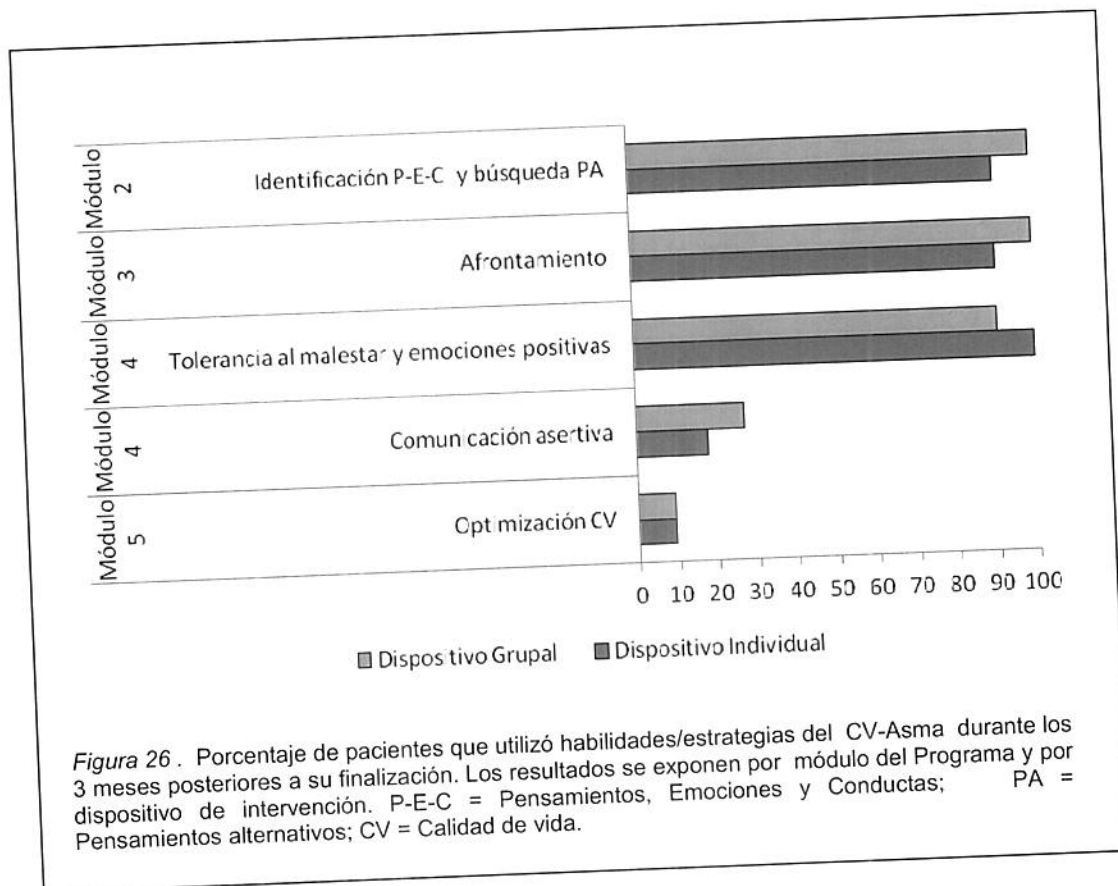
<sup>a</sup> Los porcentajes más elevados corresponden a la entrevista post intervención. Este instrumento fue diseñado específicamente para obtener información sobre los cambios percibidos a partir del programa y la valoración de sus componentes. Por este motivo se le brindó especial importancia en el análisis de los datos.

### Seguimientos a 3 y 6 meses.

Para analizar la estabilidad de los cambios percibidos por los pacientes se realizaron entrevistas de seguimiento a los 3 y 6 meses de concluido el programa (Capítulo 6, Metodología).

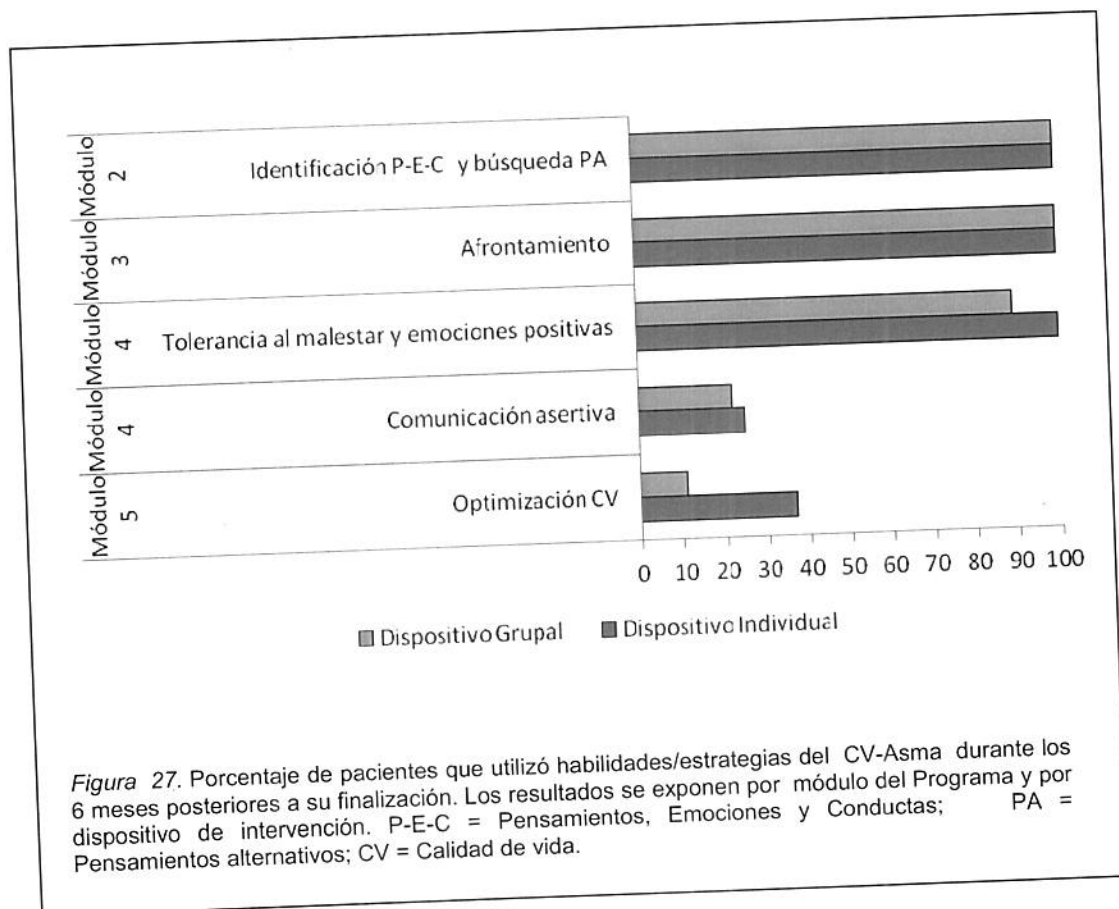
En el seguimiento a 3 meses el 100% de los pacientes en dispositivo individual y el 85% en dispositivo grupal informaron haber utilizado alguna de las habilidades / estrategias abordadas durante el programa (Figura 26).

En el análisis comparado de los momentos evaluados se observó que los principales cambios indicados en la post intervención (afrentamiento correspondiente al módulo 3 y toma de conciencia y cambio de perspectiva correspondiente al módulo 2) se mantuvieron durante los tres meses posteriores. Lo mismo sucedió con las habilidades de tolerancia al malestar y de promoción de emociones positivas que tanto en la post como a los 3 meses fueron destacadas principalmente por los pacientes en dispositivo individual.



En el seguimiento a los 6 meses 5 pacientes no concurren a la entrevista. De los pacientes restantes, el 80% del dispositivo individual y el 90% del dispositivo grupal informaron haber implementado alguna de las habilidades/estrategias abordadas durante el programa (Figura 27). Solo 3 pacientes (2 en dispositivo individual y 1 en grupal) expresaron no haber utilizado ninguna por no haber atravesado situaciones de tensión o

malestar que necesitaran afrontar. Se mantuvieron las tendencias señaladas en la post intervención y en el seguimiento a 3 meses.



Los datos obtenidos señalan la estabilidad en el tiempo de los cambios percibidos por los pacientes e indican cuáles son los componentes más potentes del programa. Esta información es particularmente relevante al momento de pensar en versiones más breves del CV-Asma que permitan optimizar la relación coste-beneficio.

### Otros Indicadores de Cambios Positivos

A partir de la triangulación de fuentes también se identificaron otras dos categorías transversales al Programa que dieron cuenta de cambios positivos atribuidos por los pacientes tanto en dispositivo individual como grupal (Tabla 17). A continuación se describen estas categorías y se presentan fragmentos textuales de los pacientes.

#### Cambio de valoración sobre la psicología.

Algunos pacientes en ambos dispositivos destacaron que el haber participado del programa les había permitido cambiar el concepto que ellos tenían acerca de la psicología.

Este hecho tiene un particular interés clínico, ya que la psicoterapia se suma como una nueva herramienta para mejorar/optimizar el bienestar y la calidad de vida de los pacientes. Algunos ejemplos ilustrativos de esta categoría:

*Yo no creía en los psicólogos porque tuve una mala experiencia (...) realmente me cambió la imagen por completo !*  
(Entrevista post intervención, paciente en dispositivo individual).

*Experiencia positiva (...) me hizo cambiar mi imagen en cuanto a los psicólogos.*  
(Última tarea inter-sesión, paciente en dispositivo grupal).

*Viví y sentí como la ayuda que un grupo de psicólogos nos pueden brindar a gente con esta enfermedad.*  
(Última tarea inter-sesión, paciente en dispositivo grupal).

*Las veces que yo intenté buscar ayuda psicológica nunca encontré el manual este (...) yo lo único que encontré siempre fue un tipo que se sentaba a escucharme, terminaba la hora y yo me levantaba y me iba. Y a mí eso no me sirve porque todo lo que yo le puedo decir a esa persona, me lo digo a mí misma...pero dame algo para que yo pueda usar, no me sirve ir y hablar y hablar y hablar y chau hasta la semana que viene (...) yo hasta ahora si no hacía nada era porque no había conocido esta otra cosa, es más, siempre renegué de los psicólogos, psicólogas.*  
(Audio última sesión, paciente en dispositivo individual).

*Yo tenía otro concepto de los psicólogos (...) yo tenía un concepto totalmente...siempre decía los psiquiatras son una cosa, los psicólogos son otra pero porque tuve una mala experiencia, una experiencia de alguien que me quería imponer las cosas y alejarme de los seres que uno quiere, en cambio esto te hace pensar, como un colegio lo vi, como una escuela de vida.*  
(Audio última sesión, paciente en dispositivo individual).

### **Valor terapéutico del dispositivo.**

Esta categoría alude a cambios que los pacientes advirtieron como consecuencia del espacio terapéutico en sí mismo más allá de los temas abordados en cada uno de los módulos. En este sentido, es interesante observar que la mayoría de los pacientes que señalaron este aspecto habían participado del dispositivo grupal, lo cual nos brinda información acerca de las potencialidades de este tipo de intervenciones. Se presentan los siguientes fragmentos a modo de ejemplo:

*...lo disfruté porque lo tomé que era un lugar para mí, eran 40 minutos para mí sola ! (...)  
me sentí siempre cómoda, yo a veces iba mal y salía mejor.  
(Entrevista post intervención, paciente en dispositivo individual).*

*Antes mi asma no la podía comunicar con nadie, no me hacían caso, yo hablaba de mi  
asma y era como que a nadie le importaba (...) me prestaron el oído, que alguien me  
escuchara, que alguien creyera en mi problema (...) me sirvió la contención. (Entrevista  
post intervención, paciente en dispositivo grupal).*

*En lo que más me ayudó fue en lo emotivo (...) éramos un grupo...todos con una vida  
totalmente diferente, entonces aprendí... me sirvieron de experiencia la problemática de  
cada uno y cómo enfocaban las cosas !  
(Entrevista post intervención, paciente en dispositivo grupal).*

*El CV-Asma era como un cable a tierra (...) porque tenía un espacio para mí.  
(Última tarea inter-sesión, paciente en dispositivo individual).*

*Me encantó estar en el grupo, es como que acá siento que soy otra.  
(Última tarea inter-sesión, paciente en dispositivo grupal).*

*Para mí fue un espacio importante, por eso traté de venir, de sostenerlo, por ahí estaba  
medio complicada o enquistada en la semana como para hacer todos los deberes  
pero a mí me sirvió muchísimo este espacio de reflexión, de escucha, me sirvió  
muchísimo.  
(Audio última sesión, paciente en dispositivo individual).*

*Me gustó también la predisposición del grupo, de apertura, de haber confianza, hablar  
cosas, sentir cosas y permitirse expresarlas (...) atreverse a decir cosas, a confiar (...)  
esto te enseña a formar un grupo y a estar abierto a determinadas cosas.  
(Audio última sesión, paciente en dispositivo grupal).*

*Al principio reconozco que me costó integrarme pero después empecé a soltar...sentía  
que me costaba mucho largar toda esta bronca...pero por ahí me solté más hablándolo  
con ustedes, por ahí con mi familia soy más cerrada, con amigas y con mi novio  
también...con ustedes saqué todo.  
(Audio última sesión, paciente en dispositivo grupal).*

Tabla 17

*Cambios percibidos por los pacientes (por dispositivo y material clínico) en categorías transversales*

Categorías transversales al programa	Dispositivo Individual			Dispositivo Grupal		
	UTIS	AUS	EP	UTIS	AUS	EP
Cambio de valoración sobre la psicología	25	25	8	8	8	---
Valor terapéutico del dispositivo	17	42	8	23	38	69

*Nota.* Los datos están expresados en porcentajes de pacientes. UTIS = Última tarea inter-sesión; AUS = Audio última sesión; EP = Entrevista post intervención.

### Tareas Inter-sesión y Cuadernillo del Paciente

Complementariamente se analizó el valor / utilidad de las tareas inter-sesión (TIS) y del Cuadernillo del Paciente (CP) desde la perspectiva de los pacientes tomando como fuente la entrevista post intervención (Tabla 18)

En ambos dispositivos, un alto porcentaje de pacientes señaló la utilidad de las TIS. Para ilustrar las razones expresadas por los pacientes se presentan algunos ejemplos:

*Porque mientras iba haciendo las tareas uno iba resolviendo pequeños problemas.*  
(Dispositivo individual).

*Un poco uno se niega porque te hace ver lo que no queremos ver. Al principio me costaban después una vez que las encaraba me gustaban, fueron positivas (...) a través de las tareas iba encontrando diferentes alternativas y me fue dando alegría.*  
(Dispositivo individual).

*El tener que hacer una tarea nos obligaba a pensar cosas que a lo mejor se nos pasan y que tienen tanto que ver con nuestras conductas, que es increíble. Además después confrontar con lo que había puesto mi otra compañera, escuchar a los otros fue muy interesante (...) me resultó fácil porque tengo tiempo, yo dedicaba un día de la semana y lo hacía, jamás con molestia, con gusto.*  
(Dispositivo grupal).

*A mí me sirvió mucho sentarme a ver, yo me he dado cuenta haciendo los ejercicios, es como que yo reaccionaba al toque mal, pude registrarlo y ahora mi reacción es otra (...) me servían para darme cuenta, era como verme a mí misma desde afuera.*  
(Dispositivo grupal).

Solo una paciente expresó su valoración negativa sobre las TIS de la siguiente manera:

*Porque por un lado se me dificultaban porque soy muy vaga para escribir y algunas me cuestan porque me ponen muy nerviosa para contestar porque no me gusta volver para atrás, me enferma, no quisiera volver nunca al pasado.*  
(Dispositivo grupal).

En similar dirección solo dos pacientes plantearon indiferencia sobre las TIS:

*Me costaba hacer los deberes porque soy dejado, porque esto es algo muy útil pero me cuesta. Me resultaba más una obligación que un placer.*  
(Dispositivo individual).

*No las hice... a mí particularmente no me sirve escribir lo que siento o lo que pienso porque tengo un nivel de comprensión de mí mismo que no me aporta nada ponerme a escribir lo que pienso, lo que siento, no me organiza, ni me ayuda. Tomé la enseñanza de la sesión, la interacción con ellas y la posibilidad esa de expresar con el grupo y con ellas en ese momento.*  
(Dispositivo grupal).

En el caso del CP, el 92% de los participantes en ambos dispositivos señaló que le había resultado de utilidad, y lo explicaban a través de las siguientes expresiones:

*Porque puedes refrescar los temas y porque puedes acudir a ellos ya fuera del programa cuando quiera recordar, refrescar o apoyarme o de nuevo como ponerme las pilas.*  
(Dispositivo individual).

*Porque al quedar por escrito no me olvido y puedo recurrir, es como el manual del usuario.*  
(Dispositivo individual).

*Es como un manual, uno puede volver a él.*  
(Dispositivo grupal).

*Eso va a estar ahí como auxilio ! (...) es más, quedó ubicado ahí en la biblioteca bien a mano. Siento que hay un montón de cuestiones que están muy bien explicadas muy simples, y muy así... para hojear, para mirar y recordar. La verdad que muy claro.*  
(Dispositivo grupal).

Dos pacientes de los 25 expresaron la no utilidad del CP de la siguiente manera:

*Porque no le puse dedicación.*

(Dispositivo individual).

*Es más de lo mismo, al principio estaba esperanzado, después se me fueron las ganas va a quedar ahí guardadito.*

(Dispositivo grupal).

Tabla 18

*Valoración de los pacientes sobre las TIS y el CP por dispositivo de intervención*

Valoración del paciente	Entrevista post	
	Dispositivo Individual	Dispositivo Grupal
Tareas Inter-sesión	Positivo	85
	Negativo	8
	Indistinto	8
Cuadernillo de Paciente	Positivo	92
	Negativo	8
	Indistinto	--

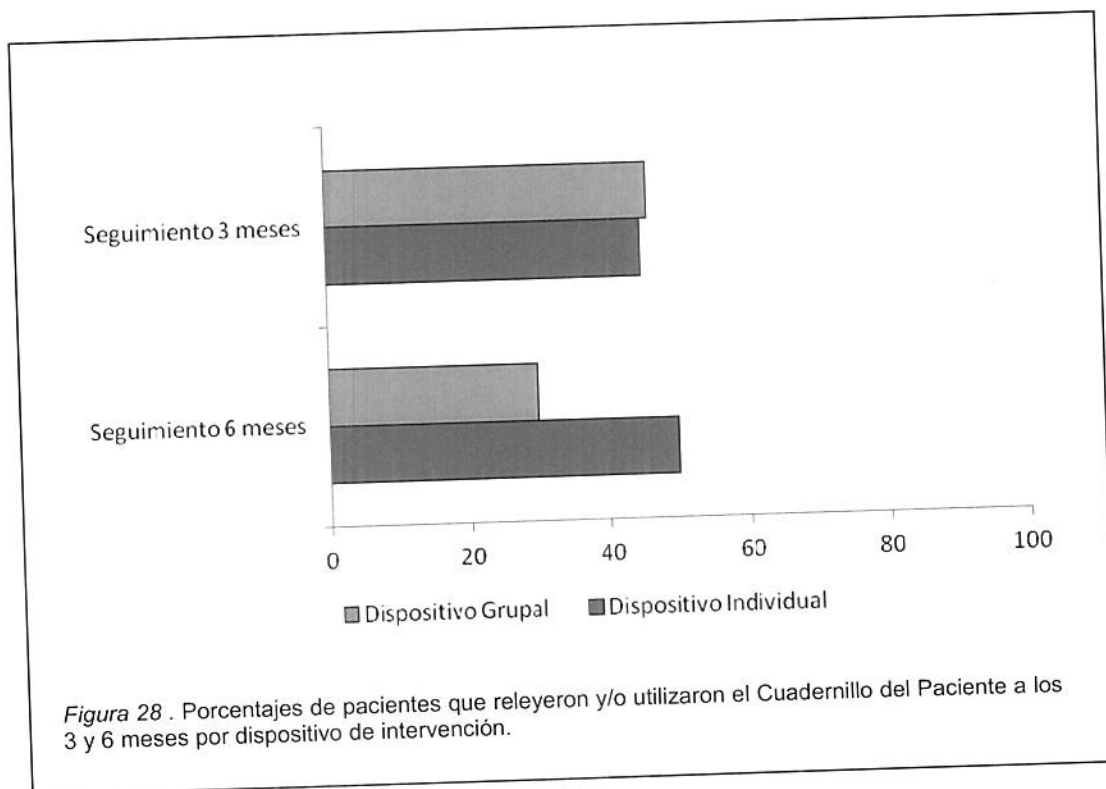
*Nota.* Los datos están expresados en porcentajes de pacientes

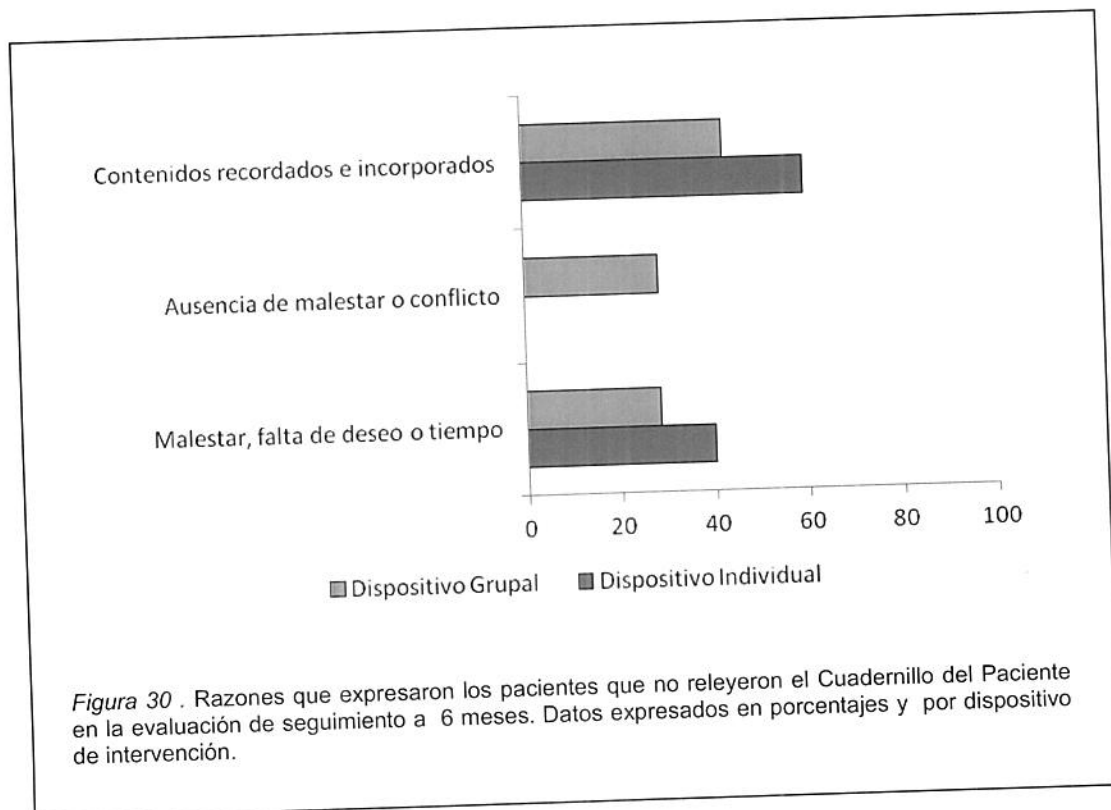
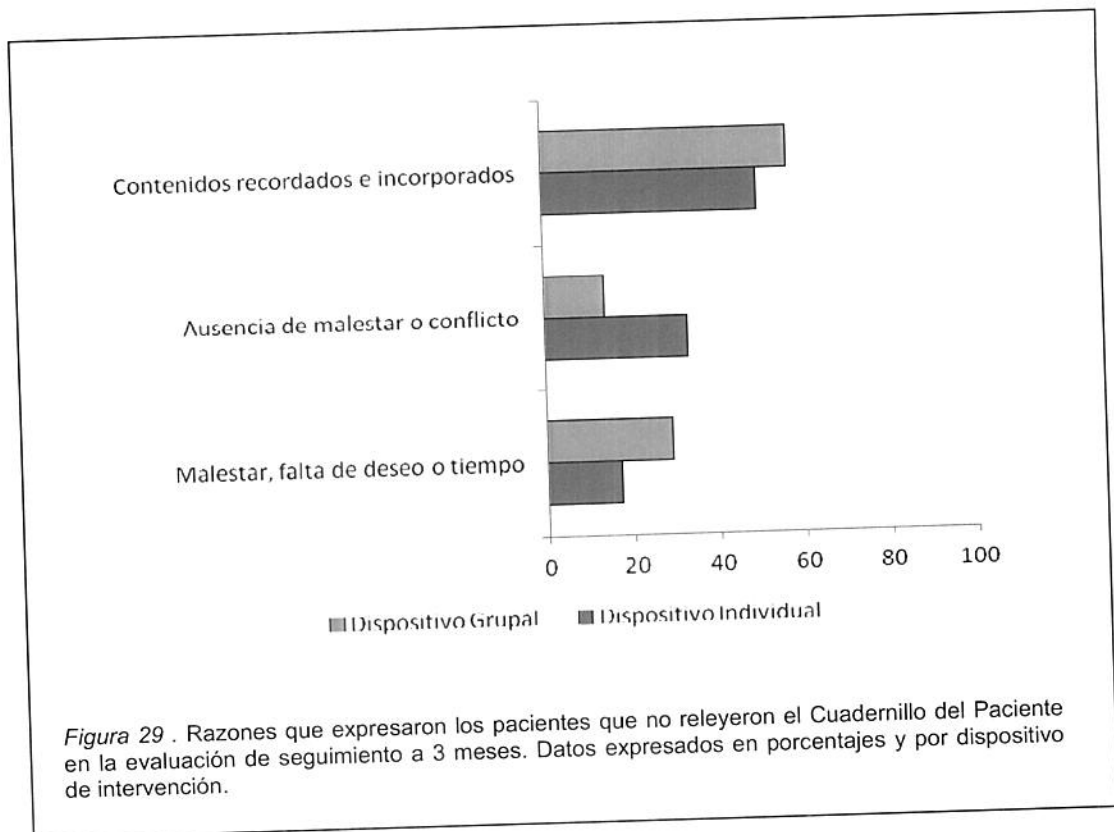
### **Seguimientos a 3 y 6 meses.**

Como se señaló anteriormente no todos los pacientes concurren a las evaluaciones de seguimiento. De los pacientes finalmente entrevistados a los 3 meses, cerca del 50% en ambos dispositivos había releído y/o utilizado el CP. A los 6 meses esta tendencia se mantuvo en el caso de los participantes en dispositivo individual y disminuyó en el dispositivo grupal (Figura 28).

Las razones que expresaron los pacientes que no volvieron a consultar el CP se presentan en las Figuras 29 y 30. Nótese que a los 3 y 6 meses en ambos dispositivos la principal razón atribuida fue que los contenidos del programa ya habían sido incorporados y no requerían una nueva lectura.

Los pacientes de ambos dispositivos que hicieron uso del CP a los 3 y 6 meses, señalaron la relectura de tres temas principales: (a) Identificación de pensamientos, emociones y conductas y la búsqueda de pensamientos alternativos (Módulo 2); (b) Afrontamiento (Módulo 3); y (c) Habilidades de tolerancia al malestar y promoción de emociones positivas (Módulo 4). Estos contenidos coinciden con los cambios terapéuticos percibidos por los pacientes que fueron descriptos al comienzo de este apartado.





## Valoración Global del CV-Asma

Finalmente, en las entrevistas post intervención y de seguimiento a 3 y 6 meses se le solicitó a los pacientes que calificaran diferentes aspectos del programa en una escala de 1 (nada satisfactorio) a 10 (totalmente satisfactorio). La mayoría de los pacientes calificaron al programa en general y a sus diferentes aspectos como altamente satisfactorios en la post intervención y en los seguimientos a 3 y 6 meses (Tabla 19).

En lo que respecta a las diferencias entre los dispositivos se puede observar una leve tendencia a mejores valoraciones en los pacientes que participaron del dispositivo grupal.

Cabe destacar particularmente en relación a la extensión y frecuencia, que los pacientes refirieron al deseo de mayor extensión del espacio terapéutico para afianzar algunos temas.

En relación al cumplimiento de las expectativas sobre el programa el 100% de los pacientes en dispositivo individual, y el 77% de pacientes en dispositivo grupal informó satisfacción con el CV-Asma. Aun así, es interesante considerar las razones de los 3 pacientes (23%) del dispositivo grupal que informaron no haber cumplido sus expectativas:

*Fui con muchas intenciones, fui para hacer un grupo de amigos, para conocer gente, para encontrar nuevos mecanismos, bueno, no encontré nada. Pero el programa es bueno, por ahí yo fui a buscar cosas que debería haber ido a otro lugar a buscarlo.*

*Esperaba algo que tuviese que ver más con el asma: en cuanto al asma no se cumplieron las expectativas, lo demás me sirvió muchísimo.*

*Esperaba algo más médico sobre el asma. No se cumplieron expectativas, no porque lo que se hizo estuvo mal sino porque no abarca el tema del asma en forma global.*

Finalmente se solicitó a los pacientes que propusieran posibles cambios y/o sugerencias al programa. El 68% (7 pacientes en dispositivo individual y 10 en grupal) de los pacientes realizó algunos aportes interesantes tales como:

*Que sea más extenso.*

*Le cambiaría la duración, duró poco, lo haría el doble.*

*Lo único que le cambiaría es que no termine...*

*Podría extenderse un poco más, en vez de 3 meses 1 año.*

*Faltan sesiones con médicos, yo fui a ver el problema del asma pero del punto de vista físico...*

Hacerlo más lento, que no se hablen tan apurado algunos temas, que sea el mismo contenido pero en vez de 14 sesiones en 20. Un poquitito menos de deberes y que se machaque más en las partes que cuestan entender.  
Aumentaría las experiencias vivenciales para incorporar y aplicar la teoría con más fluidez.

Tabla 19

Calificación de los pacientes al CV-Asma por grupos y momentos de evaluación

Aspectos evaluados	Calificaciones de los pacientes	Entrevista post		Seguimiento 3 meses		Seguimiento 6 meses	
		Individual	Grupal	Individual	Grupal	Individual	Grupal
Extensión y frecuencia	Altamente satisfactorio (9-10)	50	85	45	69	30	40
	Muy satisfactorio (7-8)	42	15	45	31	60	60
	Moderadamente satisfactorio (5-6)	8	--	10	--	--	--
	No satisfactorio (1-4)	--	--	--	--	10	--
Contenidos	Altamente satisfactorio (9-10)	67	85	73	85	70	70
	Muy satisfactorio (7-8)	33	15	27	15	30	30
	Moderadamente satisfactorio (5-6)	--	--	--	--	--	--
	No satisfactorio (1-4)	--	--	--	--	--	--
Lugar de realización	Altamente satisfactorio (9-10)	92	92	91	92	80	100
	Muy satisfactorio (7-8)	8	8	9	8	20	--
	Moderadamente satisfactorio (5-6)	--	--	--	--	--	--
	No satisfactorio (1-4)	--	--	--	--	--	--
Relación con la/s profesional/es a cargo	Altamente satisfactorio (9-10)	92	100	100	100	100	100
	Muy satisfactorio (7-8)	8	--	--	--	--	--
	Moderadamente satisfactorio (5-6)	--	--	--	--	--	--

Valoración global del programa	No satisfactorio (1-4)	--	--	--	--	--	--
	Altamente satisfactorio (9-10)	75	92	91	77	90	80
	Muy satisfactorio (7-8)	25	8	9	23	10	20
	Moderadamente satisfactorio (5-6)	--	--	--	--	--	--
	No satisfactorio (1-4)	--	--	--	--	--	--
Cumplimiento de las expectativas	Altamente satisfactorio (9-10)	75	69	No fue indagado en los seguimientos			
	Muy satisfactorio (7-8)	25	8				
	Moderadamente satisfactorio (5-6)	--	--				
	No satisfactorio (1-4)	--	23				

*Nota.* Los datos están expresados en porcentajes de pacientes

**CAPÍTULO 8**  
**DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

## Discusión

El objetivo de esta investigación estuvo dirigido a diseñar y evaluar la eficacia de un programa de intervención psicosocial para mejorar la calidad de vida de adultos con asma bronquial, basado en los principios clínicos de la terapia cognitivo-conductual y complementario a los tratamientos médicos convencionales.

Toda la propuesta se corresponde con las líneas prioritarias de la Psicología de la Salud referenciadas en las definiciones aportadas por los autores representativos en el campo de conocimiento y contempladas en los objetivos prioritarios y específicos propuestos por la División 38 de la APA.

A continuación se discuten los resultados obtenidos en respuesta a las hipótesis y objetivos que guiaron la investigación en relación a los trabajos previos en el tema. En primer lugar cabe señalar que el estudio realizado no es comparable en sentido estricto con ninguna de las investigaciones revisadas (Grover et al., 2007; Lehrer et al., 2008; Put et al., 2003; Ross et al., 2005; Tousman et al., 2010) debido a que los programas poseen contenidos, extensión y frecuencia diferentes. Sin embargo, todos ellos se basaron en los principios de la terapia cognitivo-conductual y utilizaron variables biológicas y psicosociales similares para evaluar su eficacia. La mayoría de ellos también incluyeron tareas inter-sesión y/o material psicoeducativo.

La primera hipótesis planteada que predecía una mejoría clínicamente significativa en el funcionamiento de las vías respiratorias de los pacientes que recibieron la intervención, se cumplió parcialmente. Si bien no se alcanzaron diferencias con significación estadística entre los grupos, a partir del análisis intragrupo se constataron una serie de indicadores de mejoría que avalan la utilidad clínica de la intervención: (a) mejoría estadísticamente significativa en el grado de control del asma y la sintomatología asmática para el dispositivo individual y una tendencia positiva en el dispositivo grupal en la post intervención, (b) una menor frecuencia de crisis y de asistencias a guardias por asma al finalizar el tratamiento en los dos dispositivos de intervención comparados con el grupo control, y (c) ausencia de deterioro de la función pulmonar en la post intervención.

En cuanto a los seguimientos no se observó un patrón consistente de puntuaciones atribuible a la aplicación del Programa en las variables biológicas.

A excepción del trabajo de Tousman et al. (2010) los estudios revisados evaluaron variables biológicas (función pulmonar y sintomatología asmática) como parámetros de eficacia de los programas. En relación a la función pulmonar, los resultados obtenidos en la presente investigación concuerdan con los hallazgos de Lehrer et al. (2008) que no hallaron cambios en las mediciones luego de la aplicación del programa. Respecto a la

sintomatología asmática los resultados fueron semejantes a los aportados por tres de las investigaciones (Put et al., 2003; Grover et al., 2007; Lehrer et al., 2008) en las cuales se verificó una disminución de los síntomas asmáticos y un mayor grado de control de la enfermedad en los pacientes que habían participado de los programas.

En síntesis, los resultados referidos al impacto de las intervenciones sobre las variables biológicas son heterogéneos. Por un lado estas diferencias podrían analizarse en función del grado de ajuste de las diferentes medidas utilizadas. Por otra parte, el asma bronquial es una enfermedad crónica que presenta variaciones sintomáticas inter e intra sujeto debido a un conjunto de factores (climáticos, ambientales, emocionales) que intervienen de manera diferencial en la vida de los pacientes e influyen en la estabilidad de las mediciones, algo que, podría estar afectando también los resultados obtenidos.

La segunda hipótesis postulaba una mejoría clínicamente significativa en la calidad de vida de los pacientes que participaran del programa de intervención. En esta investigación se consideraron dos conceptualizaciones de la calidad de vida: en sentido amplio (calidad de vida global) y en sentido estricto (calidad de vida relacionada a la salud). Esta hipótesis se confirmó parcialmente.

Si bien no se alcanzaron diferencias con significación estadística entre los grupos, en el análisis intragrupo se hallaron una serie de indicadores de mejoría que avalan la utilidad clínica de la intervención: (a) en los dispositivos individual y grupal se confirmó un mayor porcentaje de pacientes con mejora clínicamente significativa de la CVRS total y sus dimensiones en la post intervención; (b) mejoría estadísticamente significativa en el dispositivo individual en la CVRS total y sus cuatro dimensiones, la Percepción Global de la CV, y en los dominios Psicológico y Medio Ambiente de la CV global, y (c) mejoría estadísticamente significativa en la Función Emocional de la CVRS en el dispositivo grupal.

Todas las investigaciones revisadas confirmaron cambios positivos en la calidad de vida relacionada a la salud de los pacientes, hallazgo concordante con los datos antes presentados. Cabe destacar que, un aporte diferencial de esta investigación fue proporcionar también datos sobre la calidad de vida global de los pacientes, es decir, referida a aspectos vitales más generales y no solo al proceso de salud-enfermedad. En este sentido, los resultados indican que el CV-Asma favoreció la CVRS y también la percepción global de la calidad de vida de los pacientes, especialmente en lo referido a la dimensión psicológica y medio ambiental.

Revisores expertos en este tipo de estudios (Yorke et al., 2007a) sugieren que para obtener resultados válidos en las pruebas de eficacia de las intervenciones psicosociales para adultos con asma, es necesario incluir indicadores psicológicos como ansiedad y depresión. A partir de estas recomendaciones y de la literatura científica que avala la

influencia moduladora de dichas variables sobre la CV, en este estudio clínico se incluyó la evaluación de síntomas psicopatológicos, pero no se verificaron diferencias estadísticamente significativas intra e intergrupo.

Este dato no se corresponde con los 4 estudios previos revisados que evaluaron ansiedad (Grover et al., 2007; Lehrer et al., 2008; Put et al., 2003; Ross et al., 2005) los cuales reportaron disminución de síntomas en la post intervención. De todos modos debe considerarse que dos de ellos (Lehrer et al., 2008; Ross et al., 2005) estaban dirigidos a adultos con asma que presentaban comorbilidad con trastorno de pánico, por lo cual ese resultado era esperable ya que las intervenciones tenían como objetivo directo la disminución de sintomatología ansiosa, algo que no constituyó un objetivo principal de nuestro programa.

En relación a la depresión, 3 de los estudios revisados incluyeron su evaluación. Dos de ellos (Grover et al., 2007; Tousman et al., 2010) constataron una disminución de síntomas en la post intervención. En nuestro estudio, al igual que en el de Ross et al. (2005) no se reportaron cambios estadísticamente significativos en esta medida.

Un análisis pormenorizado de los resultados requiere considerar al menos dos cuestiones para su interpretación: (a) que el programa de intervención diseñado no tuvo como objetivo directo la reducción sintomática de psicopatología, y (b) que los pacientes no presentaban diferencias significativas iniciales (línea base) en estas medidas. Por lo tanto, teniendo en cuenta estos aspectos, la falta de diferencias en estas variables no sería necesariamente indicativa de no eficacia del programa de intervención. En tal caso los grupos no presentaron cambios significativos en la evolución de síntomas psicopatológicos durante el programa ni a su finalización.

En cuanto al afrontamiento, las investigaciones son consistentes con respecto a que, un repertorio amplio y flexible de estrategias de afrontamiento aumenta la probabilidad de lograr una respuesta constructiva y adaptativa frente a los requerimientos particulares de una situación estresante (Kaupp et al., 2006; Moos & Schaefer, 1984) Por el contrario, la rigidez se ha asociado con bajos niveles de funcionamiento y con psicopatología (Lazarus & Folkman, 1986). En este sentido, los pacientes que participaron del CV-Asma mostraron un incremento en el uso de la mayoría de las estrategias de afrontamiento en la post intervención comparados con quienes no recibieron tratamiento. Estos datos se corresponden con los resultados del análisis cualitativo realizado al indicar que el modo de afrontamiento fue el principal cambio terapéutico percibido por los pacientes como resultado de la participación en el Programa. Es necesario recordar que el instrumento psicométrico utilizado evaluó afrontamiento en situaciones relacionadas al asma, por lo tanto el incremento en la frecuencia de uso de las diferentes estrategias se refiere a situaciones relacionadas a esta afección respiratoria. No obstante, el Programa aborda el Módulo

Afrontamiento del Estrés en sentido amplio, incluyendo otras situaciones vitales no directamente relacionadas o derivadas del proceso de salud-enfermedad. En este caso es interesante señalar que cuando en el análisis cualitativo los pacientes informaron cambios terapéuticos en el afrontamiento los referían tanto a situaciones relacionadas con el asma como a otras experiencias vitales.

La estabilidad de los cambios en el tiempo del afrontamiento no es clara. Los análisis estadísticos muestran que los logros obtenidos en la post intervención no se mantienen a 3 y 6 meses, no obstante en las entrevistas de seguimiento los pacientes informaron haber implementado las estrategias de afrontamiento adquiridas ante nuevas situaciones de tensión o conflicto que les habían surgido.

De los 5 estudios revisados sobre intervenciones cognitivo-conductuales para adultos con asma bronquial ninguno consideró dentro del programa contenidos referidos a las estrategias de afrontamiento, a pesar de ser una variable asociada a impactos diferenciales en las conductas relacionadas con la salud y en la CV en las personas con asma (Aalto et al., 2002; Hesselink et al., 2004). Solo un estudio (Grover et al., 2007) incluyó entrenamiento en resolución de problemas como parte de los contenidos de la intervención. Como postulan Yorke et al. (2007a), incorporar intervenciones psicosociales al abordaje integral del asma, no implica influir solamente sobre la salud sino y básicamente promover el ajuste del paciente a la enfermedad, algo que necesariamente se relaciona con el afrontamiento. El CV-Asma se propuso también como un aporte en este sentido.

En términos generales no se identificó un patrón claro en cuanto a la estabilidad de los resultados en el tiempo posteriormente a la finalización del programa. Este dato sugiere la necesidad de estudiar con más especificidad los mecanismos involucrados en los procesos de cambio de los pacientes, para identificar los aspectos que pudieran potenciar el mantenimiento de los resultados terapéuticos. En este sentido, podría pensarse en el diseño de una versión abreviada del CV-Asma a partir de los componentes que resultaron de mayor utilidad. Es interesante considerar que en las entrevistas post intervención un alto porcentaje de pacientes sugirió que el Programa fuese más extenso para seguir profundizando y afianzando algunos temas.

En cuanto a la estructura del Programa, y específicamente en relación a los módulos que organizaron la intervención, el análisis cualitativo realizado permitió identificar los componentes del CV-Asma indicados como los más efectivos para lograr cambios terapéuticos. Ellos fueron el Módulo 1 (Psicoeducación), Módulo 2 (Significados y experiencia personal con la enfermedad e identificación de las relaciones pensamientos-emociones-conductas), Módulo 3 (Afrontamiento) y del Módulo 4 (Regulación emocional) particularmente dos de sus contenidos: habilidades de tolerancia al malestar y habilidades

para la promoción de emociones positivas. Estos datos abren la posibilidad a futuras líneas de investigación donde puedan diseñarse intervenciones combinadas que incluyan básicamente los módulos o ejes temáticos más potentes para producir cambios clínicos.

Como se mencionó en el Capítulo 4, no se reportaron estudios que comparen los dispositivos de intervención psicosocial individual y grupal para esta población clínica. Se han encontrado estudios de eficacia dirigidos a mejorar el bienestar y la calidad de vida de los pacientes con asma implementados en modalidad individual (Put et al., 2003; Smith et al., 2007b), y otros en dispositivo grupal (Kuijjer et al., 2007; Ross et al., 2005; Tousman et al., 2010; Yoon et al., 1993). Nuestro estudio intentó ser un aporte en este sentido, sin embargo no se obtuvieron resultados concluyentes. Si bien en la mayoría de las variables evaluadas se observaron mejorías más notorias en los pacientes que participaron del dispositivo individual, éstas no fueron estadísticamente significativas. Además, como se vio reflejado en el análisis cualitativo, la mayoría de los pacientes que señalaron el valor terapéutico del dispositivo fueron quienes participaron de la modalidad grupal. En el mismo sentido, algunos pacientes del dispositivo individual explicitaron el deseo o la inquietud de participar de las intervenciones grupales y poder compartir su experiencia con otras personas que presentaban la misma enfermedad. A partir de esta información, podría pensarse en modalidades mixtas que combinen la instancia de trabajo terapéutico individual con sesiones grupales en un mismo programa.

### **Dificultades y Limitaciones**

Las dificultades y limitaciones a lo largo de todo el proceso del estudio se plantearon en diferentes niveles: (a) metodológico-procedimentales, (b) gestión, y (c) inherentes a la investigación en contextos clínicos con seres humanos.

#### **Dificultades y limitaciones metodológico-procedimentales.**

Una de las principales dificultades que presentan los estudios clínicos con seres humanos es sin duda la falta de correspondencia entre los esfuerzos implementados para la obtención de las muestras y la cantidad efectiva de sujetos que reúnen las condiciones para ser incluidos. Esta investigación no fue ajena a dicho obstáculo tal como fue descrito pormenorizadamente en el apartado de Metodología del Capítulo 6 (Proceso de obtención de la muestra). Si bien los tamaños muestrales constituyen una limitación, es una dificultad compartida por la mayoría de las investigaciones de este tipo, algo que queda claramente reflejado en la literatura analizada.

Somos conscientes que este hecho afecta sensiblemente el alcance de los procedimientos estadísticos y repercute en el tratamiento de los datos. No obstante,

entendemos que intentar precisar los criterios que definen la naturaleza y calidad de los datos supone mayores garantías para la investigación en contextos clínicos.

Otra de las dificultades metodológicas se relacionó con el protocolo de evaluación. Si bien se utilizaron instrumentos válidos, confiables y adaptados a nuestro medio, se tuvo especial atención a las limitaciones que ofrecen los autoinformes como fuente única de reporte. Se observó que alguno de ellos no era lo suficientemente sensible como para registrar cambios que sí eran advertidos a nivel clínico tanto por los terapeutas como por los pacientes. Una de las maneras de superar esta dificultad fue la inclusión de los análisis cualitativos que permitió complementar la información aportada por los autoinformes.

### **Dificultades y limitaciones en la gestión.**

Un conjunto de dificultades estuvo referido a las gestiones para la implementación del Programa en instituciones de salud pública. Si bien existen convenios preexistentes entre la Universidad Nacional de Mar del Plata y los hospitales de la ciudad, la puesta en práctica de las relaciones de colaboración no se lograron fácilmente debido a situaciones político-institucionales que en muchos casos excedían a los directivos a cargo.

Otra dificultad tuvo que ver con el aún presente modelo biomédico y la baja receptividad al trabajo interdisciplinario. Si bien algunos médicos especialistas (neumonólogos y alergistas) colaboraron en la difusión del programa, no se logró un trabajo verdaderamente coordinado, lo que sin dudas hubiera enriquecido al programa de intervención y su evaluación.

Finalmente, al momento de la implementación del programa no se contó con un espacio físico en la Universidad, por lo cual se tuvieron que gestionar espacios alternativos en el Colegio de Psicólogos y en consultorios privados.

### **Dificultades y limitaciones inherentes la investigación en contextos clínicos con seres humanos.**

A diferencia de otro tipo de estudios, cuando los implicados son seres humanos se considera que existen una serie de imprevistos propios de las situaciones vitales o medio-ambientales que de alguna manera influyen en el proceso y en los resultados. Ejemplos de lo antedicho en este caso específico fueron: (a) la pandemia de gripe A (H1N1) lo cual retrasó considerablemente la aplicación del programa; (b) las ausencias (a las entrevistas de admisión, evaluaciones o sesiones) debido al clima, enfermedad u otros problemas personales, y la consecuente reprogramación del encuentro; y (c) acontecimientos vitales estresantes (fallecimiento de un ser querido, hospitalizaciones, pérdida de trabajo, etc.).

Por otra parte, en la aplicación del CV-Asma se advirtieron diferencias entre los pacientes en el aprovechamiento de las tareas inter-sesión y las actividades en función del

nivel comprensivo y de elaboración de los pacientes, básicamente en el componente cognitivo del Programa. Este hecho establece la necesidad de un análisis diferencial para tener en cuenta los alcances y limitaciones del CV-Asma en lo referido a la generalización de su aplicación.

## Conclusiones

El CV-Asma resultó ser un programa de intervención con validez clínica y de utilidad para mejorar la calidad de vida de los adultos con asma bronquial según los registros de medidas psicométricas, los análisis cualitativos de las muestras bajo estudio y los objetivos propuestos. Su diseño, compatible con una concepción biopsicosocial en la que se basó el plan de intervención propuesto en esta investigación, se organizó a partir de principios clínicos con sustento empírico e incluyó con especial cuidado recomendaciones internacionales sobre el abordaje del asma (GINA, 2011; NHLBI, 2007). También se planteó como parte de la investigación, comparar dispositivos diferentes (individual y grupal) bajo la premisa de potenciar los recursos terapéuticos y favorecer las intervenciones costo-efectivas.

No obstante, el hecho de que las mediciones realizadas no alcanzaran diferencias estadísticamente significativas en los análisis intergrupo para la mayoría de las variables evaluadas en los distintos momentos, plantea limitaciones para dar por probada su eficacia bajo los estándares establecidos, aun cuando se corroboren indicadores claros de mejoría clínica. Esta tensión entre la significación clínica y la significación estadística sin duda pone en evidencia la necesidad de una profunda revisión en cuanto a la adecuación de los criterios a partir de los cuales se establece el valor clínico de las intervenciones terapéuticas. Existe un reconocimiento creciente respecto a dicha tensión que da cuenta del carácter problemático de la utilización de métodos tradicionales para evaluar la eficacia de los tratamientos (Barlow, 1981; Garfield, 1981; Jacobson, Follette, & Revenstorf, 1984; Kazdin, 1977; Kendall & Norton-Ford, 1982; Smith, Glass, & Miller, 1980; Yeaton & Sechrest, 1981). El uso de la significación estadística como criterio de eficacia es claramente insuficiente si consideramos la naturaleza y complejidad de los fenómenos clínicos. De hecho, se han sugerido distintas posibilidades para establecer la validez clínica como por ejemplo los cambios reales y tangibles percibidos como valiosos por los mismos pacientes (Gómez Penedo & Roussos, 2012; Jacobson & Truax, 1991).

Específicamente en esta investigación se hallaron los siguientes indicadores de mejoría clínica y cambio terapéutico: 1) diferencias significativas y tendencias de evolución favorable en las evaluaciones pre-post intervención en quienes participaron del CV-Asma en cuanto al grado de control de la enfermedad, sintomatología asmática, percepción global de la calidad de vida, calidad de vida relacionada a la salud e incremento del uso de diferentes estrategias de afrontamiento, 2) valoración positiva del CV-Asma por parte de los pacientes de ambos dispositivos (individual y grupal), 3) identificación de cambios positivos a partir de la intervención, desde la mirada del paciente y en lo que respecta a: (a) el afrontamiento de la enfermedad y de otras situaciones de la vida cotidiana, (b) la toma de conciencia y el

cambio de perspectiva, y (c) la cantidad y calidad de información sobre asma y/o sobre su tratamiento. Otros cambios señalados por un grupo de pacientes fueron los referidos a la adquisición de habilidades para tolerar el malestar y/o promover emociones positivas, y la capacidad de autoeficacia y agencia personal, es decir, una mayor percepción de dominio efectivo sobre su propia vida y el manejo de su enfermedad.

Estos resultados no son menores desde el punto de vista clínico teniendo en cuenta que se trata de un programa breve. Por otra parte cabe señalar que en ningún caso los pacientes recayeron en sus puntuaciones por debajo de la línea de base, hecho que también aporta evidencia sobre su impacto clínico. Asimismo, si bien los análisis estadísticos no mostraron un patrón consistente de estabilidad de los cambios en el tiempo, los análisis cualitativos confirmaron que los pacientes siguieron aplicando los recursos adquiridos durante el programa ante nuevas situaciones de tensión o conflicto posteriormente a su finalización.

Respecto a los dos dispositivos de intervención no se concluye la superioridad de uno sobre otro. A partir de lo planteado en la discusión, podría pensarse en modalidades que combinen los dispositivos individual y grupal en un mismo programa, y de ese modo potenciar las ventajas de cada uno y ajustar la relación coste-beneficio.

A nivel mundial son escasas las intervenciones para pacientes con asma centradas en las creencias, conductas y emociones que cuentan con una sólida base empírica. Asimismo en Latinoamérica la producción científica sobre este tema es acotada. Particularmente en Argentina no se informan estudios controlados que evalúen la eficacia de estos abordajes, y las investigaciones empíricas sobre asma bronquial y factores psicosociales son casi inexistentes. Por este motivo, y considerando las altas tasas de prevalencia e incidencia de esta afección respiratoria y el deterioro que provoca en la calidad de vida de los pacientes, esta investigación pretende ser un aporte innovador tanto a nivel teórico-técnico como clínico-aplicado para un tratamiento más efectivo de esta población clínica. Por otra parte, el programa diseñado y evaluado constituye un producto con capacidad de transferencia para el sistema sanitario público y privado, algo que garantiza un mayor alcance.

En cuanto a las líneas futuras de investigación, se abren una serie de posibilidades en diferentes niveles si se considera la escasez de programas de intervención clínica y su evaluación para poblaciones específicas. Por un lado en cuanto al estudio intensivo de los procesos terapéuticos, poder identificar con mayor precisión las variables intervinientes que actúan como mecanismos y mediadores de cambio derivados de las intervenciones clínicas, en lo que refiere a la evolución de los pacientes y la estabilidad de los efectos en el tiempo. Avanzar en este conocimiento redundaría en la diversificación de diseños y acciones

clínicas que se adecuen a la especificidad de las poblaciones a tratar en lugar de establecer tratamientos universalmente aplicables y exitosos. Asimismo se podrían plantear versiones abreviadas del Programa y realizar adaptaciones a otras franjas etarias.

En definitiva, el CV-Asma constituye un punto de llegada y a su vez un punto de partida al habilitar nuevos interrogantes. Se espera que esta investigación motive nuevos estudios dentro del campo de la psicología de la salud y la psicología clínica, y promueva la articulación entre la producción científica y las aplicaciones dirigidas al mejoramiento y la optimización de la calidad de vida de los pacientes.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aalto, A.M., Härköpää, K., Aro, A.R., & Rissanen, P. (2002) Ways of coping with asthma in everyday life. Validation of the Asthma Specific Coping Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(6), 1061-1069.
- Antony, M.M., & Swinson, R.P. (2000). *Phobic disorders and panic in adults: A guide to assessment and treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Arias Diaz, A., Pernas Gómez, M., & Martín, G. (1998). Aplicación de un programa de entrenamiento para el automanejo del asma bronquial. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 14(4), 335-339. Recuperado de [http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol14\\_4\\_98/mgi06498.pdf](http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol14_4_98/mgi06498.pdf)
- Asociación Médica Mundial (2008). *Declaración de Helsinki*. Tokio: Autor. Recuperado de [http://www.wma.net/es/30publications/10policias/b3/17c\\_es.pdf](http://www.wma.net/es/30publications/10policias/b3/17c_es.pdf)
- Asociación Psiquiátrica Americana. (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4<sup>ta</sup> ed.). Washington, DC: Autor.
- Asociación Psiquiátrica Americana. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5<sup>ta</sup> ed.). Washington, DC: Autor.
- Astin, J.A., Beckner, W., Soeken, K., Hochberg, M.C. & Berman, B. (2002). Psychological interventions for rheumatoid arthritis: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Arthritis & Rheumatism*, 47(3), 291-302.
- Axelsson, M. Brink, E., Lundgren, J., Torén, K., & Lötvall, J. (2009). Personality, adherence, asthma control and health-related quality of life in young adult asthmatics. *Respiratory Medicine*, 103(7), 1033-1040.
- Axelsson, M. Brink, E., Lundgren, J., & Lotvall, J. (2011). The influence of personality traits on reported adherence to medication in individuals with chronic disease: An epidemiological study in west sweden. *Plos ONE*, 6(3), 1-7. Recuperado de <http://www.plosone.org/article/info:doi/10.1371/journal.pone.0018241>
- Ayllon Negrillo, E. (2004). *Repercusiones del deseo y la búsqueda activa de información sobre la toma de decisiones en pacientes asmáticos* (Disertación doctoral, Universitat de Valencia, 2004). Valencia: Servei de Publicacions.
- Ballester, R. (1997). *Introducción a la Psicología de la Salud. Aspectos conceptuales*. Valencia: Promolibro.
- Ballester, R. (2003). Eficacia terapéutica de un programa de intervención grupal cognitivo-comportamental para mejorar la adhesión al tratamiento y el estado emocional de pacientes con Infección por VIH/SIDA. *Psicothema*, 15(4), 517-523.
- Balluerka Lasa, N., & Vergara Iraeta, A.I. (2002). *Diseños de investigación experimental en psicología*. Madrid: Prentice Hall.
- Bandura, A. (2001). Social Cognitive Theory: An Agentic Perspective. *Annual Review of Psychology*, 52, 1-26. Recuperado de <http://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/Bandura2001ARPr.pdf>

- Barlow, D. H. (1981). On the relation of clinical research to clinical practice: Current issues, new directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 147-155. doi:10.1037/0022-006X.49.2.147
- Barlow, D. (2004). Psychological Treatments. *American Psychologist*, 59(9), 869-878. Recuperado de [http://www.uwo.edu/psychology/\\_files/docs/barlow%20article.pdf](http://www.uwo.edu/psychology/_files/docs/barlow%20article.pdf)
- Barlow, D.H., & Durand, V.M. (2008). Trastornos de ansiedad. En D.H. Barlow & V.M. Durand, *Psicopatología* (3ª ed.) (pp. 107-159). Madrid: Paraninfo.
- Barton, C., Clarke, D., Sulaiman, N., & Abramson, M. (2003). Coping as a mediator of psychosocial impediments to optimal management and control of asthma. *Respiratory Medicine*, 97(7), 747-761.
- Bayés, R. (1985). *Psicología oncológica*. Barcelona: Martínez Roca.
- Beck, A. T., Steer, R.A., & Brown, G.K. (2006). *BDI-II Inventario de Depresión de Beck. Manual*. Buenos Aires: Paidós.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. (1983/2005). *Terapia cognitiva de la depresión* (16ª ed.). Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Beck, A.T. (2008). Evolución del modelo cognitivo de la depresión y sus correlatos neurobiológicos. *American Journal of Psychiatry*, 11, 605-613.
- Beck, J. (1995). *Terapia cognitiva. Conceptos básicos y profundización*. Barcelona: Gedisa
- Becoña, E., & Oblitas, L. (2004). Psicología de la salud: antecedentes, desarrollo, estado actual y perspectiva. *Investigación en Detalle Número*, 4. Recuperado de <http://www.alapsa.org/detalle/04/index.htm>
- Belar, C.D., McIntyre, T.M., & Matarazzo, J.D. (2003). Health Psychology. En I.B. Weiner (Ed.), *Handbook of Psychology* (pp. 451-464). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Belloch, A. (1996). Mentes y cuerpos: amores, desamores y renuncias. En V. Pelechano (Ed.), *Psicología Clínica y/o Psicología de la Salud* (pp.71-105). Valencia: Promolibro.
- Belloch, A., & Fernández Alvarez, H. (2002). *Trastornos de la personalidad*. Madrid: Síntesis.
- Belloch, A., Perpiñá, M., Martínez-Moragón, E., de Diego, A., & Martínez-Francés, M. (2003). Gender differences in health-related quality of life among patients with asthma. *Journal of Asthma*, 40(8), 945-953. doi: 10.1081/JAS-120024595
- Benedito Monleón, M.C., Botella Arbona, C., & López Andreu, J.A. (1996). Influencia de tres tratamientos psicológicos sobre dimensiones de personalidad en niños asmáticos. *Anales de Psicología*, 12(2), 217-222.
- Benedito Monleón, M.C., & Botella Arbona, C. (1993). *Asma Bronquial. Análisis y técnicas de intervención psicológica*. Valencia: Promolibro.
- Bishop, G.D. (1994). *Health psychology: Integrating mind and body*. Singapore: Allyn y Bacon.
- Black, J., Allison, T., Williams, D., Rummans, T., & Gau, G. (1998). Psychosocial Effect of Intervention for Psychological Distress on Rehospitalization Rates in Cardiac Rehabilitation Patients. *Psychosomatics*, 39(2), 134-143.

- Blanchard, E.B. (1994). Behavioral medicine and health psychology. En A. E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 701-733). New York: Willey
- Botella, C. (1996). En defensa de la Psicología Clínica. En V. Pelechano (Ed.), *Psicología Clínica y/o Psicología de la Salud* (pp.13-51). Valencia: Promolibro.
- Botella, C., Baños, M.R., & Perpiñá, C. (2003). *Fobia Social. Avances en la psicopatología, la evaluación y el tratamiento psicológico del trastorno de ansiedad social*. Barcelona: Paidós.
- Buela-Casal, G., & Carrobbles, J.A. (1996). Concepto de psicología clínica, medicina conductual y psicología de la salud. En G. Buela-Casal, V.E. Caballo & J.C. Sierra (Dir.), *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud* (pp. 3-12). Madrid: Siglo XXI.
- Caballo, V.E. (1997/2002). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (Vols. 1-2 (2<sup>da</sup> ed.). Madrid: Siglo XXI.
- Cabello Alarcón, H., Banavides Vásquez, A., & Jaymez Vásquez, A. (1996). Depresión en pacientes adultos con diabetes. *Boletín de la Sociedad Peruana de Medicina Interna*, 9(1), 3-7.
- Cameron, L.D., & Nicholls, G. (1998). Expression of stressful experiences through writing: effects of a self-regulation manipulation for pessimists and optimists. *Health Psychology*, 17(1), 84–92. doi: 10.1037/0278-6133.17.1.84
- Campos, M., Iraurgi, J., Páez, D., & Velasco, C. (2004). Afrontamiento y regulación emocional de hechos estresantes. Un metanálisis de 13 estudios. *Boletín de Psicología*, 82, 25-44.
- Cárdenas Villareal, V.M., Pedraza Loredo, C., & Lerma Cuevas, R.E. (2005). Calidad de vida del paciente con Diabetes Mellitus tipo 2. *Ciencia UANL* 8(3), 351-357.
- Caro Gabalda, I. (1997). *Manual de psicoterapias cognitivas: Estado de la cuestión y procesos terapéuticos*. Barcelona: Paidós.
- Carvalho, N.S., Ribeiro, P.R., Ribeiro, M. Nunes, M.P.T., Cukier, A., & Stelmach, R. (2007). Comparing asthma and chronic obstructive pulmonary disease in terms of symptoms of anxiety and depression. *Jornal Brasileiro de Pneumologia* 33(1), 1-6. Recuperado de [http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v33n1/en\\_a04v33n1.pdf](http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v33n1/en_a04v33n1.pdf)
- Cheng, Z., Dai, L.L., Li, F., Liu, Y., Kang, Y., Chen, H.J., Wang, X., Zhang, H., & Ni, R. (2012). Relationship between anxiety, depression and asthma control. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi* 92(30), 2128-2130. Abstract recuperado de <http://europepmc.org/abstract/MED/23158277>
- Chetta, A., Guerra, G., Foresi, A., Zaimovic, A., Del Donno, M., Chittolini, B., Malorgio, R., Castagnaro, A., & Olivieri, D. (1998). Personality profiles and breathlessness perception in outpatients with different gradings of asthma. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 157(1), 118-122. Recuperado de <http://www.atsjournals.org/doi/pdf/10.1164/ajrccm.157.1.9702093>

- Cía, A.H. (2000). La ansiedad y sus trastornos. En A.H. Cía (Ed.), *Estrategias para superar el Pánico y la Agorafobia. Manual práctico de recursos terapéuticos* (pp. 31-59). Buenos Aires: El Ateneo.
- Clark, N.M., Griffiths, C., Keteyian, S.R. & Patridge, M.R. (2010). Educational and behavioral interventions for asthma: who achieves which outcomes?. A systematic review. *Journal of Asthma and Allergy*, 3, 187-197. doi: 10.2147/JAA.S14772
- Clement, Y., & Chapouthier, G. (1998). Biological bases of anxiety. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 22(5),623-633.
- Coffman, K., & Levenson, J.L. (2006). Enfermedades Pulmonares. En J.L. Levenson (Ed.), *Tratado de Medicina Psicosomática* (pp. 453-473). Barcelona: Ars Médica.
- Coolican, H. (2005). *Métodos de investigación y estadística en psicología*. México: El Manual Moderno.
- Cooper, C.L., Parry, G.D., Saul, C., Morice, A.H., Hutchcroft, B.J., Moore, J., & Esmonde, L. (2007). Anxiety and panic fear in adults with asthma: prevalence in primary care. *BMC Family Practice*, 8(62), 1-7. doi:10.1186/1471-2296-8-62
- Cordina, M., Fenech, A.G., Vassallo, J., & Cacciottolo, J.M. (2009). Anxiety and the Management of asthma in an adult outpatient population. *Therapeutic Advances in Respiratory Diseases*, 3(5), 227-233. doi: 10.1177/1753465809347038.
- Chen, H., Katz, P.P., Eisner, M.D., Yelin, E.H., & Blanc, P.D. (2004). Health-related quality of life in adult rhinitis: the role of perceived control of disease. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 114(4), 845-850.
- Chugg, K., Barton, C., Antic, R., & Crockett, A. (2009). The impact of alexithymia on asthma patients management and communication with health care providers: a pilot study. *Journal of Asthma*, 46 (2), 126-129. doi:10.1080/02770900802468525
- Creswell, J.W., & Plano Clark, V.L. (2007). *Designing and conducting mixed methods research*. London: Sage Publications.
- Cruess, S., Antoni, M., Cruess, D., Fletcher, M.A. Ironson, G., Kumar, M., Lutgendorf, S., Hayes, A., Klimas, N., & Schneiderman, N. (2000). Reductions in herpes simplex virus type 2 antibody titers after cognitive behavioral stress management and relationships with neuroendocrine function, relaxation skills, and social support in hiv-positive men. *Psychosomatic Medicine*, 62, 828-837.
- Curtis H.N., & Barnes, S. (2000). *Biología* (6<sup>ta</sup> ed.). Buenos Aires: Panamericana.
- Davison, M.K., Bershadsky, B., Bieber, J., Silversmith, D., Maruish, M.E., & Kane, R.L. (1997). Development of a brief, multidimensional, self-report instrument for treatment outcomes assessment in psychiatric settings: Preliminary findings. *Assessment* 4, 259-276.
- Delamater, A.M., Jacobson, A.M., Anderson, B., Cox, D., Fisher, L., Lustman, P., Rubin, R., & Wysocki, T. (2001). Psychosocial Therapies in Diabetes. *Diabetes Care*, 24(7), 1286-1292.

- De la Canal, A., Jinich, P., & Talamoni, H.L. (2008). *Asma*. Buenos Aires: Del hospital Ediciones.
- Devine, E.C. (1998). Meta-analysis of the effects of psychoeducational care in adults with asthma. *Research in Nursing & Health*, 19(5), 367-376 doi:10.1002/(SICI)1098-240X(199610)19:5<367::AID-NUR1>3.0.CO;2-O
- Di Marco, F., Verga, M., Santus, P., Giovannelli, F., Busatto, P., Neri, M., Girbino, G., Bonini, S., & Centanni, S. (2010). Close correlation between anxiety, depression, and asthma control. *Respiratory Medicine*, 104(1), 22-28. doi: 10.1016/j.rmed.2009.08.005
- Díaz Vázquez, C.A. (s/f). *Modelo Tridimensional de los Tres Tubos*®. Recuperado de <http://www.respirar.org/respirar/educacion/herramientas-educativas/modelo-de-los-tres-tubos.html>
- Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Presidencia de la Nación Argentina. (2005). *Estadísticas vitales. Información Básica-2004*. (Serie 5. Nro.48). Buenos Aires: Autor.
- Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación Argentina. (2007). *Estadísticas vitales. Información Básica-2006*. (Serie 5. Nro.50). Buenos Aires: Autor.
- Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación Argentina. (2010). *Estadísticas vitales. Información Básica-2009*. (Serie 5. Nro.53). Buenos Aires: Autor.
- Dresch, V. (2006). *Relaciones entre personalidad y salud física/psicológica: diferencias según sexo/género, situación laboral y cultura/nación* (Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Psicología, España). Recuperada de <http://eprints.ucm.es/7494/1/ucm-t29612.pdf>
- Echeburúa, E., & de Corral, P. (2001). Eficacia de las terapias psicológicas: de la investigación a la práctica clínica. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 1(1), 181-204.
- Epstein, S., & Hicks, D. (2006). Trastornos de ansiedad. En J.L. Levenson (Ed.), *Tratado de Medicina Psicosomática* (pp. 255-274). Barcelona: Ars Médica
- Epstein, G.N., Halper, J.P., Barrett, E.A., Birdsall, C., McGee, M., Baron, K.P., & Lowenstein, S. (2004) A pilot study of mind-body changes in adults with asthma who practice mental imagery. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 10(4), 66-71. Recuperado de [http://drjerryepstein.org/sites/default/files/Pilot\\_Study\\_Mind-Body\\_Changes\\_in\\_Adults\\_with\\_Asthma\\_Who\\_Practice\\_Mental\\_Imagery.pdf](http://drjerryepstein.org/sites/default/files/Pilot_Study_Mind-Body_Changes_in_Adults_with_Asthma_Who_Practice_Mental_Imagery.pdf)
- Esterling, B.A., Antoni, M.H., Fletcher, M.A., Margulies, S., & Schneiderman, N. (1994). Emotional disclosure through writing or speaking modulates latent Epstein-Barr virus antibody titers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 130-140. Recuperado de <http://www.psych.utoronto.ca/users/peterson/selfauthoring/Narrative%20and%20Goal>

- %20Setting/Trauma%20Disclosure/Esterling%20BA%20Emotional%20disclosure%20late  
nt%20Epstein%20Barr%20JCCP%201994.pdf
- Fageström, K.O. (1978). Measuring degrees of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addictive Behaviors* 3(3-4), 235-241. doi:10.1016/0306-4603(78)90024-2
- Fasciglione, M.P. (2007). *Conducta de enfermedad y calidad de vida de adultos con asma bronquial* (Tesis de grado no publicada). Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata, Mar del Plata, Argentina
- Fasciglione, M.P., & Castañeiras, C.E. (2007). Asma bronquial hoy: una perspectiva psicosocial. *Archivos de Alergia e Inmunología Clínica*, 38 (1), 12-18.
- Fasciglione, M.P., & Castañeiras, C.E. (2008). Afrontamiento y alexitimia: su impacto en la calidad de vida de adultos con asma bronquial. *Perspectivas en Psicología. Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 5 (1), 33-39.
- Fasciglione, M.P., & Castañeiras, C.E. (2010). El componente educativo en el abordaje integral del asma bronquial. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 36 (2), 252-259.
- Farmer, A., Korszun, A., Owen, M.J., Craddock, N., Jones, L., Jones, I., ... McGuffin, P. (2008). Medical disorders in people with recurrent depression. *The British Journal of Psychiatry*, 192, 351-355. doi 10.1192/bjp.bp.107.038380
- Fawzy, F.I., Fawzy, N.W., Hyun, C.S., Elashoff, T.R., Guthrie, D., Fahey, J.L., & Mortn, D.L.. (1993). Malignant melanoma: Effects of an early structured psychiatric intervention coping and affective state on recurrence and survival 6 years after. *Archives of General Psychiatry*, 50(9), 681-689. doi:10.1001/archpsyc.1993.01820210015002
- Federación de Psicólogos de la República Argentina. (1999). *Código de Ética de la Fe.P.R.A.* Buenos Aires: Autor. Recuperado de [http://www.fepra.org.ar/docs/Codigo\\_de\\_etica.pdf](http://www.fepra.org.ar/docs/Codigo_de_etica.pdf)
- Feldman, L.B., Gross, J.J., Conner, T., & Benvenuto, M. (2001). Knowing what you're feeling and knowing what to do about it: mapping the relation between emotion differentiation and emotion regulation. *Cognition and Emotion*, 15(6), 713-724
- Feldman, J.M., Lehrer, P., & Hochron, S. (2002). The predictive value of the Toronto Alexithymia Scale among patients with asthma. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(6), 1049-1052.
- Fernandes, L., Fonseca, J., Martins, S., Delagado, L., Costa Pereira, A., Vaz, M., & Branco, G. (2010). Association of anxiety with asthma: subjective and objective outcome measures. *Psychosomatics*, 51(1), 39-46. Recuperado de <http://psy.psychiatryonline.org/cgi/reprint/51/1/39.pdf>
- Fernández Alvarez, H. (1994). Abordaje cognitivo de los trastornos psicosomáticos. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 3(1), 33-46.
- Fernández Alvarez, H. (1999). *La psicoterapia vista por los médicos*. Buenos Aires: Grupo Editor Latinoamericano.

- Fernández Alvarez, H. (2008). *Integración y salud mental. El proyecto Aiglé 1977-2008*. Buenos Aires: Desclée De Brouwer.
- Fernández Camacho, A. (2001). Depresión y enfermedad médica I. *Medicina General*, 38, 823-826. Recuperado de <http://www.mgyf.org/medicinageneral/noviembre2001/823-826.pdf>
- Francis, M.E., & Pennebaker, J.W. (1992). Putting stress into words: the impact of writing on physiological, absentee, and self-reported emotional well-being measures. *American Journal of Health Promotion*, 6, 280-287.
- Freeman, A., & Oster, C.L. (2002). Terapia cognitiva de la depresión. En V. Caballo (Dir.). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. (2ª ed.) (pp. 543- 574). Madrid: Siglo XXI
- Gallefoss, F., Bakke P.S., & Kjaersgaard, P. (1999). Quality of life assessment after patient education in a randomized controlled study on asthma and chronic obstructive pulmonary disease. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 159(3), 812-817. doi: 10.1164/ajrccm.159.3.9804047
- García Portilla González, M.P., Bascarán Fernández, M.T., Sáiz Martínez, P.A, Bousoño García, M., & Bobes García, J. (2002/2006). *Banco de instrumentos básico para la práctica de la psiquiatría clínica* (4ª Edición). Barcelona: Ars Médica.
- García, M.A.A., Tafuri, M.J., Nogueira, R.C., & Carcinoni, T.M. (2000). A depressão em pacientes com câncer: uma revisão. *Revista de Ciências Médicas Campinas*, 9(2), 80-85.
- Garfield, S. L. (1981). Evaluating the psychotherapies. *Behavior Therapy*, 12(3), 295-307.
- Global Strategy for Asthma Management and Prevention*, Global Initiative for Asthma (GINA) 2006. Recuperado de <http://www.ginasthma.org>.
- Global Strategy for Asthma Management and Prevention*, Global Initiative for Asthma (GINA) 2008. Recuperado de <http://www.ginasthma.org>.
- Global Strategy for Asthma Management and Prevention*, Global Initiative for Asthma (GINA) 2010. Recuperado de <http://www.ginasthma.org>.
- Global Strategy for Asthma Management and Prevention*, Global Initiative for Asthma (GINA) 2011. Recuperado de <http://www.ginasthma.org>.
- Gómez, B. (2011). Abordaje de perturbaciones asociadas a enfermedades físicas crónicas. En H. Fernández Alvarez (Comp). *Paisajes de la psicoterapia. Modelos, aplicaciones y procedimiento* (pp. 239- 266). Buenos Aires: Polemos.
- Gómez, M. (2006). Epidemiología del asma en Argentina. *Archivos de Alergia e Inmunología Clínica*, 37(2), 63-70. Recuperado de [http://www.archivos.alergia.org.ar/material/22006/2006\\_02\\_03\\_revision.pdf](http://www.archivos.alergia.org.ar/material/22006/2006_02_03_revision.pdf)
- Gómez, M. (2009). *Introducción a la metodología de la investigación científica*. Córdoba: Brujas.

- Gómez Penedo, J.M., & Roussos, A. (2012). ¿Cómo sabemos si nuestros pacientes mejoran? Criterios para la significancia clínica en psicoterapia: Un debate que se renueva. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 21(2), 173-190.
- Gotlib, I.H., & Neubauer, D.L. (2000). Information-Processing Approaches to the Study of Cognitive Biases in Depression. En S.L. Johnson, A.M. Hayes, T.M. Field, N. Schneiderman & P.M. McCabe (Eds.), *Stress, coping and depression* (pp. 117- 143). Nueva Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Grover, N., D'Souza, G., Thennarasu, K., & Kumaraiah, V. (2007). Randomized controlled study of CBT in bronchial asthma. *Lung India*, 24(2), 45-50. Recuperado de <http://www.lungindia.com>
- Groves, M.S., & Muskin, P.R. (2006). Respuestas psicológicas ante la enfermedad. En J.L. Levenson (Ed.), *Tratado de Medicina Psicosomática* (pp. 69-91). Barcelona: Ars Médica.
- Harris, A.H.S., Thoresen, C.E., Humphreys, K., & Faul, J. (2005). Does writing affect asthma? A Randomized Trial. *Psychosomatic Medicine*, 67, 130-136. doi: 10.1097/01.psy.0000146345.73510.d5
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M.P. (2010). *Metodología de la investigación*. México DF: McGraw-Hill.
- Hesselink, A.E., Penninx, B.W., Schlösser, M.A., Wijnhoven, H.A., van der Windt D.A., Kriegsman, D.M., & van Eijk, J.T. (2004). The role of coping resources and coping style in quality of life of patients with asthma or COPD. *Quality of Life Research*, 13(2), 509-518.
- Holloway, E., & Ram, F.S.F. (2008). Ejercicios respiratorios para el asma *La Biblioteca Cochrane Plus*, 4. Recuperado de <http://www.update-software.com>
- Hommel, K.A., Chaney, J.M., Wagner, J.L., & McLaughlin, M.S. (2002). Asthma-Specific Quality of Life in Older Adolescents and Young Adults with Long-Standing Asthma: The Role of Anxiety and Depression. *Journal of Clinical Psychology in Medical settings*, 9(3), 185-191.
- Huntley, A, White, A.R., & Ernst, E. (2002). Relaxation therapies for asthma: a systematic review. *Thorax*, 57, 127-131. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1746244/pdf/v057p00127.pdf>
- Jacobson, N.S., & Follette, W.C. (1984). Psychotherapy outcome research: Methods for reporting variability and evaluating clinical significance. *Behavior Therapy*, 15(4), 336-352.
- Jacobson, N.S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19.
- Jódar, I., Valdés, M., Sureda, B., & Ojuel, J. (2000). Alexitimia: hipótesis etiológicas e instrumentos de medida. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 27(3), 136-146.

- Juniper, E.F., Guyatt, H.G., Epstein, R.S., Ferrie, P.J., Jaeschke, R., & Hiller, T.K. (1992). Evaluation of impairment of health related quality of life in asthma: development of a questionnaire for use in clinical trials. *Thorax*, 47(2), 76-83.
- Juniper, E.F., Guyatt, H.G., Willan, A., & Griffith, L.E. (1994). Determining a minimal important change in a disease-specific quality of life questionnaire. *Journal of Clinical Epidemiology*, 47, 81-87.
- Juniper, E.F., Buist, A.S., Cox, F.M., Ferrie, P.J., & King, D. R. (1999). Validation of a Standardized Version of the Asthma Quality of Life Questionnaire. *Chest*, 115(5), 1265-1270.
- Kaplan, R.M. (1985). Quality of Life Measurement. En P. Karoly (Ed.), *Measurement Strategies in Health Psychology* (pp. 115-146). New York: John Wiley & Sons.
- Kaupp, J.W., Rapoport-Hubschman, N. & Spiegel, D. (2006). Tratamientos psicosociales. En J.L. Levenson (Ed.), *Tratado de Medicina Psicosomática* (pp. 947-981). Barcelona: Ars Médica.
- Kazdin, A. E. (1977). Assessing the clinical or applied importance of behavior change through social validation. *Behavior Modification*, 1, 427-452.
- Kazdin, A. (2001). *Métodos de investigación en psicología clínica*. México: Pearson Educación.
- Keefe, F.J. & Somers, T.J. (2010). Psychological approaches to understanding and treating arthritis pain [Abstract]. *Nature Reviews Rheumatology* 6, 210-216.
- Kendall, P.C., & Norton-Ford, J. D. (1982). Therapy outcome research methods. En P.C. Kendall & J. N. Butcher (Eds.), *Handbook of research methods in clinical psychology* (pp. 429-460). New York: Wiley.
- Kleiger, J., & Dirks, J.F. (1980). Psychomaintenance aspects of alexithymia : relationship to medical outcome variables in a chronic respiratory illness population. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 34(1), 25-33.
- Klein, D.N. (2008). Classification of depressive disorders in the DSM-V: Proposal for a two-dimension system. *Journal of Abnormal Psychology*, 117(3), 552-560.
- Kuijer, R.G., De Ridder, D.T., Colland, V.T., Schreurs, M.G., & Sprangers, M.A.G. (2007). Effects of a short self-management intervention for patients with asthma and diabetes: Using a conventional pre-test post-test follow-up design and a then-test design. *Psychology and Health*, 22(4), 387-411. doi:10.1080/14768320600843226
- Lavoie, K.L., Bacon, S.L., Barone, S., Cartier, A., Ditto, B., & Labrecque, M. (2006). What is worse for asthma control and quality of life: depressive disorders, anxiety disorders, or both?. *Chest*, 130(4), 1038-1047. Recuperado de <http://chestjournal.chestpubs.org/content/130/4/1039.full.pdf+html>
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.

- LeDoux, J. (1998). The neural circuits underlying anxiety and fear. Fear and the brain: Where have we been, and where are we going?. *Society of Biological Psychiatry*, 44, 1229-1238.
- Lehrer, P., Hochron, S.M., Mayne, T., Isenberg, S., Lasoski, A.M., Carlson, V., Gilchrist, J., & Porges, S. (1997). Relationship between changes in EMG and respiratory sinus arrhythmia in a study of relaxation therapy for asthma. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 22(3), 183-191. doi: 10.1023/A:1026263826106
- Lehrer, P., Smetankin, A., & Putapova, T. (2000). Respiratory Sinus Arrhythmia Biofeedback Therapy for Asthma: A report of 20 unmedicated pediatric cases using the Smetankin Method. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 25(3), 193-200. 10.1023/A:1009506909815
- Lehrer, P., Feldman, J., Giardino, N., Song, H., & Schmaling, K. (2002). Psychological aspects of asthma. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(3), 691-711. doi:10.1037/0022-006X.70.3.691
- Lehrer, P., Vaschillo, E., Vaschillo, B., Lu, S., Scardella, A., Siddique, M., & Habib, R. (2004). Biofeedback treatment for asthma. *Chest*, 126, 352-361. doi:10.1378/chest.126.2.
- Lehrer, P., Karavidasa, M.K., Lu, S., Feldman, J., Kranitzd, L., Abrahame, S., Sandersonf, W., Reynoldsg, R. (2008). Psychological treatment of comorbid asthma and panic disorder: A pilot study *Journal of Anxiety Disorders*, 22 (4), 671-683. doi.10.1016/j.janxdis.2007.07.001
- León, V., Gómez, B., & Labourt, J. (2011). La alianza terapéutica. En: H. Fernández- Alvarez (Comp). *Paisajes de la psicoterapia. Modelos, aplicaciones y procedimientos*. (pp. 45-73). Buenos Aires: Polemos.
- Levenson, J.L. (2006). *Tratado de medicina psicosomática*. Barcelona: Ars Médica.
- Lewinsohn, P.M., Gotlib, I.H., & Hautzinger, M. (2002). Tratamiento conductual de la depresión unipolar. En: V. Caballo (Dir). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. (2ª ed.) (pp. 541- 493). Madrid: Siglo XXI.
- Linehan, M. M. (1993). *Manual de formación de habilidades para el tratamiento del trastorno de personalidad límite*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M. (2003). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Buenos Aires: Paidós.
- Llull, D.M. (1999). Algunas reflexiones sobre el concepto de Calidad de Vida. *Revista Quirón* 30(3), 40-44.
- Llull, Darío M. (2008). *Calidad de vida y estrategias de afrontamiento en enfermos neoplásicos: un programa de intervención psicoterapéutica* (Tesis Doctoral no publicada). Facultad de Ciencias Humanas de la Universidad Nacional de San Luis, San Luis, Argentina.
- Lobo, A. (2006). Prólogo a la edición española. En J.L. Levenson (Ed.), *Tratado de medicina psicosomática* (p. XV). Barcelona: Ars Médica.

- Lumley, M.A., Stettner, L., & Wehmer, F. (1996). How are alexithymia and physical illness linked? A review and critique of pathways. *Journal of Psychosomatic Research*, 41(6), 505-518.
- Lustman, P.J., Griffith, L.S., Freedland, K.E., Kissel, S.S. & Clouse, R.E. (1998). Cognitive Behavior Therapy for Depression in Type 2 Diabetes Mellitus. A Randomized, Controlled Trial. *Annals for Internal Medicine*, 129(8), 613-621.
- Luyten, P., & Sidney, J.B. (2011). Integrating theory-driven and empirically-derived models of personality development and psychopathology: a proposal for DSM V. *Clinical Psychology Review*, 31, 52-68. doi: 10.1016/j.cpr.2010.09.003.
- Maier, S.F., & Seligman, M.E.P. (1976). Learned Helplessness: Theory and Evidence. *Journal of Experimental Psychology: General* 105(1), 3-46.
- Marks, D.F., Murray, M., Evans, B., Willing, C., Woodall, C., & Sykes, C.M. (2006). *Health Psychology. Theory, research and practice*. Londres: Sage.
- Márquez-González, M., Fernández de Trocóniz, M.I., Montorio Cerrato, I., & Losada Baltar, A. (2008). Experiencia y regulación emocional a lo largo de la etapa adulta del ciclo vital: análisis comparativo en tres grupos de edad. *Psicothema*, 20(4), 616-622.
- Márquez López-Mato, A. (2004). Psiconeuroinmunoendocrinología. En A. Márquez López Mato (Comp), *Psiconeuroinmunoendocrinología II: nuevos dilemas para viejos paradigmas, viejos dilemas para neoparadigmas* (pp.9-15). Buenos Aires: Polemos.
- Martínez Sánchez, F., Montero Martínez, J.M., & de la Cerra, J. (2002). Sesgos cognitivos en el reconocimiento de expresiones emocionales de voz sintética en la alexitimia. *Psicothema*, 14(2), 344-349. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/730.pdf>
- Matarazzo, J.D. (1980). Behavioral Health and Behavioral Medicine. *Frontiers for a New Health Psychology. American Psychologist*, 35(9), 807-817.
- Matarazzo, J.D. (1982). Behavioral Health's Challenge to Academic, Scientific, and Professional Psychology. *American Psychologist*, 37(1), 1-14.
- Matarazzo, J.D. (1987). There is only one psychology, no specialities, but many applications. *American Psychologist*, 42(10), 893-903.
- Matarazzo, J.D. (1994). Health and Behavior: The coming together of science and practice in Psychology and Medicine After a century of benign neglect. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 1(1), 7-39.
- McCrae, R., & Allik, J. (2002). *The Five-Factor Model of Personality Across Cultures*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- McCrae, R. R., & Costa, P. T.Jr. (2003). *Personality in adulthood: A Five-Factor Theory perspective* (2° ed). New York: Guilford.
- Menapace, M. (1983). *Cuentos Rodados*. Buenos Aires: Patria Grande.
- Mészáros, A., Zelkó, R., Meskó, A., & Vineze, Z. (2005). Factorial design for the analysis of patient 's quality of life in asthma. *Quality of Life Research*, 14, 191-195.

- Mikulic, I.M., & Crespi, M.C. (2008). Adaptación y validación del inventario de respuestas de afrontamiento de Moos (CRI-A) para adultos. *Anuario de Investigaciones*, 15, 305-312.
- Millon, T. (1990). *Toward a new personology: An evolutionary model*. New York: Wiley.
- Millon, T. (1994). *La personalidad y sus trastornos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Moos, R. (1993). *Coping Responses Inventory: CRI Adult Form*. Florida: Psychological Assessment Resources Incorporation.
- Moos, R.H., & Schaefer, J.A. (1984). The Crisis of Physical Illness. En R.H. Moos, *Coping with physical illness 2: New perspectives* (pp. 3-25). New York and London: Plenum Medical Book Company.
- Moreno, G., Asrilant, M., Salmún, N., & Azerrad, S. (2001). *Asma, actividad física y deporte*. Buenos Aires: La Manzana Diseño.
- Morrison, V., & Bennett, P. (2008). *Psicología de la salud*. Madrid: Pearson Educación.
- Nagarathna, R., & Nagendra, H.R. (1985). Yoga for bronchial asthma: A controlled study. *British Medical Journal*, 291, 1077-1079. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1417003/pdf/bmjcred00470-0011.pdf>
- Nascimento, I., Nardi, A.E., Valença, A.M., Lopesa, F.L., Mezzasalmaa, M.A., Nascentesb, R., & Zin, W.A. (2002). Psychiatric disorders in asthmatic outpatients. *Psychiatry Research*, 110(1), 73-80.
- National Heart, Lung, and Blood Institute. National Asthma Education and Prevention Program (2007). *Expert Panel Report 3: Guidelines for the diagnosis and management of asthma*. Bethesda, United States: Autor. Recuperado de <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/asthma/>
- Nemiah, J.C. (1977). Alexithymia: Theoretical considerations. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28, 199-206.
- Nietzel, M.T., Bernstein, D.A., & Milich, R. (1991). *Introduction to clinical psychology*. New Jersey: Prentice Hall.
- Nishimura, K., Hajiro, T., Oga, T., Tsukino, M., & Ikeda, A. (2004). Health-Related Quality of Life in Stable Asthma: What are remaining quality of life problems in patients with well-controlled asthma?. *Journal of Asthma*, 41(1), 57-65.
- Pelechano, V., de Miguel, A., & Hernández, M. (1995). Trastornos de personalidad. En A. Belloch, B. Sandín & F. Ramos (Eds), *Manual de Psicopatología. Volumen 2* (pp. 569-614). Madrid: McGraw-Hill.
- Petrie, K.J., Booth, R.J., Pennebaker, J.W., Davison, K.P., & Thomas, M.G. (1995). Disclosure of trauma and immune response to a hepatitis B vaccination program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 787-792.
- Powers, A., & Westen, D. (2009). Personality subtypes in patients with panic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 50, 164-172.

- Put, C., Demedts, M., Van den Bergh, O., Demyttenaere, K., & Verleden, G. (1999). Asthma symptoms: influence of personality versus clinical status. *European Respiratory Journal*, 13(4), 751-756. Recuperado de <http://erj.ersjournals.com/content/13/4/751.long>
- Put, C., Van den Bergh, O., Lemaigre, V., Demedts, M., & Verleden, G. (2003). Evaluation of an individualised asthma programme directed at behavioural change. *European Respiratory Journal*, 21, 109-115. Recuperado de <http://erj.ersjournals.com/content/21/1/109.full.pdf>
- Put, C., Van den Bergh, O., Van Ongeval, E., De Peuter, S., Demedts, M., & Verleden, G. (2004). Negative affectivity and the influence of suggestion on asthma symptoms. *Journal of Psychosomatic Research*, 57(3), 249-255. doi:10.1016/S0022-3999(03)00541-5
- QualityMetric Incorporated (2002). *Asthma Control Test*. Recuperado de [http://www.asthmacontrol.com/index\\_es.html](http://www.asthmacontrol.com/index_es.html)
- Retamales Rojas, R. (1998) Factores psicológicos y rasgos de personalidad de enfermos alérgicos referidos para interconsulta. *Revista Electrónica de Psicología*, 2(1). Recuperado de [http://www.psiquiatria.com/psicologia/vol2num1/art\\_4.htm](http://www.psiquiatria.com/psicologia/vol2num1/art_4.htm).
- Riccioni, G., D'Orazio, N., Di Illio, C., Menna, V., Guagnano, M.T., & Della Vecchia, R. (2004). Quality of life and clinical symptoms in asthmatic subjects. *Journal of Asthma*, 41(1), 85-89.
- Richards, J.M., Beal, W.E., Seagal, J.D., & Pennebaker, J.W. (2000). Effects of disclosure of traumatic events on illness behavior among psychiatric prison inmates. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 156-160. doi: 10.1037/0021-843X.109.1.156
- Rietveld, S., Everaerda, W., & van Beestb, I. (2000). Excessive breathlessness through emotional imagery in asthma. *Behaviour Research and Therap*, 38(10), 1005-1014.
- Rocha, N.S., & Fleck, M.P. (2010). Evaluation of quality of life in adults with chronic health conditions: the role of depressive symptoms. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32(2), 119-124.
- Rodin, G.M., Nolan, R.P., & Katz, M.R. (2006). Depresión. En J.L. Levenson (Ed.), *Tratado de Medicina Psicosomática* (pp. 195-219). Barcelona: Ars Médica.
- Rodríguez-Artalejo, F., Guallar-Castillón, P., Rodríguez-Pascual, C., Montoto Otero, C., Ortega Montes, A., & Nieto García, A. (2005) Health-related quality of life as a predictor of hospital readmission and death among patients with heart failure. *Archives of Internal Medicine*, 165, 1274-1279. doi:10.1001/archinte.165.11.1274.
- Ross, C.J., Davis, T.M., & MacDonald, G.F. (2005). Cognitive-behavioural treatment combined with asthma education for adults with asthma and coexisting panic disorder. *Clinical Nursing Research*, 14(2), 131-157. doi: 10.1177/1054773804273863
- Ryu, Y.J., Chun, E.M., Lee, J.H., & Chang, J.H. (2010). Prevalence of depression and anxiety in outpatients with chronic airway lung disease. *The Korean Journal of Internal Medicine*,

- 25(1), 51-57. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2829416/pdf/kjim-25-51.pdf>
- Sánchez, E., Vázquez M.I., Romero-Frais, E., Blanco-Aparicio, M., Otero, I., & Vereá, H. (2005). Depression, Panic-Fear, and Quality of Life in Near-Fatal Asthma Patients. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 12 (2), 175-184. doi: 10.1007/s10880-005-3277-6
- Sandín, B., & Chorot, P. (1995). Concepto y categorización de los trastornos de ansiedad. En A. Belloch, B. Sandín & F. Ramos (Eds), *Manual de Psicopatología. Volúmen 2* (pp. 53-80). Madrid: McGraw-Hill.
- Sandín, B., Chorot, P., Santed, M.A., & Jiménez, M.P. (1995). Trastornos psicósomáticos. En A. Belloch, B. Sandín & F. Ramos (Eds), *Manual de Psicopatología. Volúmen 2* (pp. 401-469). Madrid: McGraw-Hill.
- Sandín, B., Valiente, R.M., Chorot, P., Santed, M.A., & Lostao, L. (2008). SA-45: forma abreviada del SCL-90. *Psicothema*, 20(2), 290-296.
- Scheiber, S.C. (2006). Prólogo. En J.L. Levenson (Ed.), *Tratado de medicina psicósomática* (p. XIII). Barcelona: Ars Médica.
- Schwartz, G.E., & Weiss, S.M. (1977). What is Behavioral Medicine?. *Psychosomatic Medicine* 39(6), 377-381.
- Silva, J. (2005). Regulación emocional y psicopatología: el modelo de vulnerabilidad/resiliencia. *Revista chilena de neuropsiquiatría* 43(3), 201-209. Recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/rchnp/v43n3/art04.pdf>
- Sivak, R., & Wiater, A. (1997). *Alexitimia, la dificultad para verbalizar afectos. Teoría y clínica*. Buenos Aires: Paidós.
- Smith, L., Bosnic-Anticevich, S.Z., Mitchell, B., Saini, B., Krass, I., & Armour, C. (2007b). Treating asthma with a self-management model of illness behaviour in an Australian community pharmacy setting. *Social Science & Medicine*, 64, 1501-1511.
- Smith, M. L., Glass, G. V., & Miller, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Smith, J.R., Mugford, M., Holland, R., Noble, M.J., & Harrison B.D.W. (2007a). Psycho-Educational interventions for adults with severe or difficult asthma: A systematic review. *Journal of Asthma*, 44, 219-241. doi:10.1080/02770900601182012
- Smyth, J.M., Stone, A.A., Hurewitz, A., & Kaell, A. (1999a). Effects of writing about stressful experiences on symptom reduction in patients with asthma or rheumatoid arthritis. A randomized trial. *JAMA*, 281(14), 1304-1329. doi:10.1001/jama.281.14.1304.
- Smyth, J.M., Soefer, M.H., Hurewitz, A., & Stone, A.A. (1999b). The effect of tape-recorded relaxation training on well-being, symptoms, and peak expiratory flow rate in adult asthmatic: a pilot study. *Psychology and Health*, 14(3), 487-501. doi: 10.1080/08870449908407342

- Solomon, G. F. (2001, Febrero). *Psiconeuroinmunología: sinopsis de su historia, evidencia y consecuencias*. Ponencia presentada en el Segundo Congreso Virtual de Psiquiatría Interpsiquis. Recuperado de <http://www.centropsicologiapinto.com/upload/psicoimmunolog%C3%ADa.pdf>
- Spiegel, D., Boom, J.R., Kraemer, H.C., & Gottheil, E. (1989). Effects of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *The Lancet*, 334(8668), 888-891.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., & Lushene, R.E. (1970/1986). *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo. Manual*. (2ª ed.). Madrid: TEA.
- Tejada Zabaleta, A. (2005). Agenciación humana en la teoría cognitivo social: Definición y posibilidades de aplicación. *Pensamiento Psicológico*, 1(5), 117-123. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80100510>
- Ten Brinke, A., Ouwerkerk, M.E., Bel, E.H., & Spinhoven, Ph. (2001). Similar psychological characteristics in mild and severe asthma. *Journal of Psychosomatic Research*, 50(1), 7-10.
- Tousman, S., Zeitz, H., & Taylor, L.D. (2010). A pilot study assessing the impact of a learned-centered adult asthma self-management program on psychological outcomes. *Clinical Nursing Research*, 19(1), 71-88.
- Tovt-Korshynskaa, M., Dew, M., Chopeya, I., Spivakf, M.Y., & Lemkog, I.S. (2001). Gender differences in psychological distress in adults with asthma. *Journal of Psychosomatic Research*, 51(5), 629-637.
- Trzcińska, H., Przybylski, G., Kozłowski, B., & Derdowski, S. (2012). Analysis of the relation between level of asthma control and depression and anxiety. *Medical Science Monitor* 18(3). Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3560746/>
- Urzúa, A.M. (2008). Calidad de vida y factores biopsicosociales en patologías médicas crónicas. *Terapia Psicológica*, 26(2), 207-214. doi: 10.4067/S0718-48082008000200007
- Valença, A.M., Falcão, R., Freire, R.C., Nascimento, I., Nascentes, R., Zin, W.A., & Nardi, A.E. (2006). The relationship between the severity of asthma and comorbidities with anxiety and depressive disorders. *Revista Brasileira de psiquiatria*, 28(3), 206-208. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v28n3/2274.pdf>
- Van Lieshout, R.J., Bienenstock, J., & MacQueen, G.M. (2009). A review of candidate pathways underlying the association between asthma and major depressive disorder. *Psychosomatic Medicine*, 71(2), 187-195.
- Vázquez, M.I., & Buceta J.M. (1996). *Tratamiento Psicológico del Asma Bronquial*. Madrid: Pirámide.

- Vázquez, I., Sáñez, E., González-Freire, B., Romero-Frais, E., Blanco-Aparicio, M., & Vereas-Hernando, H. (2010). The role of alexithymia in quality of life and health care use in asthma. *Journal of Asthma*, 47(7), 197-804. doi: 10.3109/02770900903560217.
- Vázquez, C., & Sanz J. (1995). Trastornos del estado de ánimo: Aspectos clínicos. En A. Belloch, B. Sandín & F. Ramos (Eds.), *Manual de Psicopatología. Volúmen 2* (pp. 299-340). Madrid: McGraw Hill.
- Vedanthan, P.K., Kesavalu, L.N., Murthy, K.C., Duvall, K., Hall, M.J., Baker, S., & Nagarathna, S. (1998). Clinical study of yoga techniques in university students with asthma: a controlled study. *Allergy and Asthma Proceedings, Volume 19*(1), 3-9. doi:10.2500/108854198778557971
- Vieira, A.A., Santoro, I.L., Dracoulakis, S., Caetano, L.B., & Fernandes, A.L.G. (2011). Anxiety and depression in asthma patients: impact on asthma control. *Jornal Brasileiro de Pneumologia* 37(1),19-27. Recuperado de [http://www.jornaldepneumologia.com.br/PDFenglish/2011\\_37\\_1\\_5\\_english.pdf](http://www.jornaldepneumologia.com.br/PDFenglish/2011_37_1_5_english.pdf)
- Watson D. (2005). Rethinking the mood and anxiety disorders: a quantitative hierarchical model for DSM-V. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(4), 522–536.
- Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders*. Chichester: John Wiley & Sons.
- World Health Organization (1997). *WHOQOL. Measuring quality of life* Geneva: Autor.
- World Health Organization (2004). *Practical Approach to Lung Health. Respiratory Care in Primary Care Services- a survey in 9 countries*. Geneva: Autor.
- WHOQOL Group (1998). *WHOQOL. Los instrumentos de calidad de vida de la organización mundial de la salud. Manual del usuario*. Buenos Aires: Cata.
- Yeaton, W H., & Sechrest, L. (1981). Critical dimensions in the choice and maintenance of successful treatments: Strength, integrity, and effectiveness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49(2), 156-167. doi: 10.1037/0022-006X.49.2.156
- Yoon R., McKenzie, D.K., Bauman, A., & Miles, D.A. (1993). Controlled trial evaluation of an asthma education programme for adults. *Thorax*, 48, 1110-1116. doi:10.1136/thx.48.11.1110
- Yorke, J., Fleming, S.L., & Shuldham, C.M. (2007a). Psychological interventions for adults with asthma: A systematic review. *Respiratory Medicine*, 101(1), 1-14. doi: 10.1002/14651858.CD002982.pub3
- Yorke, J., Fleming, S.L., & Shuldham, C.M. (2007b). A systematic review of psychological interventions for children with asthma. *Pediatric Pulmonology*, 42(2), 114 - 124. doi: 10.1002/ppul.20464
- Yorke, J., Fleming, S.L., & Shuldham, C.M. (2009). Psychological interventions for adults with asthma. *Cochrane Database of Systematic Reviews, The Cochrane Library*, 3. doi:10.1002/14651858.CD002982.pub3.

# ANEXOS



**ANEXO 1**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

## ANEXO 1



Consejo Nacional de Investigaciones  
Científicas y Técnicas



Universidad Nacional de MDP  
Facultad de Psicología

### INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE CV-Asma

#### **Diseño y evaluación de eficacia de un programa de intervención psicosocial para adultos con asma bronquial: Aplicaciones en dispositivo individual y grupal.**

En los últimos años la salud y la enfermedad se entienden como un proceso dinámico en el que participan de manera conjunta factores físicos, psicológicos, sociales y ecológicos. Se sabe que las causas del asma bronquial tienen una indiscutible base biológica, no obstante también ha sido ampliamente demostrado que existen variables de naturaleza psicosocial que pueden activar situaciones de estrés y modular la evolución y el manejo de esta enfermedad respiratoria. En este sentido, en diferentes partes del mundo, se han empezado a poner en práctica innovadoras intervenciones psicosociales que acompañan los tratamientos médicos convencionales con muy buenos resultados.

Por tal motivo, profesionales e investigadores del CONICET y de la Universidad Nacional de Mar del Plata, en colaboración con médicos especialistas de la ciudad de Mar del Plata, estamos interesados en implementar y evaluar los resultados de un programa de intervención psicosocial específico, breve y complementario al tratamiento médico, destinado a adolescentes y adultos con asma bronquial, denominado CV-Asma.

Es por este motivo que le proponemos incluirse en este programa, que se realiza con el objetivo de encontrar nuevos modos de abordaje que mejoren su bienestar psicofísico y tengan efectos favorables sobre su calidad de vida, así como sobre otras personas que como usted padecen de asma bronquial. En este sentido es muy valioso contar con su experiencia sobre este tema y con su participación en este programa.

#### **¿Cuál es el objetivo de este estudio?**

El objetivo de este estudio es poder contar con un programa de intervención psicosocial probado científicamente, que potencie y complemente a los tratamientos médicos, y mejore el bienestar psicofísico de las personas con asma bronquial y por lo tanto su calidad de vida. Por eso es necesario realizar evaluaciones en distintos momentos para poder analizar sus resultados.

## ANEXO 1

Las evaluaciones consisten en 4 encuentros de aproximadamente 90 minutos cada uno con un intervalo de 3 meses. Por este motivo, es importante que quienes decidan participar asuman el compromiso de acudir a los encuentros del programa CV-Asma como a aquellos destinados a las evaluaciones correspondientes que sean necesarias.

En cada encuentro de evaluación se realizará una *espirometría* para examinar la función pulmonar, y se le solicitará que complete una serie de *cuestionarios autoadministrados* para evaluar algunos parámetros psicosociales.

### ¿Qué es la Espirometría?

Es un procedimiento muy simple y no doloroso que se realiza actualmente con equipos computados. La espirometría mide los volúmenes pulmonares y flujos en relación al tiempo (cantidad de aire que una persona puede soplar y el tiempo que utiliza en hacerlo). Para obtenerlas se hace una inspiración máxima y se espira en forma máxima (rápida y vaciando totalmente los pulmones) a través de una boquilla de cartón descartable colocada en el espirómetro. Este procedimiento se repite por lo menos tres veces.

### Cuestionarios autoadministrados:

- a) AQLQ (S) (Cuestionario de Calidad de Vida de Pacientes con Asma-Estandarizado): Es un instrumento que consta de 32 ítems que evalúan en qué medida el asma bronquial interfiere en las actividades diarias y en las emociones. Se le solicitará que lo conteste por escrito seleccionando para cada ítem una de las varias opciones que se le presentan.
- b) WHOQOL- BREF (Cuestionario de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud- Versión breve): Es un cuestionario de 26 preguntas cuyo objetivo es conocer la percepción que cada persona tiene sobre diversos aspectos de su vida (salud física, aspectos psicológicos, relaciones sociales y medio ambiente) que hacen a su calidad de vida global. Se le solicitará que responda las preguntas por escrito eligiendo la respuesta que mejor describa su experiencia.
- c) STAI (Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo): Es un inventario de 40 ítems que evalúa sintomatología ansiosa. Se le solicitará que lo conteste por escrito seleccionando para cada ítem cuál es la opción que mejor describe su situación.
- d) BDI-II (Inventario de Depresión de Beck - II): Es un autoinforme que consta de 21 ítems que evalúan su estado de ánimo. Cada ítem consiste en un grupo de afirmaciones ante las cuales usted debe elegir la que mejor describa su estado de ánimo durante las dos últimas semanas.
- e) CRI (Inventario de Respuestas de Afrontamiento): Es un cuestionario de 58 preguntas que indaga sobre los diferentes modos de afrontar y solucionar situaciones problemáticas. Primero se le solicitará que seleccione y escriba el problema o situación más estresante que haya

## ANEXO 1

vivido en los últimos doce meses, y a continuación que responda a una serie de preguntas sobre esa situación.

- f) SA-45 (Cuestionario de Evaluación de Síntomas): Es un inventario de 45 ítems que evalúa sintomatología psicopatológica. Se le solicitará que lo conteste por escrito seleccionando para cada ítem cuál es la opción que mejor describe su situación.
- g) ACT (Prueba de Control del Asma): Es un cuestionario de 5 preguntas que indagan el grado de control del asma. Se le solicitará que responda las preguntas por escrito eligiendo la respuesta que mejor describa su experiencia.

### **¿Cuáles son los beneficios de este estudio?**

En primer lugar se espera que su participación en el programa CV-Asma tenga efectos positivos sobre su estado de salud y su calidad de vida. En segundo lugar, que los resultados permitan obtener abordajes cada vez más integrales y eficaces para el asma bronquial.

### **¿En qué consiste el programa de intervención CV-Asma?**

Este *programa* le brindará herramientas que lo ayuden a manejar el asma, el estrés asociado y también los factores psicosociales que pueden influir en su experiencia de enfermedad, con el fin de favorecer la evolución de su enfermedad y su calidad de vida.

Serán un total de 14 encuentros con frecuencia semanal y una duración de 1 a 2 horas cada uno. Durante los encuentros se realizarán actividades y se utilizarán técnicas específicas (psicoeducación, aprendizaje de nuevas estrategias de afrontamiento, entrenamiento en técnicas de resolución de problemas, técnicas para el manejo de la ansiedad, entre otras) para alcanzar los objetivos propuestos.

### **¿La participación en este estudio supone algún riesgo?**

Este estudio no supone riesgos para su salud (no incluye drogas y/o medicamentos). Ninguno de los estudios científicos sobre este tema revisado hasta la fecha ha informado efectos negativos de las intervenciones psicosociales para pacientes con asma bronquial. No obstante y en función del cuidado del paciente, si hubiera alguna situación que lo justifique (interna y/o externa a la investigación), se contemplará la interrupción de su participación en el estudio y se tomarán las medidas necesarias para su atención.

### **¿Puede este estudio afectar su privacidad?**

La información se manejará de manera confidencial y únicamente será identificada con un código. Si bien los resultados de este estudio podrán ser presentados en reuniones y/o publicaciones científicas, su identidad nunca será revelada en dichas presentaciones.

## ANEXO 1

### **¿Tendrá que pagar por participar en el CV-Asma?**

La participación en el programa CV-Asma es gratuita. Los pacientes que concurran al programa y a las entrevistas de evaluación, no tendrán que pagar ni recibirán ninguna retribución económica por ello.

### **¿Tendría usted que participar?**

Usted decidirá si desea participar, la decisión de hacerlo es libre y voluntaria. Asimismo si decide participar, será libre de retirarse del estudio en el momento que quiera, y esto no afectará la atención médica y la calidad de los cuidados que usted recibe habitualmente o la que pudiera recibir en el futuro.

Es importante que si tiene alguna pregunta en relación con este estudio no dude en consultarla con su médico o con los profesionales a cargo de las entrevistas de evaluación y del programa CV-Asma.

Si usted decide participar en el estudio se le pedirá que firme el Consentimiento luego de haber leído la información que se le ha brindado: un ejemplar quedará en su poder y otro será archivado por los profesionales a cargo del estudio.

### **Si deseo participar ¿Cuáles son los pasos a seguir?**

Este estudio se desarrollará durante dos años, por lo cual, usted podrá ser convocado en diferentes oportunidades a lo largo de este lapso de tiempo, ya sea para las entrevistas de evaluación como para la participación en el programa de intervención psicosocial.

La realización de este estudio cumple con la legislación vigente de ejercicio profesional del psicólogo, y sigue los principios de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial y del Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina.

## ANEXO 1

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Proyecto de investigación:** “Diseño y evaluación de eficacia de un programa de intervención psicosocial para adultos con asma bronquial: Aplicaciones en dispositivo individual y grupal

**Investigadores responsables:**

Lic. en Psicología María Paola Fasciglione  
Dra. en Psicología Claudia Castañeiras

Centro donde contactarse con los investigadores para preguntas: UNMdP- Facultad de Psicología  
Lic. Fasciglione: (0223) 154379926 - mpfascig@mdp.edu.ar  
Dra. Castañeiras: (0223) 155035098 - claudiamdq@gmail.com

**Código del paciente:** \_\_\_\_\_

He recibido, leído y comprendido la **INFORMACION PARA EL PACIENTE SOBRE CV-Asma** (estudio experimental “*Diseño y evaluación de eficacia de un programa de intervención psicosocial para adultos con asma bronquial: Aplicaciones en dispositivo individual y grupal*”), que se está realizando desde el CONICET y la Universidad Nacional de Mar del Plata en colaboración con médicos especialistas de la ciudad de Mar del Plata, con el objetivo de lograr abordajes integrales de esta enfermedad que permitan mejorar el tratamiento, la calidad de vida y el bienestar psicofísico de las personas con asma bronquial.

También he recibido una explicación adecuada sobre cuál será mi participación y se me ha dado la oportunidad para hacer preguntas antes de tomar una decisión, pudiendo pedir información adicional a los profesionales a cargo del estudio en cualquier momento. La espirometría será realizada por un especialista en el área, y las intervenciones del psicólogo se cumplirán de acuerdo a legislación vigente de ejercicio profesional, y Código de ética del Psicólogo.

En caso de grabación de las intervenciones, una vez transcriptas me aseguran la destrucción de las mismas. Durante las evaluaciones tengo el derecho a no contestar alguna de las preguntas formuladas así como también solicitar información adicional para alguna respuesta del cuestionario autoadministrado.

Soy consciente de que si bien los resultados de este estudio podrán ser utilizados para su divulgación científica, mi identidad nunca será revelada y en todos los casos la información será tratada de modo confidencial según la Ley Nacional 25.326, que muestra número y/o iniciales. Los pacientes no recibirán retribución económica ni tendrán que pagar por participar.

Por lo tanto expreso mi consentimiento a participar voluntaria y libremente en este estudio, firmando este documento y reteniendo una copia del **CONSENTIMIENTO INFORMADO** y de la **INFORMACION PARA EL PACIENTE**.

Mar del Plata,      de                      de

.....  
Nombre, apellido y firma del paciente

.....  
Nombre, apellido y firma del profesional

Institución: \_\_\_\_\_

**ANEXO 2**  
**GUÍAS DEL TERAPEUTA**

## SESIÓN 1

### PRESENTACIÓN DEL PROGRAMA Y PSICOEDUCACIÓN (1)

#### GUÍA PARA EL TERAPEUTA

#### OBJETIVOS:

1. Presentar el programa de intervención psicosocial CV-Asma (objetivos, modalidad, encuadre –tiempos y pautas de funcionamiento-).
2. Describir las principales características del modelo clínico a aplicar (cognitivo-conductual) y de la concepción de hombre como ser biopsicosocial.
3. Favorecer el establecimiento de la relación terapéutica teniendo en cuenta las especificidades de cada dispositivo (individual y grupal).
4. Explorar la representación que los pacientes tienen sobre el asma y su experiencia al respecto.
5. Brindar información actualizada sobre el asma bronquial (características, etiología, tratamientos, etc.).

#### CONTENIDO DE LA SESIÓN:

##### A. Presentar al equipo de profesionales y del/los paciente/s.

El terapeuta y el coterapeuta<sup>1</sup> se presentan (datos personales básicos) y explican su función.

- Retomar los encuentros previos e individuales que el terapeuta tuvo con cada uno de los pacientes (firma de Consentimiento Informado y Evaluación Pre-intervención).
- Destacar el hecho de que todos los integrantes se encuentran allí porque comparten una condición clínica: diagnóstico de asma bronquial.

#### TÉCNICA

Invitar a los pacientes a que se presenten (datos personales básicos) y que relaten brevemente su experiencia con el asma: descripción de la condición clínica (edad de inicio, tratamiento en curso y cómo se sienten actualmente conviviendo con esta enfermedad respiratoria). El terapeuta indaga sobre situaciones o aspectos que considere relevantes para favorecer la organización cognitiva y experiencial, y comienza a construir la conceptualización cognitiva de cada paciente.

Intervención grupal: Al finalizar se sintetizan los principales contenidos compartidos destacando los aspectos comunes de los pacientes para fomentar la cohesión del grupo y los temas que se van a tratar (información sobre el asma bronquial, factores psicosociales relacionados con la enfermedad, sentimientos, pensamientos y conductas asociadas a la presencia y/o variación sintomática).

Intervención individual: Se sintetizan los principales puntos abordados por el paciente.

<sup>1</sup> Este último solamente estará presente en el dispositivo grupal.

## **B. Evaluar las expectativas de los pacientes sobre la participación en el programa de intervención psicosocial CV-Asma.**

### **TÉCNICA**

Intervención grupal: Se entrega una hoja en blanco a cada paciente y se les solicita que escriban cuáles son sus expectativas sobre la participación en el Programa CV-Asma. Posteriormente se pide que lo lean o cuenten en voz alta y por turnos.

Intervención individual: Se indaga acerca de sus expectativas a través de preguntas tales como:

Si bien en la entrevista (de admisión) que hemos tenido hace un tiempo ya hemos conversado acerca de las características de este Programa, ¿cómo imagina estos encuentros y qué espera de ellos?

¿Qué sentimientos y pensamientos experimentó ante la idea de venir hoy aquí?

¿Recuerda lo que pensó sobre esto en la sala de espera o en el camino de su casa hasta aquí?

¿Piensa que este Programa lo podría ayudar en algún sentido? ¿En qué piensa que podría ayudarlo?

## **C. Especificar las metas generales de la intervención psicosocial.**

- Enfatizar la idea de que terapeuta/s y paciente/s conformarán un equipo, que se trabajará en conjunto para cumplir los objetivos propuestos. A continuación se recuerdan las principales metas del Programa.
- Identificar factores/situaciones psicosociales que pudieran estar afectando negativamente la evolución del asma bronquial. Introducir el modelo de hombre como ser biopsicosocial.
- Brindar herramientas para lograr un adecuado manejo del asma, básicamente en lo referido al afrontamiento del estrés asociado al padecimiento de una enfermedad crónica.
- Mejorar la calidad de vida de las personas con asma bronquial.
- Estudiar con fines científicos la validez de estos procedimientos y su capacidad de transferencia para otros pacientes.

## **D. Explicitar el encuadre.**

Duración: 14 encuentros (4 meses)

Frecuencia: Semanal

Excepto los dos últimos encuentros que se realizarán con frecuencia quincenal

Tiempo de cada encuentro: 1 hora (pacientes asignados a dispositivo individual)  
2 horas (pacientes asignados a dispositivo grupal)

Registro de las sesiones en soporte audiovisual

Pautas de funcionamiento: El terapeuta plantea: "Para que el Programa funcione adecuadamente es importante que acordemos algunas cuestiones..."

### **Versión para intervención grupal**

1. Los contenidos que se desarrollen y las actividades que se realicen durante las sesiones, así como la información personal sobre los miembros del grupo es confidencial.
2. No se admitirán pacientes que asistan a las sesiones bajo los efectos de alcohol o drogas.
3. Si por algún inconveniente se va a llegar tarde o no se va a poder asistir a una sesión, es necesario avisar con anticipación.
4. Los miembros que falten a más de dos encuentros consecutivos no podrán continuar participando del Programa.
5. Para los casos planteados en los puntos 3 y 4 se contemplarán los motivos que justifiquen la ausencia o llegada tarde.

Otras pautas propuestas por el grupo (se invita a que los pacientes propongan otra u otras pautas de funcionamiento):

.....  
.....

### **Versión para intervención individual**

1. Los contenidos que se desarrollen y las actividades que se realicen durante las sesiones, así como la información personal es confidencial.
2. No se admitirán pacientes que asistan a las sesiones bajo los efectos de alcohol o drogas.
3. Si por algún inconveniente se va a llegar tarde o no se va a poder asistir a una sesión, es necesario avisar con anticipación.
4. Los pacientes que falten a más de dos encuentros consecutivos no podrán continuar participando del el Programa.
5. Para los casos planteados en los puntos 3 y 4 se contemplarán los motivos que justifiquen la ausencia o llegada tarde.

Otras pautas propuestas (se invita a que el paciente proponga alguna otra pauta de funcionamiento):

.....  
.....

### **E. Entregar el Cuadernillo del Paciente.**

A todos los pacientes se les entregará un cuadernillo del que deberán disponer en cada sesión durante todo el programa. Tiene por finalidad que el paciente lo utilice para:

- Incluir el material que se les vaya entregando durante las sesiones.
- Tomar apuntes durante la sesión.
- Realizar las tareas inter-sesión (autorregistros, narraciones, búsqueda de información, etc.).

### **F. Enfatizar la importancia del rol activo de el/los terapeuta/s y de los pacientes y de la realización de las tareas inter-sesión (autorregistros, escritura, ejercicios de comprobación, etc.).**

#### Acerca de las tareas inter-sesión (TIS)

Es necesario que el terapeuta explique y refuerce en todo momento la importancia de la realización de dichas tareas. Del mismo modo es necesario que el paciente sienta realmente que estas actividades pueden ayudarle.

El terapeuta explica: “Uno de los objetivos de este programa de intervención psicosocial es que lo trabajado en los encuentros lo pueda/n aplicar en situaciones de la vida cotidiana. Por eso, luego de cada encuentro y durante la semana será necesario realizar ciertas actividades. A estas actividades las llamaremos 'tareas inter-sesión'. Estas tareas son uno de los componentes esenciales del Programa, son tan importantes como la asistencia a los encuentros. Vamos a usar una comparación para comprender su importancia: cuando aprendemos a manejar, el instructor nos puede decir cómo encender el auto, cómo pasar los cambios, qué pedal utilizar para avanzar y cuál para detenernos. Sin embargo, no será suficiente conocer estos pasos para aprender a manejar, para que realmente aprendamos a manejar es necesario que salgamos nosotros mismos en medio del tráfico y manejemos. Con la intervención psicosocial sucede algo similar: se puede reflexionar con el terapeuta sobre las propias experiencias y dificultades, se puede hablar y aprender sobre cómo hacer frente a las situaciones difíciles, pero si ese aprendizaje no se pone en práctica en la vida de todos los días no será de ninguna utilidad”.

#### **G. Introducir el Folleto informativo sobre asma bronquial y la utilización del Modelo Tridimensional de los Tres Tubos.**

Destacar el rol de la información para lograr un adecuado manejo del asma. Explorar el lugar que cada persona le otorga a la información sobre la propia salud y enfermedad.

Preguntas-guía previas a la lectura y entrega del folleto:

- ¿Qué sabe usted del asma? (El objetivo es que cada paciente “informe” sobre el conocimiento que dispone de la enfermedad).
- ¿Cómo lo sabe? ¿Lo ha leído en alguna parte, lo ha conversado con su médico, etc.?
- ¿Le parece que es suficiente la información con la que cuenta sobre el asma? ¿Qué otra información le parece que debería o necesitaría tener?

Lectura del folleto informativo y uso del Modelo Tridimensional de los Tres Tubos:

El terapeuta introduce la lectura del folleto: “En base a esto que sabes, vamos a ir profundizando algunas cuestiones”.

Para explicar los efectos de la medicación y la diferencia entre un bronquio inflamado y otro que no lo está se utiliza el Modelo Tridimensional de los Tres Tubos.

Trabajo de elaboración: Se incentiva a el/los paciente/s a realizar preguntas, plantear inquietudes e intercambiar comentarios a partir de lo visto.

Guiar con preguntas como: ¿Le/s ha llamado la atención algo de lo que ha/n leído? ¿Ha/n hablado con su médico sobre esto? ¿Algo de lo que estuvimos hablando les pareció útil? ¿Este folleto les aporta alguna información nueva o coincide con la que ya disponían?

Cierre: Se invita a los pacientes a incluir el folleto informativo dentro del Cuadernillo para el Paciente sobre asma bronquial. Se promueve un rol activo con respecto al conocimiento que tienen sobre su enfermedad, se los incentiva a buscar nueva información y a plantear las inquietudes a sus respectivos médicos especialistas.

#### **H. Tarea inter-sesión: Autorregistro**

Identificar las dos últimas situaciones donde los síntomas fueron muy intensos y severos. Describir (en el Autorregistro incluido en el Cuadernillo del Paciente) la situación por escrito lo más detalladamente posible: cuán intensos fueron los síntomas, dónde estaba, con quién, qué estaba haciendo cuando ocurrió, cómo se sintió, qué pensó, qué hizo y si algo le resultó de ayuda para que los síntomas se hicieran menos intensos o desaparecieran.

## SESIÓN 2

### PSICOEDUCACIÓN (2)

#### GUÍA PARA EL TERAPEUTA

#### OBJETIVOS:

1. Introducir un modelo alternativo (biopsicosocial) donde el paciente se reconozca como protagonista activo del proceso de salud-enfermedad.
2. Analizar cómo operan los factores psicosociales sobre el asma.
3. Comprender el impacto del asma en la calidad de vida del paciente.
4. Favorecer la formulación de inquietudes y preguntas acerca de la información sobre asma.

#### CONTENIDO DE LA SESIÓN:

##### A. Revisar tarea inter-sesión.

**a)** Antes de comenzar con la revisión de la tarea propiamente dicha, el terapeuta indaga acerca de la **repercusión del primer encuentro y de los pacientes con la tarea inter-sesión:**

¿Cómo le/s resultó el primer encuentro que tuvimos?

¿Cómo le/s fue con la tarea? ¿Cómo se sintió/sintieron? ¿Qué pensó/aron sobre la tarea?

¿Le/s parece que fue de alguna ayuda hacer esta tarea?

(En el caso de las intervenciones grupales, este ejercicio habilita la dinámica grupal de exposición e intercambio de experiencias).

##### **b) Información sobre asma bronquial**

Se indaga acerca de cómo les resultó a los pacientes la información sobre asma abordada en el encuentro anterior. Se pregunta si han releído el folleto informativo y se los incentiva a realizar preguntas, plantear inquietudes e intercambiar comentarios a partir de lo visto; se estimula la búsqueda de nueva información y el planteamiento de las inquietudes sobre el tema a sus respectivos médicos especialistas.

##### **c) Revisión de la tarea:**

a) Chequear si hubo dificultades para realizar la tarea (¿Cuáles?, ¿Qué hicieron entonces?)

b) Identificar los aspectos registrados

Intervención grupal: Transcribir los datos del Autorregistro A que aporta cada uno de los pacientes en una pizarra, para favorecer el análisis de las recurrencias y las diferencias entre ellos.

c) Buscar relaciones posibles entre los distintos aspectos planteados y la intensidad sintomática.

## **B. Cerrar el bloque de PSICOEDUCACIÓN EN ASMA.**

Chequear en qué medida los pacientes van comprendiendo la influencia de las variables psicosociales en el desencadenamiento, evolución, mantenimiento y manejo del asma bronquial.

### **TÉCNICA**

1. Se reparten tarjetas en las que aparecen distintas palabras o frases que describen emociones, circunstancias o dificultades que pueden presentarse en la vida cotidiana: estrés, tristeza, ira/rabia, tensión, éxito, miedos, enojo, problemas laborales/académicos, problemas económicos, alegría extrema, preocupación, problemas/dificultades en las relaciones interpersonales, dificultades en la comunicación con otras personas, problemas familiares, mejora laboral, inicio de relación amorosa...).

2.1. Se solicita que elijan las 5 tarjetas cuyos contenidos consideren que están más asociados a la activación de los síntomas en función de su experiencia personal, ya sea porque agravan los síntomas o porque aparecen como consecuencia de éstos.

2.2. ¿Incluirían otras emociones, circunstancias o dificultades? (Se entregan algunas tarjetas en blanco para agregarlas). Se solicita que las ordenen desde las que perciben más relacionadas con los síntomas de asma a las que perciben menos relacionadas.

3. Se comparte la jerarquía propuesta por cada paciente con el grupo (en las intervenciones grupales) y con el terapeuta (en las intervenciones individuales). Se comenta la información y los ejemplos de la Guía del paciente sobre el modelo biopsicosocial de salud-enfermedad y se incentiva a que el paciente haga un ejercicio similar con las situaciones propias.

4. Se relaciona lo trabajado en los puntos anteriores con el impacto del asma sobre la calidad de vida.

5. Finalmente se señala que en las próximas sesiones se comenzará a trabajar con la adquisición de herramientas para un mejor manejo de los aspectos psicosociales que interfieren de una u otra manera en el curso del asma bronquial y en la calidad de vida (se retoma a modo de recordatorio el modelo alternativo de enfermedad que se presentó en el primer encuentro).

## **C. Tarea inter-sesión: Biografía en relación al asma.**

Escribir acerca de "La historia del asma en mi vida" en el *Cuadernillo del Paciente*. Comenzar el relato con los primeros síntomas, el diagnóstico y los tratamientos pasados y actuales, considerando las situaciones destacables relacionadas con la enfermedad y el impacto que éstas han tenido en la vida del paciente.

**ESTRÉS  
DE TODOS LOS DÍAS**

**TRISTEZA**

**RABIA, ENOJO, IRA**

**TENSIÓN**

**ÉXITO**

**MIEDOS**

**INQUIETUDES,  
PREOCUPACIONES**

**PROBLEMAS EN RELACIONES  
CON LOS DEMÁS**

**CONOCER GENTE NUEVA**

**ALEGRÍA INTENSA**

**DIFICULTADES EN LA  
COMUNICACIÓN CON OTRAS  
PERSONAS**

**PROBLEMAS LABORALES  
O CON EL ESTUDIO**

**PROBLEMAS  
ECONÓMICOS**

**PROBLEMAS  
FAMILIARES**

**INICIO DE RELACIÓN  
AMOROSA**

**ASCENSO  
LABORAL**

**OLVIDARME LA MEDICACIÓN**

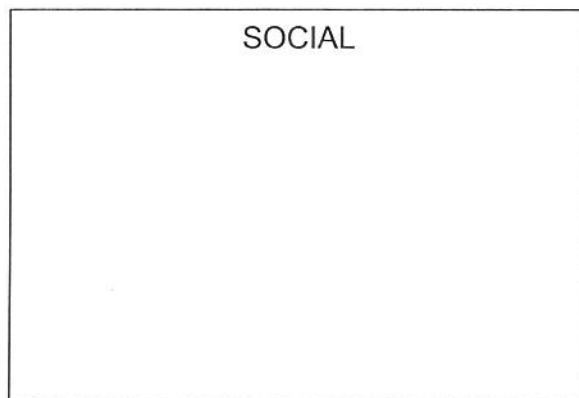
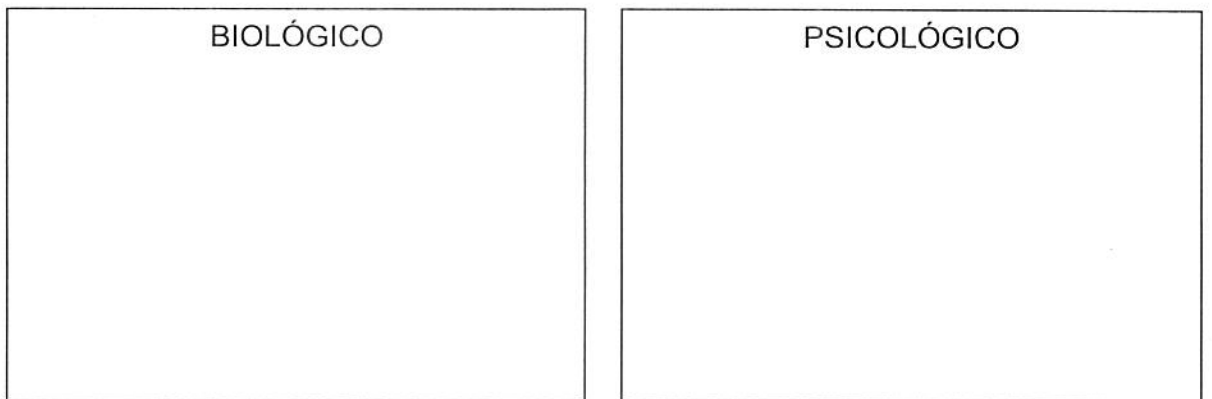
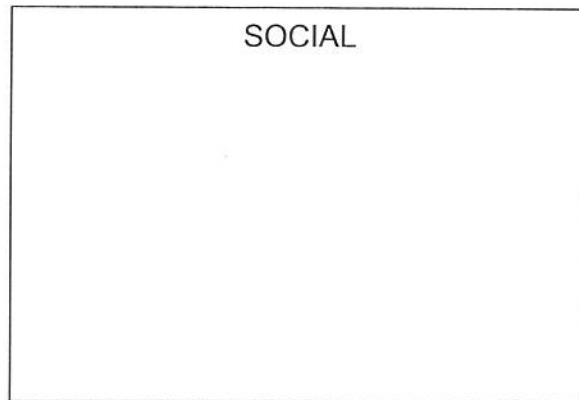
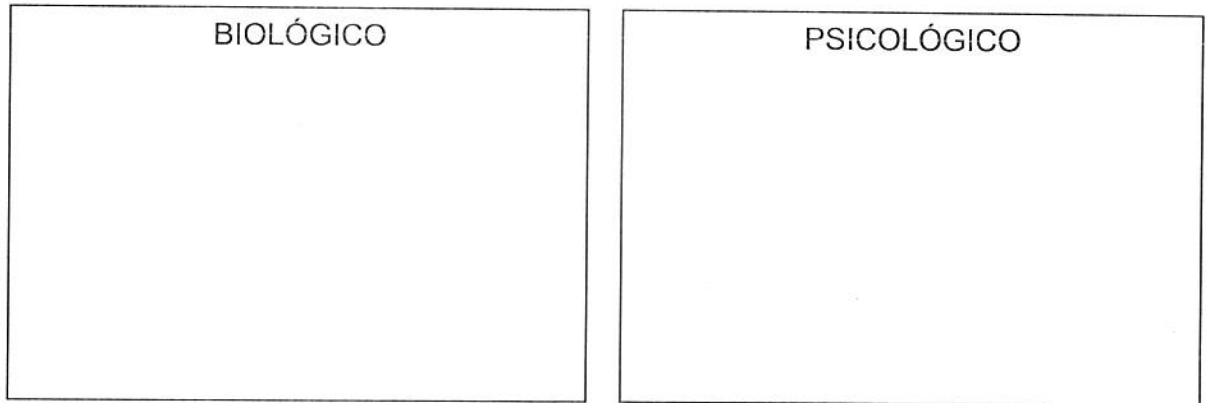
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Este protocolo clínico ha sido específicamente diseñado para su utilización en contextos de investigación.  
Se prohíbe la reproducción y/o utilización parcial o total del mismo sin la correspondiente autorización.



## SESIÓN 3

### EXPERIENCIA CON LA ENFERMEDAD (1)

#### GUÍA PARA EL TERAPEUTA

#### OBJETIVOS:

1. Analizar la experiencia personal con la enfermedad.
2. Identificar el impacto que tuvo o tiene el asma y su tratamiento sobre diversos aspectos de la vida de cada paciente.
3. Reconocer similitudes y diferencias entre las experiencias de cada paciente con la enfermedad.

#### CONTENIDO DE LA SESIÓN:

##### A. Revisar tarea inter-sesión.

- a) ¿Cómo le/s resultó la tarea? ¿Surgió algún inconveniente que impidió o dificultó hacerla?
- b) Se invita a los pacientes a leer o comentar “La historia del asma en mi vida”.<sup>1</sup>

#### TÉCNICA

- A medida que ellos compartan su relato se irán anotando en la pizarra los momentos o situaciones destacables de la historia y el aspecto de la vida del paciente que se vio más afectado. Por ejemplo:

“Las crisis se desencadenaban cuando jugaba con otros niños” → Relaciones interpersonales

“La medicación es muy cara y a veces se me hace difícil llegar a fin de mes” → Economía

- Al finalizar el relato el terapeuta preguntará: “¿Cambió algo en su vida a partir del asma? ¿Hubo un antes y un después del asma?”

##### B. Buscar similitudes y diferencias entre las experiencias y los aspectos más afectados de cada paciente.

#### TÉCNICA

Intervención grupal: incentivar el intercambio entre los pacientes. Esta actividad permite una mirada hacia la propia experiencia y simultáneamente la posibilidad de compartir con otros esta enfermedad. Estimular la cohesión grupal. Utilizar disparadores tales como: “¿Qué les parece lo que nos contó.....? ¿A alguno de ustedes le pasó algo parecido? ¿O fue distinto?”. A partir de los intercambios producidos y del material del Cuadernillo del Paciente, se introduce el concepto de “Experiencia con la enfermedad”.

Intervención individual: se estimula al paciente a ponerse en contacto (vía Internet, mediante conversaciones en sala de espera cuando va a la consulta o con amigos y conocidos con asma) o recordar intercambios previos con otras personas con asma bronquial. A partir de lo conversado y del material del Cuadernillo del Paciente, se introduce el concepto de “Experiencia con la enfermedad”.

<sup>1</sup> En la intervención grupal a cada paciente se le asignará 10 minutos para el relato. De este modo todos los participantes podrán compartir lo que han escrito y se dispondrá de tiempo para avanzar con la agenda prevista en esta sesión.

**C. Comprender cómo actúan los factores psicosociales sobre el asma (continuación de sesión anterior).**

**TÉCNICA: Recapitulación-elaboración**

Retomar la información de sesiones anteriores sobre cómo actúan los factores psicosociales en las experiencias relatadas (Retomar el esquema y los ejemplos del modelo biopsicosocial de encuentros CV-Asma 1 y 2, e incentivar a los pacientes a aplicar el esquema a ejemplos de la historia personal). El terapeuta irá señalando las variables psicosociales a partir de lo que se anotó previamente en la pizarra y guiará a los pacientes para su identificación. A partir del material aportado, el terapeuta introduce la idea de que hay situaciones estresantes que no están directamente asociadas al asma pero que sin embargo impactan indirectamente en sus síntomas, evolución o respuesta al tratamiento. A partir de ello se presenta la tarea inter-sesión.

**D. Tarea inter-sesión: Rememorar la última crisis asmática.**

Elegir la crisis de asma más severa (o síntomas más destacados) que se haya experimentado en el último año. Recordar y relatar por escrito en el Cuadernillo del Paciente:

- a) Dónde estaba cuando comenzaron los síntomas, cómo era ese lugar.
- b) Quiénes estaban y cómo reaccionaron.
- c) Cómo se fueron desarrollando los hechos, qué pasó entonces.

Intentar recordar y escribir la mayor cantidad posible de detalles que permitan revivir aquella situación.

## SESIÓN 4

### EXPERIENCIA CON LA ENFERMEDAD (2)

#### GUÍA PARA EL TERAPEUTA

#### OBJETIVOS:

1. Comprender la relación entre pensamientos automáticos, emociones y conductas.
2. Aprender a identificar pensamientos automáticos y emociones en una crisis asmática o en momentos donde los síntomas de asma se agravan.
3. Definir el concepto de situación problemática.
4. Aprender a identificar situaciones problemáticas en la vida cotidiana.

#### CONTENIDO DE LA SESIÓN:

##### A. Trabajar con el material de la tarea inter-sesión para definir emociones, pensamientos automáticos y conductas asociadas.

- En primer lugar indagar sobre la experiencia con la realización de esta tarea y estimular el planteo de dudas o comentarios acerca del material del Cuadernillo del Paciente entregado en sesión 3.
- La tarea inter-sesión propiamente dicha se retoma luego de la Psicoeducación propuesta para esta sesión. Una vez repasados los conceptos se solicita a los pacientes que tomen la tarea inter-sesión e identifiquen en ella: emociones, pensamientos automáticos y conductas en la situación de crisis asmática (o síntomas severos) relatada. Luego se comparte lo realizado.

##### TÉCNICA: Psicoeducación – Diálogo socrático

A través del diálogo socrático, se repasan los significados de los conceptos de emoción, pensamiento y conducta.

**EMOCIONES:** Las emociones o sentimientos son estados afectivos que experimentamos todos los seres humanos. Generalmente una emoción viene acompañada de cambios corporales (fisiológicos). Por ejemplo si experimentamos miedo nuestro corazón se acelera y sudamos, y ciertos músculos de nuestra cara se contraen. Si estamos muy tristes sentimos una opresión en nuestro pecho y lloramos.

En algunas ocasiones hay emociones muy intensas como la angustia, que pueden experimentarse en las mismas zonas que los síntomas del asma (pecho, garganta) y entonces pueden llevar a confundir un síntoma de asma con una emoción intensa. Por eso es muy importante aprender a reconocer nuestras emociones.

Las emociones se pueden dividir en **emociones primarias** y **emociones secundarias**.

Emociones primarias	Emociones secundarias
Son emociones básicas presentes desde los primeros meses de vida. Estas son 6 : <b>alegría</b> <b>tristeza</b> <b>miedo</b> <b>ira</b> <b>asco</b> <b>sorpresa</b>	Son combinaciones o derivados de las emociones primarias, aparecen más tardíamente a lo largo del desarrollo de una persona y necesitan de una elaboración cognitiva más compleja, es decir están influidas por procesos de pensamiento. Ej1: sentirme <b>culpable</b> por enojarme. Ej2: sentirme <b>avergonzado/a</b> por estar triste.

Las emociones también pueden dividirse en **emociones positivas** y **emociones negativas**.

Emociones POSITIVAS	Emociones NEGATIVAS
Son emociones placenteras y nos hacen sentir bien como por ejemplo la alegría.	Son emociones que nos generan malestar como por ejemplo la tristeza, la ira o el miedo.
<b>Tanto las emociones positivas como las negativas forman parte de la riqueza de la vida y tienen una función importante.</b>  Por ejemplo, si bien sentir miedo puede resultar desagradable, éste puede hacer que nos protejamos de situaciones potencialmente peligrosas. Por el contrario una emoción de alegría intensa también puede conmocionarnos y tener un efecto negativo para nuestra salud a pesar de ser una emoción placentera.	

Las emociones se presentan con distinta intensidad y pueden tener un valor adaptativo o producir efectos perjudiciales. Por ejemplo, podemos estar levemente tristes o terriblemente deprimidos. Tener en cuenta la intensidad es importante porque en muchas ocasiones el problema podría surgir cuando las emociones son desmedidas o inadecuadas, entonces nos generan problemas e interfieren en nuestra vida cotidiana.

### ¿Cómo surgen las emociones?

Cuando tratamos de comprender la naturaleza de las emociones es importante que tengamos en cuenta que las emociones nos informan sobre cómo nos sentimos y constituyen una forma de comunicarnos con nosotros mismos y con los demás.

En este sentido, las emociones generalmente están relacionadas con situaciones - internas o externas-, por ejemplo una discusión con una persona importante para nosotros, o la pérdida de un ser querido podrían ser acontecimientos externos que nos provocan distintas emociones, o por ejemplo un pensamiento, una sensación física u otra emoción que internamente nos desencadena un estado emocional positivo o negativo.

Si bien algunos acontecimientos pueden desencadenar una emoción de forma automática (es decir, podemos reaccionar a un acontecimiento sin que medie ningún pensamiento, sin que nos demos cuenta de aquello que nos provoca esa reacción), la mayoría de los acontecimientos no disparan una emoción automáticamente. **La emoción surge a partir de la interpretación que la persona hace del acontecimiento y de lo que le ocurre**, es decir, a partir de lo que la persona piensa sobre el acontecimiento.

Por ejemplo, no tendríamos miedo a las armas si no supiéramos que pueden matarnos.

Otro ejemplo: Juan no habla con nadie. Su amiga María piensa que él no habla porque está enojado con ella y eso la pone muy triste. Lo que sucede en realidad es que Juan está afónico.

Es decir, muchas veces estamos respondiendo emocionalmente a la interpretación (pensamientos y valoraciones) que hacemos del acontecimiento o de la situación y no al acontecimiento o a la situación misma, por eso también es importante conocer cómo se relacionan nuestros pensamientos con nuestras emociones.

**PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS:** Son pensamientos generalmente breves y fugaces que aparecen de manera repentina en nuestras mentes. No son deliberados ni son el resultado de la reflexión, por eso se llaman “automáticos”. Pueden aparecer en forma verbal (como frases o palabras) o en forma de imágenes (Ej. verse a sí mismo en medio de una crisis de asma sin que nadie venga en su auxilio), o una combinación de ambas (Ej. verse a sí mismo en medio de una crisis de asma sin que nadie venga en su auxilio y pensar “la gente se asusta y se aleja de las personas con asma”). La mayor parte del tiempo no tenemos registro de este tipo de pensamientos, suceden muy rápido y somos más conscientes de la emoción que los acompaña que del pensamiento mismo. Pero con un poco de entrenamiento podemos traerlos a la conciencia e identificarlos.

Todas las personas tenemos estos pensamientos y habitualmente los aceptamos como si fueran certezas sin evaluarlos ni reflexionar sobre ellos. Sin embargo cuando los revisamos más detenidamente podemos advertir que no son verdades absolutas y que incluso en algunos casos son distorsiones de la realidad o pensamientos que no nos son útiles.

Hay pensamientos que nos hacen sentir mejor que otros y resultan más funcionales. Por esto es importante aprender a identificarlos y buscar pensamientos alternativos cuando los que tenemos no responden a la realidad, nos hacen daño o nos dificultan nuestra vida cotidiana.

**CONDUCTAS:** Son las acciones, los comportamientos que llevamos a cabo. Están motivadas por lo que pensamos y por lo que sentimos.

## B. Comprender la relación entre pensamientos, emociones y conductas.

### TÉCNICA: Psicoeducación – Diálogo socrático

Se explica cómo la manera que tienen las personas de interpretar los acontecimientos (los pensamientos) influye en sus sentimientos y en su conducta.

Para ello en primer lugar se realiza un experimento para relacionar el concepto de PENSAMIENTO con el de EMOCIÓN:

- Pensar e imaginar una situación o lugar desagradable y luego preguntar por la emoción experimentada
- Pensar e imaginar una situación o lugar agradable y luego preguntar por la emoción experimentada

A continuación se ejemplifican (en el diálogo con los pacientes) dos pensamientos alternativos (y sus consecuentes emociones y conductas) que podría tener una persona que está sola por la noche en su casa y oye un ruido en otra habitación<sup>1</sup>.

Terapeuta: Una persona está sola por la noche y oye un ruido en otra habitación. Si pensara “Hay un ladrón”, ¿cómo cree usted que se sentiría?  
Paciente/s: Aterrorizado, ansioso, con miedo, etc...  
Terapeuta: ¿Qué haría?  
Paciente/s: Podría intentar esconderse, llamar a la policía, etc...  
Terapeuta: Bien, así que, en respuesta al pensamiento de que el ruido lo hizo un ladrón, esta persona se sentiría ansiosa y su conducta iría encaminada a protegerse. Ahora, imaginemos que ha oído el mismo ruido pero piensa “Han quedado las ventanas abiertas y el viento ha tirado algo”. ¿Cómo se sentiría?  
Paciente/s: No se asustaría por supuesto. Se sentiría triste si pensase que se rompió algo de valor. O se enojaría pensando que los niños dejaron las ventanas abiertas...

<sup>1</sup> Ejemplo tomado de Beck, A., Rush, J., Shaw, B., & Emery, G. (2005). *Terapia Cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée De Brouwer.

Terapeuta: Según estos pensamientos y emociones ¿su conducta se diferenciaría de la del caso anterior?  
 Paciente/s: Por supuesto, probablemente se levantaría a ver qué se rompió y no llamaría a la policía...  
 Terapeuta: Muy bien. Lo que demuestra este ejemplo es que existen diferentes maneras de interpretar una situación, y que el modo de interpretar una situación (los pensamientos que tenemos) influye sobre lo que sentimos y lo que hacemos.

Posteriormente se toman ejemplos de las propias descripciones de los pacientes.  
 Como apoyo se utiliza el modelo ABC de A. Ellis:

A (Antecedentes: hechos desencadenantes, situaciones problemáticas)	B (Pensamientos automáticos)	C (Consecuencias: conductas y emociones)

El objetivo es transmitir que los sentimientos que se experimentan y el modo en que nos comportamos dependen del significado que cada persona le otorga a la enfermedad y a los síntomas. Asimismo se abordarán las consecuencias que tienen los pensamientos y emociones sobre el cuerpo. Se utilizan los ejemplos incluidos en el Cuadernillo del Paciente.

### C. Proponer pensamientos alternativos a los que surgieron en la situación relatada.

#### TÉCNICA: Diálogo socrático

- Pacientes y terapeuta propondrán pensamientos alternativos a los que surgieron en las situaciones relatadas.
- A través de diálogo socrático se evaluará la adecuación de los pensamientos y su correspondencia con el estímulo que los activó y la posibilidad de cambio por otros más funcionales y útiles.
- Se anotan en la pizarra y se reflexiona sobre las posibles emociones y conductas que se derivarían de estas nuevas cogniciones.

### D. Tarea inter-sesión: Autorregistro

Se entrega la Planilla de Autorregistro B, se explica cómo completarla y se les indica que luego la coloquen en el Cuadernillo del Paciente.

Durante la semana intentar identificar **situaciones problemáticas** que surjan en los diferentes ámbitos de la vida (hogar, trabajo, vínculos, etc.) y describirlas por escrito en la primera columna de la planilla de autorregistro. A partir de los conocimientos previos de los pacientes y del aporte del terapeuta se construye una definición de "situación problemática". ¿Qué es un problema para usted/es? ¿Cómo se da/n cuenta cuando una situación se convierte en un problema? Una aproximación a la definición se encontrará en la GUÍA PARA EL PACIENTE.

En la segunda columna podrán anotar si hay y cuáles son las personas implicadas en tal situación<sup>2</sup>.

<sup>2</sup> Se recomienda observar si se incluyen a ellos mismos o no, ya que este dato tiene un valor clínico significativo en relación al locus de control y el lugar en el que se percibe el paciente.

Este protocolo clínico ha sido específicamente diseñado para su utilización en contextos de investigación.  
Se prohíbe la reproducción y/o utilización parcial o total del mismo sin la correspondiente autorización.

En la tercera columna se les propone que intenten identificar los pensamientos automáticos que tuvieron en dicha situación (recordar el concepto de pensamientos automáticos revisado en sesión) para lo cual puede ser útil preguntarse: ¿qué pasó por mi mente en ese momento?

En la cuarta columna la idea es que puedan registrar las emociones que experimentaron (para facilitar su identificación se adjunta una tabla con diferentes emociones) y en la quinta columna que indiquen en una escala del 0 al 10 la intensidad de dicha emoción.

En la sexta columna se les solicita que indiquen qué es lo que hicieron, cómo se comportaron en esa situación.

Finalmente se les pide que señalen con una X si la situación descrita tuvo algún tipo de relación con el asma (por ejemplo: "luego de la gran discusión familiar los síntomas comenzaron a hacerse más fuertes" o "tuve una discusión con mi jefe porque no comprendía que si tenía síntomas de asma debía tomarme un descanso y administrarme la medicación") y, en caso afirmativo, señalar cuál fue esa relación.

## SESIÓN 5

### EXPERIENCIA CON LA ENFERMEDAD (3)

#### GUÍA PARA EL TERAPEUTA

#### OBJETIVOS:

1. Profundizar la comprensión de la relación entre situaciones (contexto/contingencias), pensamientos automáticos, emociones y conductas.
2. Continuar con el entrenamiento en la identificación de pensamientos automáticos y emociones experimentadas en una situación problemática.
3. Introducir el concepto de distorsión cognitiva.
4. Conocer las distorsiones cognitivas más usuales.
5. Identificar las propias distorsiones cognitivas y proponer pensamientos alternativos.

#### CONTENIDO DE LA SESIÓN:

##### A. Revisar tarea inter-sesión.

El terapeuta se adelanta a las dificultades que pudieron surgir con la tarea y explica que aprender a identificar situaciones problemáticas y pensamientos automáticos es un proceso similar al aprendizaje de cualquier otra habilidad; llevará tiempo y es necesario que nos tengamos paciencia a nosotros mismos y nos alentemos por los pequeños logros.

##### TÉCNICA

Los pacientes comparten su Autorregistro B. Se les pregunta cómo les resultó realizar dicha tarea, si pensaron que podía ayudarles o no y por qué. Se corrigen los posibles errores en los registros y se conversa sobre las dudas o inquietudes. Se repasan los conceptos trabajados en la sesión anterior (pensamientos automáticos, emociones, conductas y las relaciones entre ellos).

##### B. Introducir y describir las distintas distorsiones cognitivas.

##### TÉCNICA: Psicoeducación

El terapeuta introduce el tema: en muchas ocasiones nuestros pensamientos automáticos pueden generar errores en nuestra manera de interpretar lo que nos pasa; en ese caso se conocen como distorsiones cognitivas. Se revisan las distorsiones cognitivas más usuales:

1) Pensamiento polarizado: También llamado pensamiento de "todo o nada". Se tiende a percibir toda cosa, persona o situación en forma extremista. Se consideran solo dos categorías en vez de considerar una gama de posibilidades.

Ejs: "Si no triunfo en todos los aspectos de mi vida, soy un/a fracasado/a".

"Su padre es amable y atento pero su madre es una mujer antipática y descortés".

"Solo si mis síntomas de asma desaparecen por completo podré vivir plenamente".

2) Pensamiento catastrófico: Pensamientos que predicen el futuro negativamente sin tener en cuenta otras posibilidades. Los pensamientos catastróficos muchas veces empiezan con las palabras: "Y si...".

Ejs: "Y si mi hijo se empieza a drogar...".

"Y si no consigo un trabajo debido a mi enfermedad...".

"Y si empiezo a toser y me quedo sin aire en un lugar donde hay mucha gente...".

"Estaré tan molesto/a que no podré hacer nada"

- 3) Descalificar o dejar de lado lo positivo: Se considera que las experiencias positivas, los logros o las cualidades no valen nada o valen muy poco.  
Ejs: "Hice bien el trabajo que me encargaron, pero eso no significa que sea competente.  
Solo tuve suerte"  
"El cambio de medicación ha mejorado mi dificultad para respirar por las noches.  
Pero eso no significa que mi asma está mejorando"
- 4) Catalogar/etiquetar: Se coloca a uno mismo o a los demás una etiqueta global sin tener en cuenta que todas las evidencias llevan a conclusiones menos drásticas.  
Ejs: "He chocado el auto. Soy un/a inútil"  
"No supe advertir los síntomas a tiempo. Soy un/a torpe"  
"Ella ha dado la respuesta correcta en la clase. Es la más inteligente de las mujeres"
- 5) Maximización y Minimización: Se sobrevalora o subvalora el significado de una situación, persona o a usted mismo/a.  
Ej: "Tuve una crisis de asma en medio de la fiesta y fue un papelón terrible. Solo muy pocos invitados se dieron cuenta pero quedé en ridículo ante los que estaban cerca mío".  
"Tengo síntomas de asma todos los días, y la semana pasada tuve que faltar al trabajo debido a esto... pero... no es nada grave, ya se me pasará, quizás en unos meses saque turno con el médico".
- 6) Filtraje: Consiste en centrarse en un detalle extraído fuera de su contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación, y entender toda la experiencia en base solo a ese fragmento. Toda la situación queda "teñida" por un simple detalle.  
Ejs: "Como me asignaron un puntaje bajo en uno de los ítems de la evaluación, quiere decir que soy un/a trabajador/a incapaz".  
"Esta tarde él pasó rápidamente, me sonrió pero no se detuvo a saludarme. Le debo resultar una persona aburrida".  
"Una de las diez pruebas evaluaba capacidad respiratoria y estuve por debajo de lo esperable. Eso arruinará mi ingreso a la institución".
- 7) Interpretación del pensamiento ("leer la mente"): Esta distorsión consiste en creer que podemos saber con certeza lo que están pensando y sintiendo otras personas.  
Ejs: "Él debe estar pensando que no sé nada sobre el tema del que está hablando".  
"El Doctor siente que soy un/a paciente muy pesado/a porque siempre le hago preguntas".  
"Ella actúa así porque está celosa".
- 8) Sobregeneralización: A partir de un suceso simple o un solo elemento de evidencia se llega a una conclusión generalizada. Y esa conclusión se aplica tanto a situaciones parecidas como a situaciones que son muy diferentes. Las sobregeneralizaciones generalmente se expresan como afirmaciones absolutas.  
Ejs: "Mi última crisis asmática fue cuando estuve de vacaciones. No podré vacacionar nunca más sin tener síntomas".  
"Hoy llamé a varios de mis amigos para salir y todos ya tenían su plan. Nadie me quiere".  
"Juan me lastimó. Los hombres siempre hacen eso con las mujeres. Son todos iguales".  
"María me lastimó. Las mujeres siempre hacen eso con los hombres. Son todas iguales".
- 9) Personalización: Es la tendencia a relacionar algo del ambiente con uno mismo. Se cree que los otros tienen una actitud negativa dirigida hacia uno, sin tener en cuenta otras posibles explicaciones de los comportamientos.  
Ejs: "Cada vez que mi pareja me dice que está cansado/a, yo en realidad pienso que está cansado/a de mí".  
"El médico fue parco conmigo porque yo debo haber hecho o dicho algo incorrecto".

10) **Imperativos (“los debería”):** Son afirmaciones del tipo “yo debo/ellos deben” y “yo tengo que/ellos tiene que”. Son ideas rígidas sobre el modo de comportamiento que hay que tener y se valora muy negativamente no cumplir con esas expectativas. Cualquier desviación de esas reglas es mala y genera malestar.

Ejs: “Es terrible haber cometido ese error. Siempre debo hacer las cosas de la manera correcta”.

“Si un esposo ama a su esposa debería salir con ella todos los fines de semana”.

“Tengo que disimular mis síntomas de asma cuando estoy con gente desconocida”.

### C. Aprender a identificar distorsiones cognitivas.

#### TÉCNICA

Se reparten viñetas que incluyen diversas distorsiones cognitivas (ver anexo).

Consigna: La idea es que cada paciente subraye las frases que contienen distorsiones y señale el nombre de la distorsión. Luego se comparten y debaten las respuestas.

### D. Detectar de distorsiones cognitivas en la tarea inter-sesión y en otras situaciones cotidianas de cada paciente.

#### TÉCNICA: Diálogo socrático

El terapeuta pregunta a los pacientes si se sienten particularmente identificados con algunas de las distorsiones comentadas. Reflexión e intercambio entre los pacientes y el/los terapeuta/s.

Posteriormente se entrega una continuación del Autorregistro B de la semana pasada, y se les propone que identifiquen distorsiones cognitivas en los pensamientos automáticos anotados. El/los terapeuta/s realiza un trabajo individualizado colaborando en la adquisición de esta nueva habilidad.

### E. Buscar pensamientos alternativos para las distorsiones cognitivas.

El terapeuta sintetiza lo abordado hasta el momento sobre pensamientos automáticos y subraya que cuando un pensamiento es distorsionado o no es funcional (porque genera malestar) pueden buscarse alternativas y cambiar nuestra perspectiva de manera que nos haga sentir mejor y nos comportemos de una manera más funcional para nosotros y con los demás.

A partir de algunos ejemplos del punto B se guía para la búsqueda de pensamientos alternativos:

Pensamiento distorsionado	Distorsión cognitiva	Pensamiento alternativo
“Su padre es amable y atento pero su madre es una mujer antipática y descortés”.	Pensamiento polarizado	“Su padre es más amable y atento que su madre pero ella también tiene aspectos positivos como...”.
“Hoy llamé a varios de mis amigos para salir y todos ya tenían su plan. Nadie me quiere”.	Sobregeneralización	“Hoy llamé a varios de mis amigos para salir y todos ya tenían su plan. Eso significa que la próxima vez tengo que tener en cuenta llamarlos con más anticipación”.
“El médico fue parco conmigo porque yo debo haber hecho o dicho algo incorrecto”.	Personalización	“El médico fue parco conmigo. Quizás tiene un problema en su familia, quizás estaba enojado con su secretaria, quizás estaba cansado...”.

Posteriormente se incentiva a los pacientes a buscar pensamientos alternativos para los pensamientos automáticos identificados en el Autorregistro B, y a completar el resto de las columnas de un nuevo Autorregistro (C). El terapeuta guía al paciente con una serie de preguntas (Beck, 1995) para ayudar a elaborar cogniciones alternativas:

- 1 ¿De qué datos dispongo para suponer que este pensamiento (automático) es verdadero? ¿y de cuál o cuáles datos de que no lo es?
- 2 ¿Existe alguna otra manera de entender esta situación, etc.?
- 3 ¿Cuál es la alternativa más realista? ¿Por qué?
- 4 ¿Qué pasaría si yo cambiara mi pensamiento?
- 5 Si \_\_\_\_\_ (nombre de un amigo) se encontrara en esta situación y tuviese este pensamiento, ¿qué le diría?

#### **F. Tarea inter-sesión: Autorregistros**

- 1) Se estimula a que los pacientes agreguen nuevas situaciones problemáticas al Autorregistro B y que sigan explorando sobre los pensamientos y emociones que surgen ante estas situaciones.
- 2) Completar Autorregistro C (continuación del Autorregistro B) al cual se le han sumado columnas nuevas para registrar posibles distorsiones cognitivas, pensamientos alternativos, emociones y su intensidad, y las nuevas conductas posibles. La última columna NO debe ser completada por el momento.

## **ANEXO**

### **Clave de respuestas para Terapeuta**

#### **SRA. A**

“Ayer y hoy llamé al hospital para saber si había llegado la medicación que me había recetado el médico para el asma, pero aún no tenían novedades... yo creo que nunca conseguiré esa medicación, todos los centros de salud funcionan así de mal! (sobregeneralización). La atención en salud es un desastre... todos los días me pregunto: ¿Y si sigue así la situación y deja de haber también medicamentos para otras enfermedades, y si me enfermo y no puedo curarme, y si también empiezan a reducir el personal y se va mi médico?... (pensamiento catastrófico). Creo que los hospitales deberían funcionar a la perfección o desaparecer por completo, porque así no se puede seguir” (Imperativos: “los debería” y pensamiento polarizado).

#### **SR. B**

El cambio de medicación ha mejorado mi dificultad para respirar por las noches, también pude retomar mis clases de natación. Sin embargo nada de eso significa que mi asma está mejorando (dejar de lado lo positivo), ya que es una enfermedad crónica y entonces seré un enfermo (catalogar / etiquetar) toda la vida. Además me pasan cosas terribles, por ejemplo el otro día mientras viajaba en colectivo los síntomas se empezaron a agravar y dos de las personas que estaban a mi lado lo notaron y comenzaron a reírse; fue terrible (maximización)... ellos seguramente pensaron que era muy ridículo mi modo de toser y respirar... (leer la mente).

#### **SR. C**

En solo una de las diez pruebas que evaluaba capacidad respiratoria estuve por debajo de lo esperable. Eso seguramente repercutirá en el concepto que tienen mis jefes de mí (filtraje). Además ahora cada vez que paso por los otros sectores de la fábrica todas las personas parecen hablar de mí y de mi puntaje bajo en esa prueba (personalización / leer la mente), seguramente ellos también han cambiado el concepto que tenían de mí. Ahora debo esforzarme por disimular mis síntomas sino todo empeorará (imperativos: “los debería”).

## SESIÓN 6

### INTRODUCCIÓN AL AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS

#### GUÍA PARA EL TERAPEUTA

#### OBJETIVOS:

1. Continuar con el entrenamiento en la identificación de pensamientos, emociones y conductas en una situación experimentada como problemática.
2. Continuar con el entrenamiento en la identificación de distorsiones cognitivas.
3. Profundizar habilidades para generar pensamientos alternativos.
4. Introducir el concepto de afrontamiento.

#### CONTENIDO DE LA SESIÓN:

##### A. Revisar tarea inter-sesión.

Esta sesión se focalizará en el trabajo con la tarea inter-sesión para afianzar las habilidades aprendidas hasta el momento.

##### TÉCNICA

Antes de pasar a la revisión propiamente dicha, se les pregunta a los pacientes cómo se sintieron al realizar la tarea, si pensaron que podía ayudarles o no y por qué. Se explicita que en la sesión de hoy se realizará un repaso y se seguirán practicando las habilidades aprendidas hasta el momento.

- Se revisa el Autorregistro C como continuación de las situaciones problemáticas planteadas la semana anterior en el Autorregistro B. Se conversa sobre las dudas, se corrigen errores y se refuerzan los logros alcanzados.
- Si durante la semana los pacientes han incluido una nueva situación problemática, se comparten los correspondientes Autorregistros B y C. Se conversa sobre las dudas, se identifican los errores, se realizan los ajustes necesarios en la comprensión y el análisis, y se refuerzan los logros alcanzados con el fin de su incorporación en la experiencia del paciente.
- Si el paciente no ha agregado ninguna situación problemática nueva, se lo estimula a plantear alguna situación de tensión o malestar y trabajar en sesión junto al terapeuta con los Autorregistros B y C.

##### B. Introducir el concepto de Afrontamiento.

##### TÉCNICA

El terapeuta sintetiza lo trabajado hasta el momento e introduce el concepto de afrontamiento para profundizarlo en sesiones posteriores: Como pudimos observar a través de lo que estuvimos viendo, todos atravesamos por situaciones problemáticas, por situaciones que nos generan tensión, y nos preocupan o nos inquietan. Esas situaciones desencadenan ciertos pensamientos y ciertas emociones, y también hacen que nos comportemos de diferentes maneras. En los últimos dos encuentros nos hemos centrado en el trabajo con los pensamientos y las emociones, en los dos siguientes focalizaremos la atención en lo que cada uno hace cuando se encuentra ante situaciones problemáticas. Es decir en cómo cada uno afronta estas situaciones. Se entrega material bibliográfico sobre Afrontamiento para adjuntar al Cuadernillo del Paciente.

### **C. Tarea inter-sesión: Autorregistros y Biblioterapia**

- 1) Se estimula a continuar trabajando con los Autorregistros B y C. Se entregan Autorregistros en blanco para tales fines.
- 2) Leer el material bibliográfico entregado sobre "Afrontamiento" y anotar las dudas y/o preguntas que surjan.

## SESIÓN 7

### AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS (1)

#### GUÍA PARA EL TERAPEUTA

#### OBJETIVOS:

1. Comprender el concepto de afrontamiento.
2. Conocer diferentes estrategias de afrontamiento.
3. Identificar estrategias de afrontamiento.

#### CONTENIDO DE LA SESIÓN:

##### A. Revisar tarea inter-sesión.

###### Tarea 1)

Si durante la semana los pacientes han incluido una nueva situación problemática, se comparten los correspondientes Autorregistros B y C. Se revisan dudas, se corrigen errores y se refuerzan los logros alcanzados.

###### Tarea 2)

El terapeuta invita a los pacientes a que comenten el material de lectura sobre afrontamiento. A través del diálogo conjunto se intenta llegar a su comprensión y definición.

##### B. Entrenamiento en identificación de estrategias de afrontamiento.

###### **TÉCNICA: Psicoeducación (basada en material audiovisual)**

Se proyecta un video con fragmentos de películas o series que muestran escenas en las cuales hay personas afrontando distinto tipo de situaciones. Se propone identificar las estrategias utilizadas en cada escena (se completa cuadro en Cuadernillo del Paciente). Luego de cada escena y a partir de lo leído por los pacientes se realiza psicoeducación sobre la/s estrategia/s de afrontamiento identificada/s.

El terapeuta guía con preguntas: ¿Qué hizo el personaje en esta escena? ¿Cómo le/s parece que afrontó la situación? ¿Qué nombre le podríamos dar a esta estrategia de afrontamiento que utilizó?

##### C. Identificar estrategias de afrontamiento en uno mismo y en personas del entorno cercano.

Se pregunta a los pacientes si detectaron alguna de estas estrategias de afrontamiento en ellos mismos o en personas cercanas.  
Se completa cuadro en Cuadernillo del Paciente.

##### D. Tarea inter-sesión: Autorregistro

1. Completar la última columna del Autorregistro C que hace referencia a las estrategias de afrontamiento utilizadas en las situaciones problemáticas registradas en Autorregistro B. El terapeuta explica que para que esta tarea sea más sencilla se pueden centrar en la columna de "conductas" del Autorregistro B, o preguntarse a sí mismos "¿Qué hice ante esa situación problemática?". La respuesta a esta pregunta ayudará a ponerle nombre a la estrategia de afrontamiento que se ha utilizado en aquel momento.
2. Incluir una nueva situación problemática que le preocupe actualmente o le genere tensión y completar los Autorregistros B y C.

## SESIÓN 8

### AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS (2)

#### GUÍA PARA EL TERAPEUTA

#### OBJETIVOS:

1. Estimular el uso de estrategias de afrontamiento alternativas.
2. Promover un afrontamiento efectivo y adaptativo.
3. Introducir la Resolución de Problemas como ejemplo de una estrategia de afrontamiento.
4. Aprender a definir un problema y a desagregarlo en componentes más simples.

#### CONTENIDO DE LA SESIÓN:

##### A. Revisar tarea inter-sesión.

- a) Se indaga si durante la semana han releído la información brindada en estas dos últimas sesiones (Distorsiones Cognitivas y Afrontamiento). Se los incentiva a realizar preguntas, plantear inquietudes e intercambiar comentarios.
- b) Se revisan los Autorregistros (B y C).

##### B. Búsqueda de estrategias de afrontamiento alternativas.

#### TÉCNICA: Trabajo con contenidos del Autorregistro – Diálogo socrático – Imaginería

Se entrega un nuevo Autorregistro (D). Se solicita a los pacientes que tengan disponible en la sesión la secuencia de Autorregistros B, C y D. Luego de revisar las conductas y las estrategias de afrontamiento adoptadas en las situaciones problemáticas registradas, se invita a los pacientes a:

- 1) Explorar estrategias de afrontamiento alternativas. Se guía a los pacientes en el análisis de las similitudes, diferencias y los efectos diferenciales de las estrategias utilizadas y de las alternativas.
- 2) Se incentiva el uso de las estrategias de afrontamiento alternativas elegidas. Mediante técnicas de imaginería se trabaja sobre cómo implementar estas estrategias.

El terapeuta guía con preguntas: ¿Cómo se imagina que lo haría? ¿De qué manera? ¿Cuándo? ¿En qué lugar? ¿Podría cerrar los ojos e intentar imaginarse a usted mismo en esa situación? ¿Cómo se siente al imaginárselo? ¿Qué pasa por su mente? ¿Piensa que podría intentar implementar esta estrategia durante esta semana?

##### C. Introducir las Técnicas de Resolución de Problemas como una estrategia de afrontamiento.

#### TÉCNICA: Psicoeducación

El terapeuta introduce a los pacientes en la Técnica de Resolución de Problemas: Como hemos visto durante este tiempo, ante situaciones estresantes podemos intentar cambiar nuestros pensamientos, mirar desde otra perspectiva, y así disminuir parte del

malestar que nos produce el modo en el cual interpretamos estas situaciones problemáticas. Sin embargo, en muchas ocasiones no basta con cambiar nuestro modo de ver las cosas, sino que es necesario que llevemos a cabo algún tipo de acción o acciones para modificar una realidad que nos está causando dolor, malestar, tensión o preocupación.

No hay una única solución para cada problema ni tampoco solo una manera de resolverlo. No obstante existen algunas herramientas (técnicas) que permiten organizarnos para que solucionar un problema sea un poco más sencillo y accesible. Tal como lo abordamos en el encuentro pasado, la Resolución de Problemas es un tipo de estrategia de afrontamiento. En el encuentro de hoy y de la próxima semana nos proponemos centrarnos en esta estrategia y conocer algunas técnicas para resolver problemas y conflictos que se nos presentan en nuestra vida cotidiana.

#### **D. Entrenar en habilidades para definir un problema y desagregarlo en componentes más simples.**

- a) Se entrega la primera parte del Formulario para Resolución de Problemas (FRP) y se explica su utilidad.
- b) Se solicita a los pacientes que elijan la situación problemática del Autorregistro B que les genera mayor malestar y que desearían resolver, y que la transcriban en el punto **A)** del FRP.
- c) Se invita a cada paciente a que se concentre en su situación problemática y complete el punto **B)** (ingredientes del problema). El terapeuta se ofrece para colaborar durante la sesión a medida que surjan dudas o dificultades durante el desarrollo de la tarea.
- d) Se explica que durante la próxima sesión se continuará completando el Formulario para Resolución de Problemas.

#### **E. Tarea inter-sesión: Ejercicios de comprobación y Autorregistro.**

1. Se estimula a que los pacientes utilicen las estrategias de afrontamiento que propusieron en sesión como alternativas a sus primeras reacciones
2. Se solicita que completen el Autorregistro D.

## SESIÓN 9

### AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS (3)

### RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS

GUÍA PARA EL TERAPEUTA

#### OBJETIVOS:

1. Aplicar la Resolución de Problemas como una estrategia de afrontamiento.
2. Ejercitar la búsqueda de soluciones alternativas.
3. Estimular la búsqueda de soluciones por medio de la resolución de problemas.

#### CONTENIDO DE LA SESIÓN:

##### A. Revisar tarea inter-sesión.

a) Se invita a los pacientes a contar si han podido implementar las estrategias de afrontamiento que habían elegido como alternativas.

En caso afirmativo: se pregunta cómo fue la experiencia y los resultados (pensamientos automáticos, emociones y reacción de los otros). Si los resultados han sido positivos se estimula a volver a utilizar esta nueva estrategia en situaciones similares. Si éstos han sido negativos se buscan las posibles causas y se intenta ajustar la estrategia o buscar nuevas alternativas.

En caso negativo: se pregunta por las dificultades surgidas. Se revisan los pensamientos automáticos asociados y se evalúa la posibilidad de hacer un nuevo intento o de buscar otra estrategia de afrontamiento alternativa.

El terapeuta refuerza los logros y estimula a los pacientes que han tenido dificultades con la tarea, recordando que estas son nuevas habilidades que están adquiriendo, y como todo aprendizaje lleva tiempo y paciencia con uno mismo.

##### B. Formulario para la Resolución de Problemas (continuación).

#### TÉCNICA

Se entrega la segunda parte del Formulario para Resolución de Problemas (FRP). Se invita a cada paciente a que se concentre en su situación problemática y siga los pasos propuestos en el FRP hasta el punto **D**) inclusive.

Intervención grupal: El terapeuta se ofrece para colaborar individualmente con cada paciente a medida que surjan dudas o dificultades durante el desarrollo de la tarea en la sesión. Luego cada paciente comenta su situación problemática, las soluciones alternativas planteadas y los pasos que intentará seguir para lograr la solución elegida. Se estimula el intercambio entre los pacientes (sugerencias, puntos de vista alternativos, etc.).

Intervención individual: El terapeuta y el paciente completan en conjunto cada uno de los puntos del Formulario. El terapeuta utiliza el diálogo socrático para colaborar en la búsqueda de soluciones alternativas y planificar los pasos a seguir.

### **C. Tarea inter-sesión: Ejercicios de comprobación y Autorregistro**

Se incentiva a los pacientes a implementar secuencialmente los pasos que establecieron para resolver el problema. Se completan los puntos **E) F) y G)** del FRP y el Autorregistro E de Resolución de Problemas.

Se entrega un FRP para que lo puedan utilizar en otras situaciones que puedan presentarse durante la semana o posteriormente.

## SESIÓN 10

### REGULACIÓN EMOCIONAL (1)

#### Habilidades de tolerancia al malestar

#### GUÍA PARA EL TERAPEUTA

#### OBJETIVOS:

1. Comprender el valor adaptativo de las emociones.
2. Distinguir emociones positivas de emociones negativas.
3. Adquirir habilidades para afrontar las emociones negativas y tolerar el malestar.

#### CONTENIDO DE LA SESIÓN:

##### A. Revisar tarea inter-sesión.

Se invita a los pacientes a contar si han podido realizar la tarea (implementar los pasos propuestos para intentar solucionar la situación problemática elegida). Se revisan las emociones y los pensamientos automáticos que surgieron durante la tarea. Se estimula y se guía a los pacientes para que reflexionen sobre cómo estas emociones y pensamientos favorecieron u obstaculizaron la resolución del problema. Se revisan posibles distorsiones cognitivas de base.

El terapeuta refuerza los logros. Se incentiva el uso de las técnicas de resolución de problemas en otras situaciones conflictivas.

A los pacientes que han tenido dificultades con la tarea se les recuerda que éstas son nuevas habilidades que se están adquiriendo y, como todo aprendizaje, lleva tiempo y paciencia con uno mismo. Asimismo se propone la revisión de los pasos a seguir y se los estimula a realizar nuevos intentos.

##### B. Realizar psicoeducación sobre:

- a) emociones
- b) emociones, cambios fisiológicos y atribuciones
- c) reflexión sobre los pensamientos y conductas asociadas a cada emoción
- d) emociones positivas y emociones negativas
- e) el valor adaptativo de las emociones
- f) regulación de las emociones

##### TÉCNICA: Psicoeducación – Diálogo socrático

El terapeuta indaga acerca de lo que recuerdan los pacientes del material trabajado en sesiones anteriores sobre emociones, y entrega nuevo material (Ver Guía para el Paciente). Se consideran las inquietudes y dudas que pudieran surgir. Se utiliza el diálogo socrático para reflexionar sobre cada uno de los puntos.

##### C. Introducir las habilidades de tolerancia al malestar

##### TÉCNICA: Psicoeducación – Diálogo socrático

- a) El terapeuta explica: como hemos visto en encuentros anteriores, todas las personas atravesamos por situaciones problemáticas y podemos poner en marcha diferentes

estrategias para resolverlas, o cambiar nuestro modo de ver las cosas para sentirnos mejor. Sin embargo en muchas ocasiones no podemos cambiar una realidad dolorosa, o resolver una situación nos lleva más tiempo de lo previsto, o las cosas no salen como esperábamos, o nos resulta difícil cambiar la forma en que nos sentimos. En estos casos las habilidades de tolerancia al malestar ayudan a las personas a pasar un momento difícil de la mejor forma posible sin empeorarlo.

b) Pedir a los pacientes que pongan ejemplos de este tipo de situaciones generadoras de malestar.

c) El terapeuta se basa en el material del Cuadernillo del Paciente para la psicoeducación sobre habilidades de tolerancia al malestar. Se entrega un listado con cuatro habilidades para tolerar el malestar y espacios en blanco para que cada paciente especifique las propias.

## DISTRACCIÓN

Las habilidades de distracción que se enumeran a continuación ayudan a refocalizar la atención, a "separarse" de los estímulos que activan las emociones:

**Realizar actividades:** Son eficaces para modular emociones negativas de distintas formas. Desvían la atención y ocupan la memoria a corto plazo con pensamientos, sensaciones, imágenes que pueden contrarrestar los pensamientos, sensaciones e imágenes que activan las emociones negativas.

**Colaborar o ayudar a los demás:** Ayuda a refocalizar la atención, dejar de centrarse en uno mismo para focalizarse en los demás. Además puede ayudar a dar un nuevo significado a la vida y fomentar el respeto por uno mismo.

**Hacer comparaciones:** También ayuda a dirigir la atención de uno mismo hacia los demás. Se trata de compararse con personas que están en la misma situación o en situaciones más desfavorecidas. Este tipo de comparaciones sirven para ver la propia situación de forma más positiva.

**Generar emociones opuestas:** Implica identificar las emociones que se están sintiendo para poder realizar una actividad que provoque emociones opuestas.

**Tomarse una tregua:** Alejarse por un momento físicamente o mentalmente de la situación dolorosa para disminuir las señales emocionales asociadas a ésta. Es hacer un esfuerzo consciente para inhibir los estímulos internos o externos asociados con las emociones negativas. Implica la capacidad de disociarse. Si bien en situaciones muy críticas puede ser beneficiosa no es bueno que se use demasiado.

**Distraerse con otros pensamientos:** Ocupar la memoria a corto plazo con otros pensamientos e imágenes placenteras. De esta forma, los pensamientos activados por las emociones negativas no reactivan la emoción.

**Provocar otras sensaciones intensas:** Un ejemplo de ello es sostener cubitos de hielo en la mano. Provocar sensaciones puede interferir con el componente fisiológico de la emoción negativa y facilitar la refocalización de la atención hacia otros estímulos.

Se estimula a que los pacientes comenten sus opiniones y experiencias acerca de esta primera habilidad. Se resuelven dudas. Se completan espacios en blanco en el material del Cuadernillo del Paciente.

### **CONFORTARSE A SÍ MISMO**

Se trata de ser amable con uno mismo, de cuidarse, de mimarse utilizando los cinco sentidos. Por ejemplo: oler un rico perfume, preparar una comida que nos gusta, escuchar nuestra canción favorita, mirar un paisaje que nos deleite, etc.

Se estimula a que los pacientes comenten sus opiniones y experiencias acerca de esta habilidad. Se resuelven dudas. Se completan espacios en blanco en el material del Cuadernillo del Paciente.

### **MEJORAR EL MOMENTO**

Relajarse e imaginar acontecimientos o situaciones placenteras, rezar, encontrar significado, darse ánimo, hacer las cosas de una en una, tomarse unas minivacaciones, hablar con otras personas acerca de cómo nos sentimos.

El terapeuta podría hacer hincapié en la distinción sutil entre las técnicas de "distracción" y la de "mejorar el momento": no es lo mismo reducir el malestar por desatenderlo que buscar reducir el malestar haciendo algo significativo para aumentar la sensación de bienestar. Además en esta última técnica se hace uso del recurso de la relajación.

Se estimula a que los pacientes comenten sus opiniones y experiencias acerca de esta habilidad. Se resuelven dudas. Se completan espacios en blanco en el material del Cuadernillo del Paciente.

### **ANALIZAR PROS Y CONTRAS**

Se trata de hacer una lista de los perjuicios o desventajas y también hacer el esfuerzo de pensar algunos puntos positivos o beneficios de la situación dolorosa y/o del malestar que ésta provoca.

Se estimula a que los pacientes comenten sus opiniones y experiencias acerca de esta habilidad. Se resuelven dudas. Se completan espacios en blanco en el material del Cuadernillo del Paciente.

#### **D. Confeccionar la *Caja de la tolerancia al malestar* (Linehan, 1993) – Tarjetas de apoyo.**

Se promueve que cada paciente reflexione y elabore hipótesis sobre las habilidades de tolerancia al malestar con las que se sentiría más cómodo/a, y se busca elegir un grupo de estas habilidades para implementar durante las próximas semanas. A partir de esto se reparten tarjetas en blanco y se confeccionan *tarjetas de apoyo*. Se explica qué son estas tarjetas y cuál es su función.

#### **E. Tarea inter-sesión: Tarjetas de apoyo - Autorregistro**

Se propone colocar las tarjetas de apoyo con las diferentes habilidades incluidas en la *Caja de tolerancia al malestar* en lugares visibles (mesa de luz, escritorio, automóvil, heladera, etc.) y se incentiva a que ante situaciones que generen malestar o incomodidad durante la semana, se implementen algunas de las habilidades y se complete el Autorregistro F de Habilidades de Tolerancia al Malestar.

Este protocolo clínico ha sido específicamente diseñado para su utilización en contextos de investigación.  
Se prohíbe la reproducción y/o utilización parcial o total del mismo sin la correspondiente autorización.

**Tolerancia al malestar**

**DISTRAERME**

¿Con qué? ¿De qué manera?

---

---

---

---

**Tolerancia al malestar**

**MEJORAR EL MOMENTO**

¿Cómo?

---

---

---

---

**Tolerancia al malestar**

**CONFORTARME A MI MISMO  
CON LOS 5 SENTIDOS**

Vista: \_\_\_\_\_

Oído: \_\_\_\_\_

Olfato: \_\_\_\_\_

Gusto: \_\_\_\_\_

Tacto: \_\_\_\_\_

**Tolerancia al malestar**

**CONTRAS**

Y

PROS

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## SESIÓN 11

### REGULACIÓN EMOCIONAL (2)

#### Comunicar emociones

#### GUÍA PARA EL TERAPEUTA

#### OBJETIVOS:

1. Comprender la importancia de la identificación y la comunicación de las emociones.
2. Conocer y ensayar modos alternativos de comunicar las emociones.
3. Introducir el concepto de asertividad.

#### CONTENIDO DE LA SESIÓN:

##### A. Revisar tarea inter-sesión.

Se invita a los pacientes a comentar las habilidades de tolerancia al malestar implementadas y lo escrito en el Autorregistro F. Se debate la utilidad de las tarjetas de apoyo de habilidades de tolerancia al malestar.

##### B. Emociones: la importancia de su expresión para la comunicación.

###### TÉCNICA: Psicoeducación – Diálogo socrático

Se trabaja con el material incluido en el Cuadernillo del Paciente sobre la comunicación de las emociones. Para abordar los diferentes medios de expresión de las emociones se invita a los pacientes a que brinden ejemplos. Se anotan en la pizarra y se clasifican según sean ejemplos de lenguaje corporal, verbal o conductual.

Se introduce el concepto de asertividad.

###### TÉCNICA: Psicoeducación – Role-playing

Se propone revisar los modos en que cada uno comunica sus emociones a los demás (conocidos y desconocidos), ensayar nuevas modalidades de comunicación e introducir el concepto de asertividad.

Intervención grupal: A cada paciente se le entregan dos tarjetas con una situación hipotética: una que activa emociones positivas y otra emociones negativas (Ver anexo Guía del Terapeuta). A continuación se les pregunta acerca de la emoción experimentada<sup>1</sup>, los pensamientos y la expresión de dicha emoción. Posteriormente se invita a formar duplas y realizar un role-playing para dramatizar la comunicación de las emociones generadas. Se estimula a tener en cuenta los diferentes modos de comunicación (verbal, corporal y conductual). El resto de los integrantes observan.

Intervención individual: A cada paciente se le entrega tarjetas con situaciones hipotéticas que activan diferentes emociones (Ver anexo Guía del Terapeuta). Se le solicita que elija una tarjeta que le genere emociones positivas y otra que le provoque emociones negativas. A continuación se le pregunta acerca de la emoción experimentada, los pensamientos y la comunicación de esa emoción.

<sup>1</sup> Si se observan dificultades para identificar y nombrar la emoción puede utilizarse el *Listado de Emociones* como apoyo.

Posteriormente se le propone realizar un role-playing con el terapeuta para dramatizar la comunicación de las emociones generadas. Se estimula a tener en cuenta los diferentes modos de expresión (verbal, corporal y conductual).

En ambos dispositivos –grupal e individual- luego de cada role-playing se pregunta por modos de comunicación alternativos y se debaten las ventajas y desventajas de cada uno. El terapeuta hace hincapié en otra variable al momento de expresar y comunicar las emociones: saber elegir el **momento** y el **lugar apropiado**.

### C. Tarea inter-sesión: Ensayo conductual – Autorregistro

- 1) Elegir una persona a la que le quiera decir algo porque un aspecto o conducta de ella te enoja o genera malestar (emociones negativas). Colocar por escrito lo que quiera decirle, utilizando un **modo asertivo** de comunicación. Intentar comunicarse con esta persona para expresarle sus sentimientos. Completar el Autorregistro G.
- 2) Elegir una persona a la que le quiera transmitir una emoción positiva respecto a ella. Colocar por escrito lo que quisiera decirle, utilizando un **modo asertivo** de comunicación. Intentar comunicarse con esta persona para expresarle sus sentimientos. Completar el Autorregistro G.

## Anexo

### Tarjetas emociones negativas

*Está en un lugar cerrado y una persona a su lado enciende un cigarrillo.  
Comienza a faltarle el aire...*

¿Cómo se siente?

¿Qué nombre le pondría a esa emoción que está experimentando?

¿Qué piensa en ese momento?

¿Qué haría? ¿Cómo expresaría y comunicaría su emoción?

*Un amigo sabía que tenía un compromiso que era muy importante para usted.  
Pero no lo llamó para interesarse por cómo le fue... Usted sabe que no le ha pasado nada malo porque alguien le contó que se lo encontró ayer de compras.*

¿Cómo se siente?

¿Qué nombre le pondría a esa emoción que está experimentando?

¿Qué piensa en ese momento?

¿Qué haría? ¿Cómo expresaría y comunicaría su emoción?

*Le han propuesto hacer algo con lo que usted no está de acuerdo.  
Pero se siente presionado a hacerlo...*

¿Cómo se siente?

¿Qué nombre le pondría a esa emoción que está experimentando?

¿Qué piensa en ese momento?

¿Qué haría? ¿Cómo expresaría y comunicaría su emoción?

*Está en el cine y en la fila de adelante hay dos personas que no paran de hablar durante la película...*

¿Cómo se siente?

¿Qué nombre le pondría a esa emoción que está experimentando?

¿Qué piensa en ese momento?

¿Qué haría? ¿Cómo expresaría y comunicaría su emoción?

*Ha estado todo el día trabajando, aún le quedan muchas cosas para hacer, y encima en casa nadie se encargó de hacer la comida y entonces también le toca preparar la cena a usted...*

¿Cómo se siente?

¿Qué nombre le pondría a esa emoción que está experimentando?

¿Qué piensa en ese momento?

¿Qué haría? ¿Cómo expresaría y comunicaría su emoción?

*Sube a un colectivo repleto de gente. Usted está muy cargado, con bolsos y con las compras del supermercado. Varias de las personas que están sentadas (dos de ellos son hombres jóvenes y tres adolescentes mujeres) lo miran pero no le ofrecen el asiento...*

¿Cómo se siente?

¿Qué nombre le pondría a esa emoción que está experimentando?

¿Qué piensa en ese momento?

¿Qué haría? ¿Cómo expresaría y comunicaría su emoción?

*En mitad de la noche siente una opresión en el pecho, le comienza a faltar el aire y tiene sibilancias. Está solo/a...*

¿Cómo se siente?

¿Qué nombre le pondría a esa emoción que está experimentando?

¿Qué piensa en ese momento?

¿Qué haría? ¿Cómo expresaría y comunicaría su emoción?

*Hace poco tiempo que alguien de su familia ha fallecido. En este momento está reunido con amigos y sin darse cuenta ellos comienzan a hacer chistes de humor negro respecto a la muerte...*

¿Cómo se siente?

¿Qué nombre le pondría a esa emoción que está experimentando?

¿Qué piensa en ese momento?

¿Qué haría? ¿Cómo expresaría y comunicaría su emoción?

*Está en clase o en el trabajo y le han llamado la atención por algo que en realidad no hizo usted sino uno de sus compañeros...*

¿Cómo se siente?

¿Qué nombre le pondría a esa emoción que está experimentando?

¿Qué piensa en ese momento?

¿Qué haría? ¿Cómo expresaría y comunicaría su emoción?

*Está en una reunión familiar y tiene una crisis de asma. Varios de los presentes lo critican porque dicen que usted mismo se las provoca.*

¿Cómo se siente?

¿Qué nombre le pondría a esa emoción que está experimentando?

¿Qué piensa en ese momento?

¿Qué haría? ¿Cómo expresaría y comunicaría su emoción?

*Hay una misma persona entre sus amigos o conocidos que siempre que se reúnen en grupo habla más de lo que le gustaría, interrumpe y no permite que el resto participe.*

¿Cómo se siente?

¿Qué nombre le pondría a esa emoción que está experimentando?

¿Qué piensa en ese momento?

¿Qué haría? ¿Cómo expresaría y comunicaría su emoción?

*Está en una tienda esperando que lo atiendan y cuando llega su turno entra una persona apurada y sin importarle que usted está siendo atendido trata de captar la atención del vendedor. El vendedor deja de ocuparse de su pedido y comienza a centrarse en lo que esta persona necesita.*

¿Cómo se siente?

¿Qué nombre le pondría a esa emoción que está experimentando?

¿Qué piensa en ese momento?

¿Qué haría? ¿Cómo expresaría y comunicaría su emoción?

### **Tarjetas emociones positivas**

*Hace tiempo que necesita hacer un trabajo en su casa pero no puede hacerlo solo y nadie ha tenido tiempo de ayudarlo hasta ahora.  
Un amigo lo llama por teléfono y le ofrece su ayuda...*

¿Cómo se siente?

¿Qué nombre le pondría a esa emoción que está experimentando?

¿Qué piensa en ese momento?

¿Qué haría? ¿Cómo expresaría y comunicaría su emoción?

*Un amigo que aprecia mucho y con el que hace tiempo que no contacta lo llama por teléfono para saber de usted...*

¿Cómo se siente?

¿Qué nombre le pondría a esa emoción que está experimentando?

¿Qué piensa en ese momento?

¿Qué haría? ¿Cómo expresaría y comunicaría su emoción?

*Está en un colectivo repleto de gente y observa la siguiente escena:  
Un anciano intenta subir con dificultad al colectivo. Una adolescente de aproximadamente 14 años se levanta, ayuda al señor y le ofrece su asiento...*

¿Cómo se siente?

¿Qué nombre le pondría a esa emoción que está experimentando?

¿Qué piensa en ese momento?

¿Qué haría? ¿Cómo expresaría y comunicaría su emoción?

*Una persona a la que quiere mucho lo invita a una salida el fin de semana.*

¿Cómo se siente?

¿Qué nombre le pondría a esa emoción que está experimentando?

¿Qué piensa en ese momento?

¿Qué haría? ¿Cómo expresaría y comunicaría su emoción?

*Va a realizar unas compras y la persona que atiende el negocio es muy amable con usted, contesta a todas sus consultas sobre marcas y precios y le permite probar algunos de los productos antes de que los compre.*

¿Cómo se siente?

¿Qué nombre le pondría a esa emoción que está experimentando?

¿Qué piensa en ese momento?

¿Qué haría? ¿Cómo expresaría y comunicaría su emoción?

*Alguien de la familia a quien adora lo invita a comer. Usted va y pasan un hermoso día juntos: disfruta de una rica comida casera, recuerdan viejos tiempos, ríen y se dan ánimo respecto a situaciones difíciles que los dos están atravesando en la actualidad...*

¿Cómo se siente?

¿Qué nombre le pondría a esa emoción que está experimentando?

¿Qué piensa en ese momento?

¿Qué haría? ¿Cómo expresaría y comunicaría su emoción?

*Alguien a quien aprecia le dice que se ve muy atractivo/a*

¿Cómo se siente?

¿Qué nombre le pondría a esa emoción que está experimentando?

¿Qué piensa en ese momento?

¿Qué haría? ¿Cómo expresaría y comunicaría su emoción?

## SESIÓN 12

### REGULACIÓN EMOCIONAL (3)

#### Habilidades para generar emociones positivas

#### GUÍA PARA EL TERAPEUTA

#### OBJETIVOS:

1. Comprender la importancia de generar experiencias promotoras de emociones positivas.
2. Aprender a generar experiencias promotoras de emociones positivas.
3. Establecer metas a corto plazo.

#### CONTENIDO DE LA SESIÓN:

##### A. Revisar tarea inter-sesión.

Se invita a los pacientes a comentar la realización de la tarea inter-sesión. Se revisan posibles dificultades y los pensamientos y emociones asociadas. Se incentiva a los pacientes a continuar implementando estilos de comunicación asertivos en diferentes situaciones y contextos.

##### B. Aprender a generar experiencias promotoras de emociones positivas.

#### TÉCNICA: Psicoeducación

El terapeuta explica: en encuentros anteriores nos hemos ocupado de algunas estrategias que nos permiten sobrellevar las situaciones que no podemos cambiar y las emociones negativas intensas que las acompañan. Hoy vamos a conocer algunas estrategias que nos permiten generar situaciones que dan lugar a emociones positivas.

Así, si somos capaces de tolerar el malestar y sobrellevar las emociones negativas, y a su vez somos capaces de generar experiencias que nos brinden emociones positivas, nos sentiremos mejor y tendremos una mayor capacidad para disfrutar de la vida. Esto no tiene que ver con negar lo que nos pasa o tratar de no vernos afectados por ello, sino de desarrollar y ejercer nuestra capacidad de aceptación activa, es decir, de identificar lo que nos pasa, de elaborarlo y de generar alternativas para afrontarlo.

La ciencia ha descubierto que las personas que experimentan emociones positivas gozan de una mejor salud que aquellas en las que predominan las emociones negativas. Las emociones positivas se potencian favoreciendo los acontecimientos que las generan. Nadie puede tener una vida satisfactoria si no le ocurren cosas buenas, y en muchas ocasiones somos nosotros quienes podemos hacer que ocurran! ¿Pero de qué manera?. Veamos algunas estrategias (Linehan, 1993):

#### A corto plazo:

- Llevar a cabo actividades agradables que sea posible empezar a realizar ahora.
- Expandir la experiencia. Trabajar las relaciones con los demás. Construir nuevas relaciones interpersonales.

La mayoría de las personas necesitamos tener relaciones satisfactorias con los demás para estar bien y sentirnos felices. Las relaciones con los demás son una fuente de satisfacción vital importante. Por otra parte, a veces hacemos depender toda nuestra felicidad de una única relación interpersonal y eso puede ser una fuente de sufrimiento si las cosas no van bien. Es importante tener un círculo de personas próximas y relacionarse con los demás para obtener los beneficios de la vida social.

- Tomar conciencia de las experiencias positivas.  
Preste atención a los acontecimientos positivos que le sucedan y cuando su mente se desvíe a los aspectos negativos de las experiencias, vuelva a focalizar su atención en los aspectos positivos.

Animar a los pacientes a pensar y comentar ejemplos relacionados con sí mismos.

- Intente NO centrarse en las preocupaciones. No estropear una experiencia positiva pensando cuándo acabará, pensando si se lo merece y/o pensando que tiene que durar para siempre. Si ve que está pensando en alguna de estas cosas, vuelva a centrarse en los aspectos positivos de la experiencia.

Preguntar a los pacientes si frecuentemente tienen pensamientos como los descriptos, por ejemplo: "¿me lo merezco?" "esto que me está pasando es muy bueno pero probablemente terminará dentro de poco..."

#### **A largo plazo:**

- Realizar cambios en su vida de forma que los acontecimientos positivos sean más probables. Por ejemplo reorganizar sus actividades y dejarse más tiempo libre, delegar tareas del hogar para poder realizar otras que le resulten placenteras.

Incentivar a realizar una lista de acontecimientos/situaciones positivas que cada paciente desearía que ocurriesen en su vida y que pudieran transformarse en metas a alcanzar (próxima sesión).

- Evite Evitar. Evite abandonar.

Tener una vida satisfactoria supone establecer metas y conseguirlas. Y aunque nos gustaría que todo saliera bien sin esfuerzo, muchas veces es necesario esforzarse y trabajar con perseverancia para alcanzar las metas que nos proponemos.

Reflexionar acerca de la importancia de no perder de vista nuestras metas y ser perseverante (Esto será abordado con mayor profundidad en el próximo encuentro).

#### **C. Cómo construir experiencias positivas esta semana.**

Se entrega el Listado de Acontecimientos Placenteros. Se propone a los pacientes que lo lean y marquen aquellos que les gustaría realizar y agreguen otros que no estén en el listado. Luego se solicita que resalten los acontecimientos que estarían dispuestos a realizar a corto plazo, durante la próxima semana. Cada paciente expone la/s actividad/es agradable/s que va a empezar a hacer; se analiza si es realista; se organiza (frecuencia semanal, horario, etc.) y se hace hincapié en los obstáculos que pueden surgir y cómo vencerlos.

#### **D. Tarea inter-sesión: Ensayo conductual – Autorregistro**

Llevar a cabo los acontecimientos placenteros que fueron seleccionados de la lista y completar el Autorregistro H de Acontecimientos Placenteros.

## SESIÓN 13

### CALIDAD DE VIDA: UN OBJETIVO MÁS ALLÁ DE LOS SÍNTOMAS

GUÍA PARA EL TERAPEUTA

#### OBJETIVOS:

1. Profundizar el concepto de calidad de vida.
2. Identificar los aspectos que forman parte de la calidad de vida.
3. Valorar la propia calidad de vida.
4. Promover acciones que optimicen/mejoren la calidad de vida.
5. Estimular las condiciones que favorezcan la posibilidad de plantear metas para mejorar la calidad de vida y llevarlas a cabo.

#### CONTENIDO DE LA SESIÓN:

##### A. Revisar tarea inter-sesión.

El terapeuta indaga si los pacientes pudieron realizar las actividades placenteras seleccionadas en la sesión anterior. En caso afirmativo se explora la experiencia y se revisa el Autorregistro H. En caso de no haber podido hacerlo, se identifican las dificultades surgidas y los pensamientos y emociones asociadas. Se incentiva a realizar un nuevo intento durante la semana siguiente.

##### B. Introducir el concepto de Calidad de Vida.

###### TÉCNICA: Psicoeducación

El terapeuta explica que la Calidad de Vida hace referencia al grado de bienestar que las personas logran en las distintas áreas de su vida. No debe confundirse con el concepto de estándar o nivel de vida que está basado en los ingresos. Los indicadores de calidad de vida incluyen NO SOLO cuestiones económicas y laborales, sino también de ambiente físico, salud psicofísica, educación, recreación, satisfacción en las relaciones con la familia y amigos, entre otros.

Si bien existen algunos criterios a partir de los cuales se define la calidad de vida (por ejemplo satisfacción de las necesidades básicas), no existe una definición única de lo que significa una "buena calidad de vida" ya que es importante tener en cuenta la evaluación que hace cada persona sobre su propia vida. Es decir que la calidad de vida sea buena, mala o regular dependerá de la satisfacción que cada persona sienta respecto a los diferentes aspectos de su vida.

##### C. Evaluar la Calidad de Vida actual y la deseada.

###### TÉCNICA: Construcción de gráficos

El terapeuta entrega marcadores de dos colores diferentes y el Gráfico de Calidad de Vida.

Consigna: En primer lugar se invita a los pacientes a tomar uno de los colores y evaluar cada uno de los aspectos de su vida actual marcando con un punto en el puntaje correspondiente del gráfico. El 0 significa nada de satisfacción/conformidad con ese aspecto de la vida y 10 significa total satisfacción/conformidad.

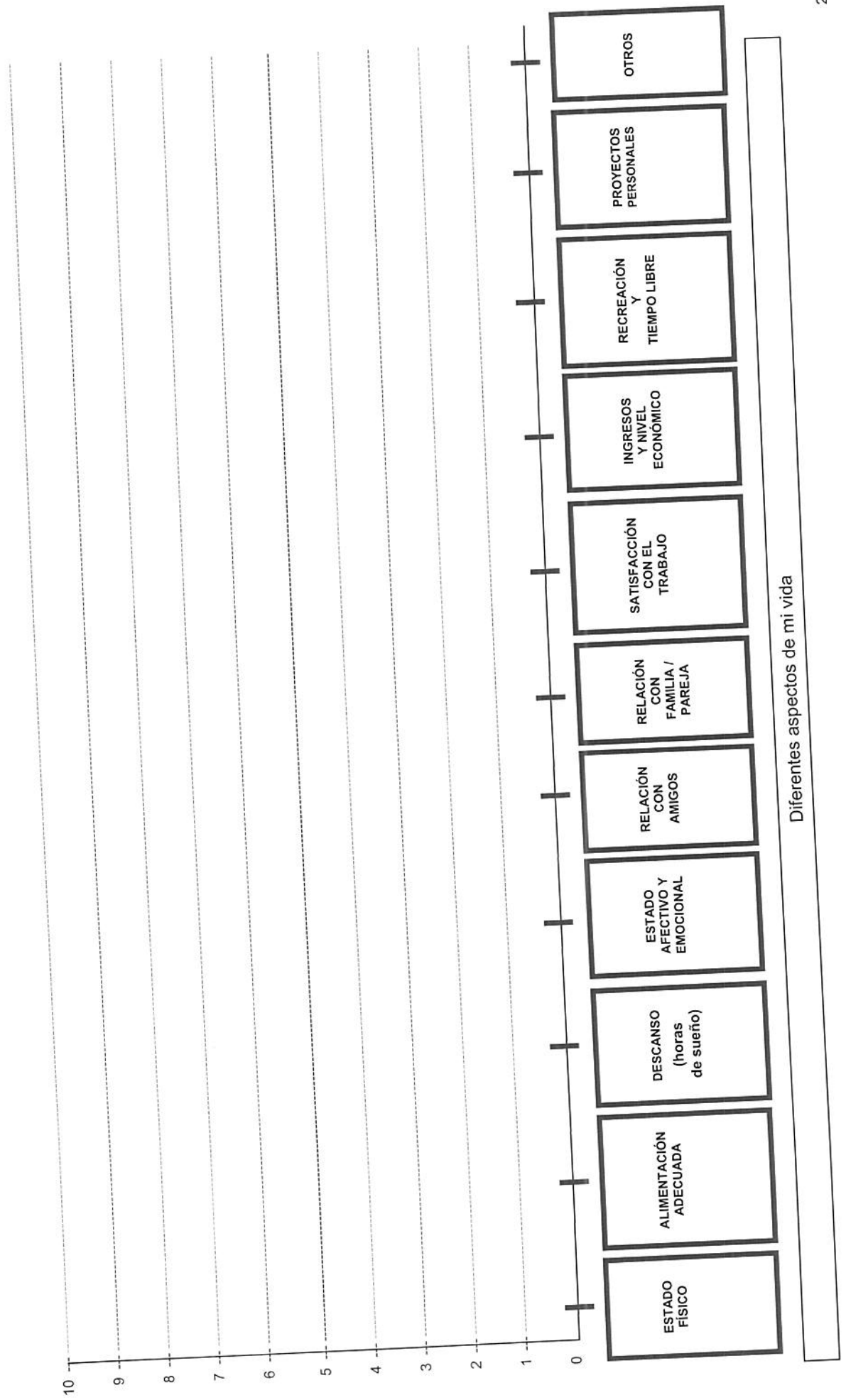
Este protocolo clínico ha sido específicamente diseñado para su utilización en contextos de investigación.  
Se prohíbe la reproducción y/o utilización parcial o total del mismo sin la correspondiente autorización.

En segundo lugar se les indica que unan los puntos entre sí para que quede graficado el Perfil de su Calidad Vida. Se comparten los perfiles.

En tercer lugar se entrega el marcador de otro color y se les solicita que utilicen la misma modalidad de puntuación pero ahora pensando en su calidad de vida deseada, es decir cómo les gustaría estar en cada uno de los aspectos. Se unen los puntos y se construye el perfil deseado. Se comparten los distintos perfiles y las distancias o cercanías entre la calidad de vida actual y la deseada (el terapeuta puede ayudar/guiar con preguntas: ¿Qué podríamos pensar de la diferencia entre la CV actual y la CV deseada?, ¿Es posible mejorar nuestra calidad de vida?, ¿Cómo sería?, ¿Qué aspectos de la vida nos aportan más satisfacción, y nos hacen tener una vida que nos guste vivir?, ¿Qué podemos hacer nosotros para mejorar nuestra calidad de vida?).

Este protocolo clínico ha sido específicamente diseñado para su utilización en contextos de investigación.  
Se prohíbe la reproducción y/o utilización parcial o total del mismo sin la correspondiente autorización.

## GRÁFICO DE CALIDAD DE VIDA



#### **D. Establecer metas para optimizar la Calidad de Vida personal.**

##### **TÉCNICA: Diálogo socrático**

A partir del análisis de los perfiles se seleccionan una o dos áreas donde existe mayor distancia entre la situación actual y la deseada.

El terapeuta explica que generalmente mejorar nuestra calidad de vida implica poder proyectarnos a largo plazo a través de metas intermedias a corto plazo que se corresponden con nuestros intereses más generales. Un primer paso es definir cuáles son las metas que nos gustaría alcanzar para mejorar algún aspecto de nuestra vida, y un segundo paso es plantearnos las acciones que deberíamos seguir para alcanzarlas. Se trabaja con el Formulario de Metas (Adaptado de Linehan, 1993) (ver Cuadernillo del Paciente).

Se incentiva a los pacientes a plantear diferentes alternativas a partir de las estrategias aprendidas durante el Programa para alcanzar dichas metas.

El terapeuta guía con preguntas:

¿Hay temas / contenidos de los que estuvimos viendo durante estos encuentros que le parece que lo podrían ayudar para optimizar / mejorar su calidad de vida en aquellas áreas que valoró como más deficitarias? ¿Cómo imagina que sería una manera de conseguirlo? Y usted ¿qué podría hacer al respecto?

Si no surgen las estrategias espontáneamente, se guía a los pacientes sobre lo que podrían hacer.

#### **E. Tarea Inter-sesión: Ensayo conductual- Narración sobre el propio proceso terapéutico**

- 1) Comenzar a implementar las acciones necesarias para alcanzar las metas propuestas. Utilizar el Formulario de Metas.
- 2) Escribir la propia historia del proceso en el Programa CV-Asma: ¿cómo vinimos y como nos vamos?

## SESIÓN 14

### PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

#### GUÍA PARA EL TERAPEUTA

#### OBJETIVOS:

1. Repasar el contenido de las sesiones desarrolladas a lo largo del programa.
2. Evaluar los indicadores de cambio percibidos por los pacientes atribuibles a la participación en el Programa de intervención.
3. Analizar y reflexionar sobre los factores que han contribuido a una mejoría en el manejo sintomático y la calidad de vida.
4. Reforzar el lugar protagónico (agencia) del paciente sobre los resultados obtenidos.
5. Identificar y analizar la presencia de temores y preocupaciones acerca de la finalización del Programa.
6. Introducir el concepto de "recaída".
7. Identificar estímulos / situaciones que puedan aumentar la probabilidad de recaídas.
8. Aprender a implementar sesiones de autoterapia para prevenir recaídas.

#### CONTENIDO DE LA SESIÓN:

##### A. Revisar tarea inter-sesión.

Tarea 1): Supervisar cómo los pacientes fueron implementando las acciones dirigidas a conseguir las metas propuestas. Se refuerzan los logros y se analizan las dificultades.

Tarea 2): A partir de la lectura de la historia del proceso elaborada por el paciente, el terapeuta lo va guiando para identificar los siguientes aspectos:

- **Logros atribuibles a la intervención:** ¿Notó cambios que estuvieran relacionados con su participación en el Programa? ¿En qué? ¿De qué tipo? ¿Cómo se dio cuenta?
- **Factores que contribuyeron al cambio:** ¿Qué cree que contribuyó a esos cambios que notó?

Es importante reforzar la relación directa entre el esfuerzo realizado y los cambios obtenidos (esto permitirá atribuir el progreso al paciente y aumentar las posibilidades de que el paciente siga trabajando para mantener los cambios).

- **Utilidad de cada uno de los temas tratados y estrategias aprendidas:**

El terapeuta explicita: acá tengo un listado (usar material del Cuadernillo del Paciente) con los contenidos que hemos visto y trabajado juntos durante este tiempo. Le propongo que identifique cuáles fueron los contenidos que más le ayudaron o fueron más útiles. Luego el terapeuta indaga en qué sentido le ayudaron los temas/estrategias señaladas.

- **Repasar brevemente la información principal sobre asma bronquial:** El objetivo es incentivar a los pacientes para que consideren el conocimiento sobre la enfermedad como un recurso que les ayuda a afrontar mejor su situación:
  - Asma como enfermedad crónica
  - Asma es intermitente: puede agudizarse o mejorarse en cualquier momento
  - Diferencia entre medicación preventiva y de rescate

- Importancia de controles periódicos con médico especialista para el ajuste del tratamiento ante situaciones especiales (cirugía, deporte, infecciones respiratorias)
- Rastrear posibilidades de que aquello que favoreció el cambio terapéutico esté disponible para otras circunstancias en las que pudiera necesitarlo luego de finalizado el Programa.

**B. Evaluar la presencia de preocupaciones o temores asociados con la finalización del Programa.**

El terapeuta guía con preguntas:

- ¿Cómo se siente sobre la finalización del programa y de nuestros encuentros?
- Explorar qué significó el programa para el paciente más allá de la no continuidad de las sesiones.
- Reforzar el hecho de que ahora sabe de qué se trata una intervención psicoterapéutica; y que pedir este tipo de ayuda también es una alternativa posible si lo volviera a necesitar.

**C. Introducir el concepto de “recaída”.**

El terapeuta explica que es importante tener en cuenta que puede pasar que en algún momento el paciente vuelva a sentir algo parecido a lo que le pasaba antes de empezar el Programa. Es decir, puede pasar se encuentre con momentos de tensión, o con sentimientos, pensamientos o conductas que pensaba que ya estaban “superados”, o incluso con maneras de afrontar el manejo de su salud de un modo que afecta negativamente su calidad de vida. Esto sucede porque los cambios que siente que logró necesitan afianzarse, es decir, es necesario que pasen a formar parte de su forma de vida habitual, y eso requiere tiempo e intención sostenida. Entonces puede ocurrir que haya recaídas.

Lo importante no es pensar o esperar que nunca le vuelva a suceder, si no que si le llega a ocurrir sepa y tenga en cuenta que tiene recursos para afrontarlo de un modo más saludable y adaptativo. Cuando algo de esto le suceda es importante recordar: “¡Tropezón no es caída!” y vivirlo como una oportunidad para volver a repasar y aplicar todo lo que aprendió durante este tiempo.

Trabajar con el Gráfico de recaídas (Ver Cuadernillo del Paciente) con ejemplos de situaciones que ha planeado el paciente durante el Programa. Ejemplificar marcando puntos de estabilidad, de recaídas o mejorías a lo largo del tiempo.

**D. Identificar situaciones/condiciones que aumentan la probabilidad de recaídas.  
Estrategias para afrontar una recaída: autoterapia.**

Prepararse para el futuro

Situaciones/condiciones que me podrían afectar

Si me empieza a pasar: .....

Lo que tengo / puedo hacer es: .....

.....

Lo que NO tengo que hacer porque no me ayuda es: .....

.....

Se anima a los pacientes a que continúen trabajando con las estrategias que han aprendido con el fin de mantener y generalizar la mejoría. Señalar que si se sigue trabajando en esta forma de autoterapia (por ejemplo, ponerse un día un horario semanal o quincenal para dedicarse a Autorregistros, ensayos conductuales, planificar acontecimientos placenteros y otros), no solo se mantendrán los cambios sino también se notarán más mejorías.

### E. Cierre del Programa y refuerzo a los pacientes por el interés y el esfuerzo realizado para seguir el Programa.

El terapeuta lee el cuento Ranitas en la crema (Menapace, 1983) y explica que quizás ayude a reflexionar sobre algunas cuestiones relacionadas con el proceso realizado durante el Programa.

#### Ranitas en la crema

Había una vez dos ranas que se cayeron en un recipiente de crema. Inmediatamente sintieron que se hundían; era imposible nadar o flotar mucho tiempo en ese líquido tan espeso como arenas movedizas.

Al principio, las dos patalearon en la crema para llegar al borde del recipiente pero era inútil, sólo conseguían chapotear en el mismo lugar y hundirse. Sentían que cada vez era más difícil salir de allí.

Una de ellas dijo en voz alta:

- ¡No puedo más! Es imposible salir de aquí, este líquido no es para nadar; y ya que voy a morir, no veo para qué prolongar este dolor. No entiendo qué sentido tiene morir agotada por un esfuerzo estéril.

Y dicho esto, dejó de patlear y se hundió con rapidez siendo literalmente tragada por el espeso líquido blanco.

La otra rana más persistente o quizás más tozuda, se dijo:

-¡No hay caso! Nada se puede hacer para avanzar en esta cosa. Sin embargo ya que la muerte me llegará, prefiero luchar hasta mi último aliento. No quisiera morir un segundo antes de que llegue mi hora.

Y siguió pataleando y chapoteando siempre en el mismo lugar, sin avanzar ni un centímetro. ¡Horas y horas!!!

Y de pronto... de tanto patlear y agitar, agitar y patlear... la crema se transformó en manteca.

La rana sorprendida dio un salto y patinando llegó hasta el borde del pote. Desde allí, sólo le quedaba ir croando alegremente de regreso a casa.

Intervención grupal: Al finalizar se propone que cada paciente anote en una hoja el nombre de todos los integrantes del grupo y escriba algo sobre cada uno de ellos bajo la consigna: *Qué me llevo de vos*. Luego se comparte en el grupo lo escrito por cada uno. Asimismo se incentiva a los integrantes a seguir comunicándose entre ellos con el objetivo de ampliar su red de apoyo y estar en contacto con personas a las “que les pasa lo mismo”, favoreciendo el intercambio de información y las estrategias para afrontar situaciones relacionadas a la salud que se puedan presentar en el futuro.

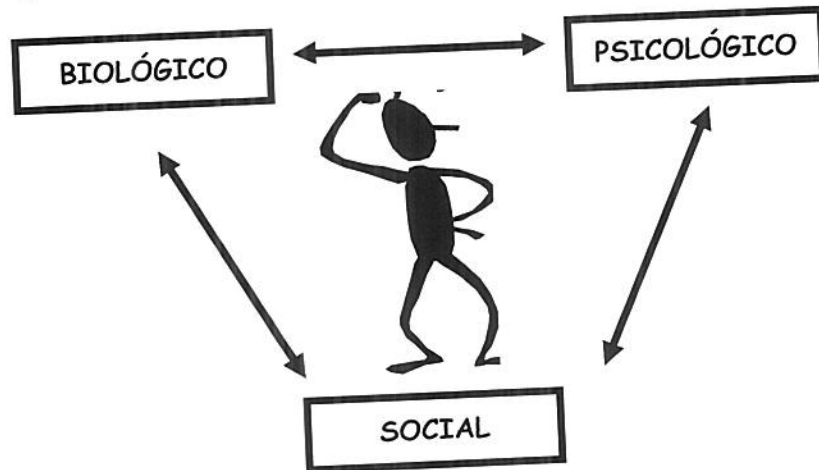
**ANEXO 3**  
**GUÍAS DEL PACIENTE**

## SESIÓN 1

### PRESENTACIÓN DEL PROGRAMA Y PSICOEDUCACIÓN (1)

#### GUÍA PARA EL PACIENTE

Los seres humanos tenemos tres niveles: el biológico, el psicológico y el social. Cuando nos sucede algo en uno de estos niveles, los demás se ven afectados.



Por ejemplo, si estamos tristes/deprimidos (nivel psicológico) notaremos algunos cambios en el nivel biológico (segregamos lágrimas, cambia nuestro apetito y puede alterarse nuestro sueño, etc.) y en el nivel social, puede suceder que no tengamos ganas de conversar ni de asistir a reuniones, estar más irritables o más agresivos con los demás, etc. Lo mismo ocurre cuando tenemos síntomas a nivel físico como los del asma; éstos repercuten en nuestro humor, en lo que pensamos y en nuestras relaciones con los demás. El médico es quien se encarga de ayudarnos con aspectos biológicos (la falta de aire, la tos, las crisis de asma) y para ayudarnos con los otros dos aspectos (psicológico y social) es que existen las **intervenciones psicosociales**.

#### ¿EN QUÉ CONSISTE ESTE PROGRAMA?

##### Versión para intervención grupal

Se trata de 14 encuentros semanales de 2 horas cada uno (4 meses en total), con otras personas que también tienen asma. Estos encuentros estarán a cargo de dos terapeutas psicólogos. El objetivo principal de estos encuentros será ocuparnos de nuestra experiencia con el asma bronquial con la finalidad de favorecer y complementar el tratamiento médico, identificando factores o situaciones que pudieran estar afectando negativamente la evolución del asma, y desarrollando recursos para afrontarlas.

##### Versión para intervención individual

Se trata de 14 encuentros semanales individuales de 1 hora cada uno (4 meses en total) con un terapeuta psicólogo. El objetivo principal de estos encuentros será ocuparnos de mi experiencia con el asma bronquial con la finalidad de favorecer y complementar el tratamiento médico, identificando factores o situaciones que pudieran estar afectando negativamente la evolución del asma, y desarrollando recursos para afrontarlas.

#### ¿PARA QUÉ ME PUEDE AYUDAR PARTICIPAR EN ESTE PROGRAMA?

*Participar en este Programa puede tener efectos positivos sobre mi estado de salud y mi calidad de vida.*



(En hoja aparte)

### **Versión para intervención grupal**

#### **PAUTAS DE FUNCIONAMIENTO**

1. Los contenidos que se desarrollen y las actividades que se realicen durante las sesiones, así como la información personal sobre los miembros del grupo es confidencial.
2. Si por algún inconveniente se va a llegar tarde o no se va a poder asistir a una sesión, es necesario avisar con anticipación.
3. Los miembros que falten a más de dos encuentros consecutivos no podrán continuar participando del Programa.
4. Para los casos planteados en los puntos 2 y 3 se contemplarán los motivos que justifiquen la ausencia o llegada tarde.
5. No se admitirán pacientes que acudan a las sesiones bajo los efectos de alcohol o drogas.

Otras pautas propuestas por el grupo:

.....  
.....

(En hoja aparte)

### **Versión para intervención individual**

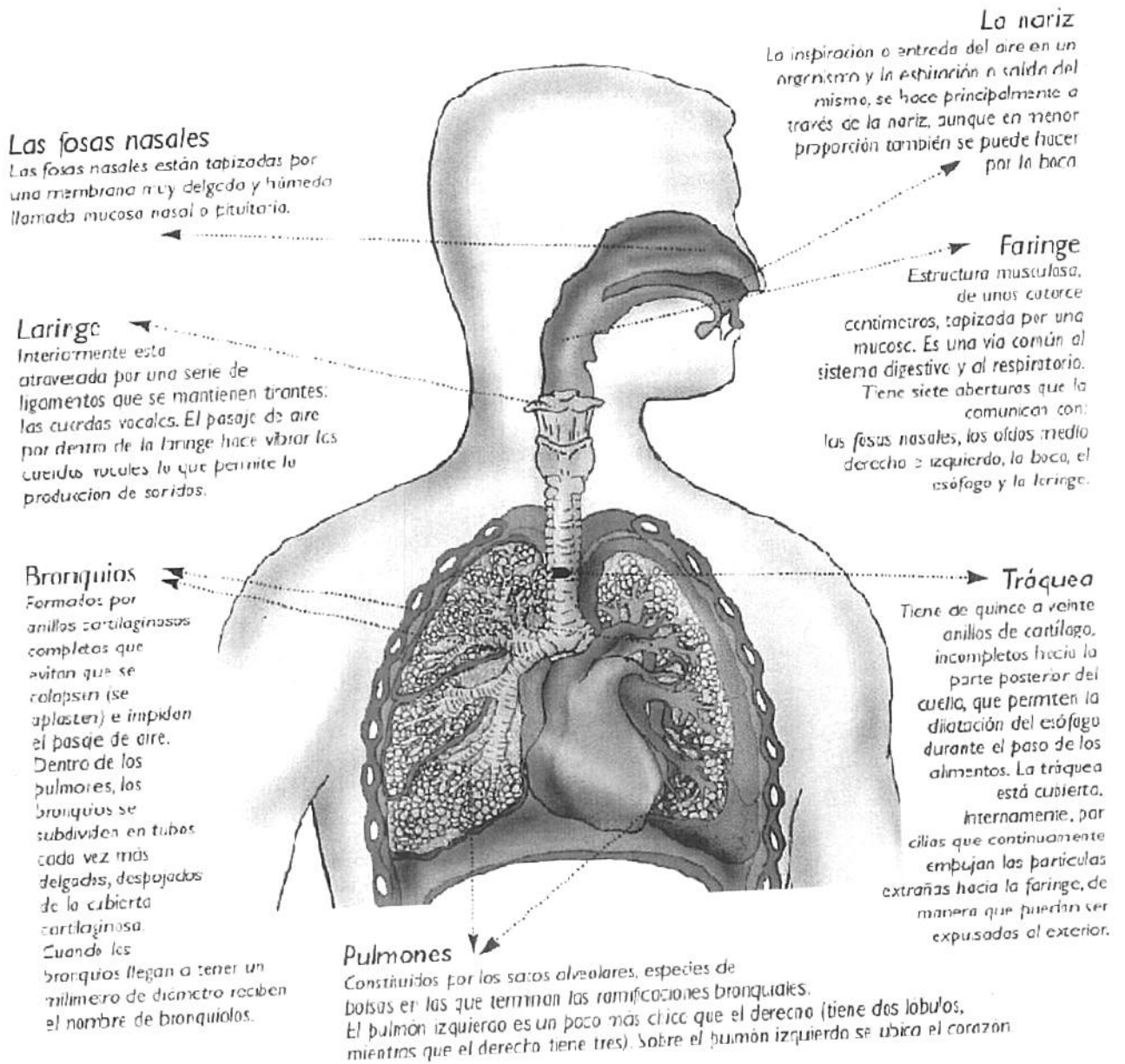
#### **PAUTAS DE FUNCIONAMIENTO**

1. Los contenidos que se desarrollen y las actividades que se realicen durante las sesiones, así como la información personal es confidencial.
2. Si por algún inconveniente voy a llegar tarde o no voy a poder asistir a una sesión, es necesario que avise con anticipación.
3. Si falto a más de dos encuentros consecutivos no podré seguir participando en el Programa.
4. Para los casos planteados en los puntos 2 y 3 se contemplarán los motivos que justifiquen mi ausencia o llegada tarde.
5. No se admitirá que yo acuda a las sesiones bajo los efectos de alcohol o drogas.

Otras pautas propuestas:

.....  
.....

# El sistema respiratorio



Semana del \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**AUTORREGISTRO A**

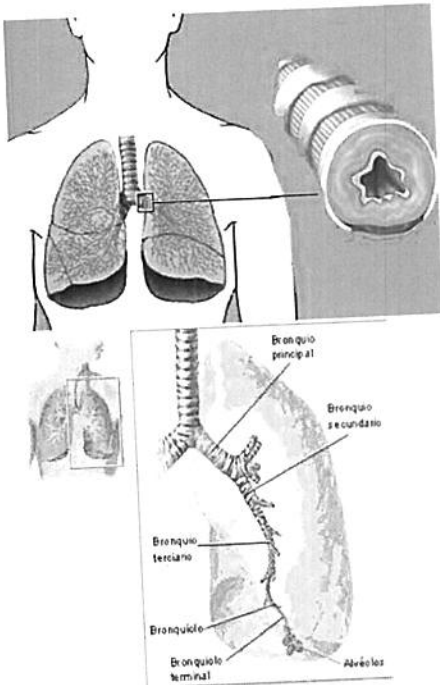
Situaciones en las que los síntomas fueron intensos	Intensidad de los síntomas de 0 a 10	¿Dónde estaba yo?	¿Con quién/estaba yo?	¿Qué estaba haciendo yo?	¿Qué sentí en ese momento?	¿Qué pensé en ese momento?	¿Qué hice entonces?	¿Qué me ayudó para que los síntomas se hicieran menos intensos o desaparecieron?
<b>1</b> Fecha aproximada: ..... Estación: Primavera — Verano — Otoño — Invierno —								
<b>2</b> Fecha aproximada: ..... Estación: Primavera — Verano — Otoño — Invierno —								

# Asma

## Respiración Normal

Para entender qué es el asma primero es necesario saber cómo respiramos. La respiración es un proceso por el cual los seres vivos tomamos oxígeno del ambiente y liberamos dióxido de carbono. El oxígeno es fundamental para la vida. Los pulmones son los órganos que permiten que el oxígeno del aire llegue a la sangre y a los distintos órganos del cuerpo.

El aire que respiramos entra por la **nariz** y por la **boca**, de allí pasa por varios tubos, la **tráquea**, un tubo grueso y único y, luego los **bronquios**. Al final de los bronquios existen unas pequeñas bolsas, que son como globos, que se llaman alvéolos. Las paredes de los alvéolos están rodeadas de pequeños vasos sanguíneos. Estas paredes permiten que el oxígeno del aire pase del aparato respiratorio a la sangre para que se distribuya por todo el cuerpo. A través de estas paredes de los alvéolos también se libera el dióxido de carbono.



¿Qué son y dónde están los **bronquios**?

Los bronquios son parte del aparato respiratorio, son los conductos en los que se divide la tráquea y llegan hasta los pulmones.

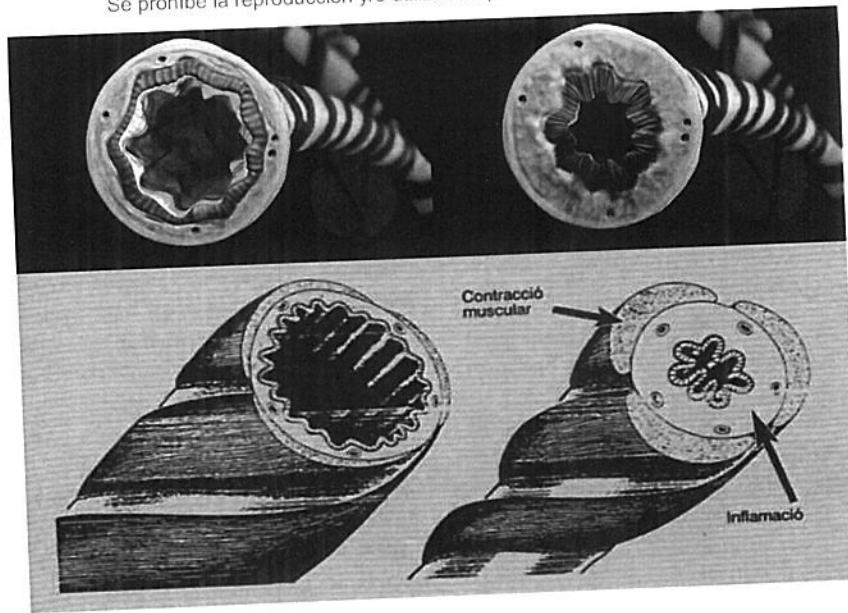
Los **bronquios** se encuentran rodeados de tejido muscular y están recubiertos por dentro por células que secretan **mucosidad** (moco) que sirve para atrapar el polvo y los agentes extraños que están en el aire.

## ¿Qué es el asma?

El asma bronquial es una **enfermedad inflamatoria crónica de las vías respiratorias**... ¿pero qué significa esto?

**Enfermedad inflamatoria de las vías respiratorias** significa que las paredes de los bronquios se hinchan y enrojecen. Asimismo aumentan la cantidad y viscosidad de las secreciones bronquiales (moco). La inflamación y la mucosidad obstruyen los bronquios y reducen el espacio por el que debe entrar y salir el aire.

Esta inflamación hace que aumente la hiperreactividad bronquial, es decir, que estos conductos tiendan a contraerse y estrecharse excesivamente generando los síntomas característicos del asma: dificultad para respirar, sensación de falta de aire, opresión y silbidos en el pecho, y tos.



Las personas con asma pueden tener todos o algunos de estos síntomas, y desarrollarlos de manera episódica (solo de vez en cuando) o en forma continua (la mayoría de los días). Cuando estos síntomas se hacen muy severos y pronunciados hablamos de una **crisis asmática**.

Una misma persona puede tener síntomas y crisis en un momento de su vida y no tenerlos en otro. El asma se caracteriza por combinar períodos sin síntomas con períodos en los que los síntomas aparecen con menor o mayor intensidad. Pero el asma es una enfermedad **crónica**, esto quiere decir que es una patología de larga duración para la cuál aún hoy no existe una curación definitiva.

### ¿Cuáles son las causas del asma?

Hasta el momento se sabe que el asma surge como resultado de la relación entre genes y ambiente.

Algunos de los siguientes factores hacen que las personas predispuestas genéticamente presenten sintomatología asmática:

- Agentes como el polen, hongos, pelos de animales, ácaros, humo del cigarrillo, algunos productos químicos o remedios.
- Infecciones respiratorias
- Contaminación del ambiente
- Ejercicio físico
- Aire frío
- Reflujo gastroesofágico
- Estrés



### El asma no se puede curar, pero se puede controlar

El asma afecta al 5% de los adultos y al 10-15% de los niños y adolescentes. Cuando el asma no está bien controlada o tratada la calidad de vida de las personas que la padecen disminuye porque les afecta sus actividades cotidianas: su estudio, su trabajo, su vida social y familiar, sus actividades deportivas y recreativas, entre otras. Cuando los síntomas son muy severos y no se cumple con el tratamiento adecuado el asma puede ocasionar la muerte.

## ¿Cómo se logra el control del asma?

En primer lugar es muy importante que cada persona conozca los factores que desencadenan sus síntomas. Saber qué es lo que nos provoca los síntomas de asma es muy importante para poder evitar esos factores.

En segundo lugar es esencial seguir las prescripciones y tratamientos médicos. En la actualidad existen medicaciones muy eficaces para el asma, pero es muy importante tener continuidad con estos remedios ya que la mejoría se logra gracias a su uso prolongado y sin interrupciones. Es común que cuando una persona con asma se siente bien, discontinúe o abandone la medicación. Pero es importante NO hacer esto, ya que es probable que aparezcan ataques más frecuentes y más graves si interrumpimos la medicación.

En tercer lugar, es muy útil identificar otros factores que directa o indirectamente pudieran estar afectando la evolución, tratamiento o manejo del asma, por ejemplo otras enfermedades (sinusitis, rinitis), el tabaquismo o factores emocionales como el estrés y el estado de ánimo, entre otros.

## Tratamiento para el asma

Si bien por el momento no hay remedios que curen el asma, los medicamentos actuales permiten que las personas con asma se mantengan sin síntomas y con una buena calidad de vida la mayor parte del tiempo.

Cada paciente tiene características únicas, por lo tanto el tratamiento debe ser individualizado, ajustado a las propias particularidades y necesidades.

Por este motivo,  
no todos los pacientes reciben el mismo tratamiento ni las mismas dosis.  
Cada médico brinda el tratamiento más adecuado para la persona en cada momento de su vida.

## Los medicamentos

Los medicamentos para tratar el asma pueden ser clasificados en:

- a) Medicación preventiva o "de control"
- b) Medicación de rescate o "de alivio"

### **Medicación preventiva o "de control"**

Son la base del tratamiento moderno para el asma. Estos medicamentos se usan todos los días en forma de aerosol o de polvo seco, aún cuando no se tiene síntomas porque buscan disminuir la inflamación de los bronquios y la hiperreactividad bronquial. Para que su efecto sea óptimo es necesario ser constante y no interrumpir el uso de esta medicación.

Los principales medicamentos de control son:

- **Corticoides inhalatorios** (*beclometasona, fluticasona, budesonida*)  
Son remedios muy útiles para el control del asma. Son muy eficaces y seguros ya que sus efectos negativos son mínimos en comparación con los beneficios que se logran en el control de la enfermedad.

Usualmente se escuchan frases como: "Los corticoides son peligrosos!, son malos, es necesario evitar tomarlos!". Si bien es cierto que los corticoides en forma de pastillas o inyecciones (corticoides sistémicos) utilizados de manera prolongada tienen efectos negativos, los corticoides que se utilizan para el tratamiento moderno del asma actúan específicamente sobre las vías respiratorias, es decir que si su inhalación diaria se hace en dosis adecuadas son seguros y no tienen mayores efectos adversos. Sólo en algunos casos pueden causar disfonía, presencia de hongos en la boca y faringe, aunque esos efectos se pueden reducir con el uso de dispositivos espaciadores y enjuagando la boca luego de la aplicación.

CORTICOIDES



- **Agonistas beta dos adrenérgicos de acción prolongada (salmeterol y formoterol)**  
Siempre deben usarse asociados con los corticoides inhalados. En combinación con éstos<sup>1</sup>, son muy efectivos y sus efectos negativos son escasos. Permiten controlar mejor el asma sin necesidad de tener que aumentar la dosis de corticoides, y también disminuye el uso de medicamentos de rescate. Además suelen utilizarse para prevenir el broncoespasmo que se puede generar por el ejercicio físico. Se usan por vía inhalada en forma de aerosol y polvo.
- **Inhibidores de los leucotrienos (montelukast, pranlukast, zafirlukast)**  
Son comprimidos que se toman por boca. Se usan combinados con otros para reducir las dosis de corticoides inhalatorios de los pacientes con asma moderada o severa, o para mejorar el control del asma en los pacientes que no pueden controlar los síntomas con el uso de los corticoides.
- **Corticoides sistémicos (prednisona, dexametasona)**  
Se usan por vía oral o intravenosa o intramuscular. Son adecuados para controlar los síntomas severos, pero deben tomarse por un período corto de tiempo para evitar importantes efectos negativos: osteoporosis (aumento de las posibilidades de fracturas), hipertensión arterial, diabetes, obesidad, cataratas, glaucoma, engrosamiento de la piel, facilidad de moretones y debilidad muscular. En algunos casos esta medicación también es usada para el "rescate" de síntomas agudos.

### Medicación de rescate o "de alivio"

Se utilizan cuando aparecen los síntomas. Actúan rápidamente estabilizando la función pulmonar y reduciendo el broncoespasmo, por eso se los llama "broncodilatadores".

Los principales medicamentos de este tipo son los **agonistas beta dos adrenérgicos de acción corta** (salbutamol y fenoterol). Se usan por vía inhalatoria en forma de aerosol o gotas nebulizadas. Las personas con asma deben tenerlos siempre a mano para poder usarlos cuando aparecen los síntomas y se hacen más intensos.

Tal como sucede con los corticoides, hay ideas incorrectas sobre los broncodilatadores, por ejemplo que causan adicción o que hacen mal al corazón. Si bien es cierto que en el pasado, cuando las dosis que se usaban eran mucho más altas, podían tener efectos negativos, hoy en día los broncodilatadores son muy seguros y es raro que causen efectos negativos importantes. Sólo a veces producen temblor, palpitaciones, dolor de cabeza y calambres.

BRONCODILADORES



<sup>1</sup> Hay medicamentos que traen combinados los corticoides inhalados con los agonistas beta dos adrenérgicos de acción prolongada, por ejemplo el SERETIDE (Salmeterol + Fluticasona) o el SYMBICORT (Formoterol + Budesonida).

Si los síntomas aumentan y no mejoran luego de la aplicación de la medicación de rescate concurra inmediatamente a la guardia y/o llame a su médico

### **Omalizumab (Anti- IgE)**

Es un medicamento que actualmente solo se indica a algunos pacientes con asma alérgica grave cuyos síntomas no mejoran con corticoides inhalados. Es indicado para personas que tiene altos niveles de IgE. Lo que hace el Omalizumab es bloquear la acción de la IgE, que es una sustancia natural del organismo que causa síntomas de asma. Este medicamento se usa en combinación con algunos de los medicamentos antes descritos.

El Omalizumab se inyecta por vía subcutánea (debajo de la piel) una o dos veces al mes. NO es una medicación de rescate, es decir, no alivia inmediatamente los síntomas de una crisis de asma, debe transcurrir algún tiempo para observar sus beneficios.

### **Inmunoterapia**

Consiste en inyecciones para reducir la sensibilidad a los alérgenos. Pero ¿qué es un alérgeno? Los alérgenos son sustancias (como por ejemplo el polen, los pelos de animales, ciertas bacterias y hongos) que son capaces de producir síntomas de asma.

La inmunoterapia funciona como una vacuna. Se inyecta progresivamente el alérgeno al cual es alérgica la persona (durante los primeros meses 1 o 2 veces por semana y luego con menor frecuencia) para que el organismo desarrolle tolerancia a este alérgeno, es decir que cuando la persona entre en contacto con él, no se produzcan síntomas de asma o que éstos sean leves.

Para que sea apropiada la inmunoterapia requiere de la identificación de un único y bien definido alérgeno. **Este tratamiento se debe considerar solamente después de un estricto control ambiental (evitar las sustancias que provocan síntomas de asma) y de los medicamentos tales como los corticoides inhalados.**

Los efectos secundarios de este tratamiento pueden ser reacciones alérgicas, por ese motivo es muy importante que sea un médico especialista (alergista/inmunólogo) quien lo realice y supervise.

### **OTRA INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA TENER EN CUENTA**



### **¡USTED ES LA PARTE ESENCIAL PARA EL CONTROL DEL ASMA!**

Porque usted cuenta con la capacidad para manejar sus síntomas evitando los desencadenantes, sosteniendo el tratamiento médico y prestando atención a otros factores que pueden influir en la evolución del asma.

Ante ciertos acontecimientos vitales como el embarazo, una cirugía, un cambio de lugar de residencia, o la realización de actividades como por ejemplo la práctica deportiva, hace falta considerar algunos ajustes en el tratamiento del asma. Es muy importante entonces informarle al médico de estas situaciones con el fin de incluir los cambios necesarios que permitan mantener el control de la enfermedad y una buena calidad de vida.

## TAREAS INTER-SESIÓN

### ¿Qué son? ¿Para qué sirven?

- Uno de los objetivos de este programa de intervención psicosocial es que pueda aplicar a situaciones de la vida cotidiana lo que vamos trabajando en las sesiones/encuentros.
- Es importante entonces realizar ciertas actividades durante la semana. A estas actividades las llamaremos "tareas inter-sesión".
- Las "tareas inter-sesión" son uno de los componentes esenciales del programa, son tan importantes como la asistencia a las sesiones.

Vamos a usar una comparación para comprender su importancia: cuando aprendemos a manejar, el instructor nos puede decir cómo encender el auto, cómo pasar los cambios, qué pedal utilizar para avanzar y cuál para detenernos. Sin embargo, no será suficiente conocer estos pasos para aprender a manejar, para que realmente aprendamos a manejar es necesario que salgamos nosotros mismos en medio del tráfico y manejemos. Con la intervención psicosocial sucede algo similar: se puede reflexionar con el terapeuta sobre las propias experiencias y dificultades, se puede hablar y aprender sobre cómo hacer frente a las situaciones difíciles, pero si ese aprendizaje no se pone en práctica en la vida de todos los días no será de ninguna utilidad.



### Tarea inter-sesión:

#### **Autorregistro**

Identificar las dos últimas situaciones donde los síntomas fueron muy intensos y severos. Describir la situación por escrito en el Autorregistro A (incluido en el Cuadernillo del Paciente) lo más detalladamente posible: cuán intensos fueron los síntomas, dónde estaba, con quién estaba, qué estaba haciendo cuando ocurrió, cómo me sentí, qué pensé, qué hice y qué me ayudó para que los síntomas se hicieran menos intensos o desaparecieran.

Semana del \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### AUTORREGISTRO A

Situaciones en las que los síntomas fueron intensos	Intensidad de los síntomas de 0 a 10	¿Dónde estaba yo?	¿Con quién/estaba yo?	¿Qué estaba haciendo yo?	¿Qué sentí en ese momento?	¿Qué pensé en ese momento?	¿Qué hice entonces?	¿Qué me ayudó para que los síntomas se hicieran menos intensos o desaparecieron?
<b>1</b> Fecha aproximada: ..... Estación: Primavera — Verano — Otoño — Invierno —								
<b>2</b> Fecha aproximada: ..... Estación: Primavera — Verano — Otoño — Invierno —								

## SESIÓN 2 PSICOEDUCACIÓN (2)

### GUÍA PARA EL PACIENTE

#### Notas de lo trabajado en sesión

---

---

---

---

---

---

---

---

---

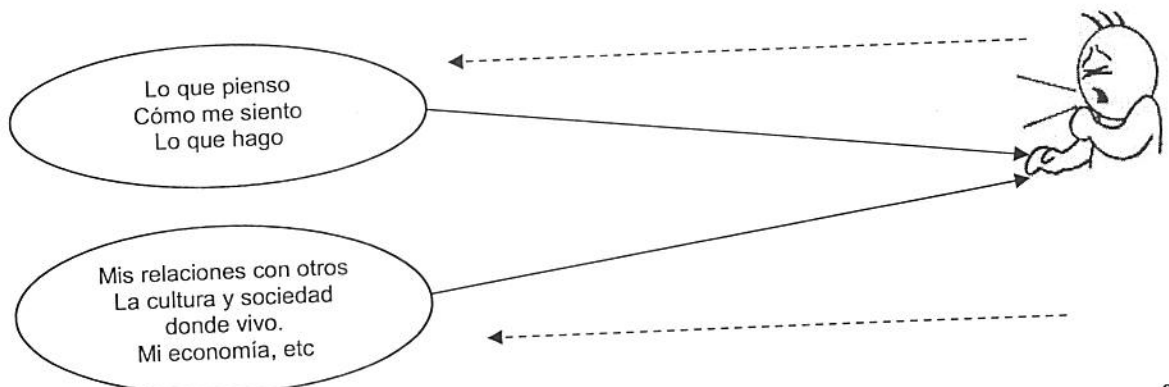
---

---

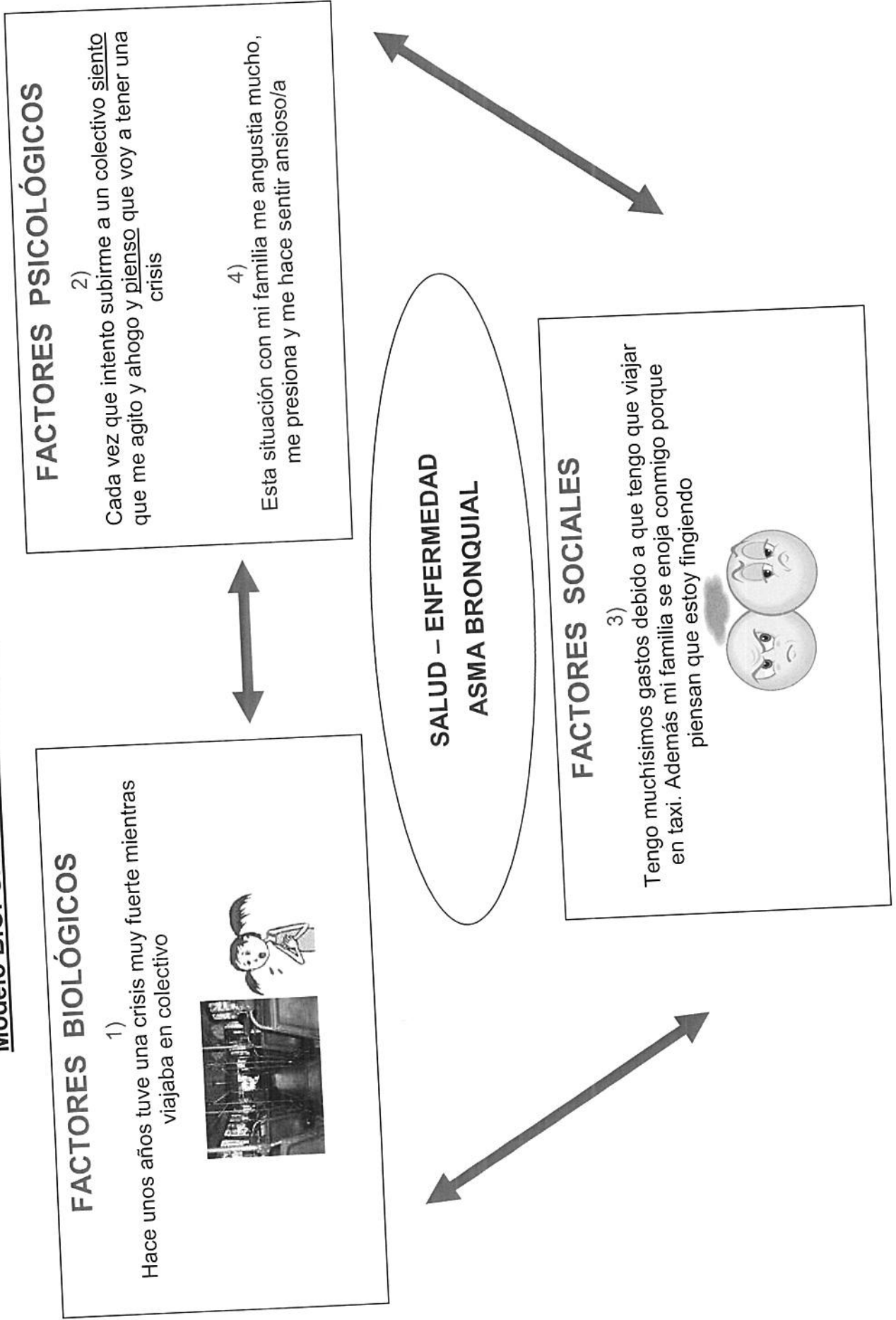
#### ¿Cómo influyen las variables psicosociales en el desencadenamiento, evolución, mantenimiento y manejo del asma?

En la actualidad se sabe con certeza que las causas del asma son biológicas y no psicológicas. Sin embargo, los factores psicológicos (nuestros pensamientos, emociones y conductas) y los factores sociales (nuestros vínculos con amigos, compañeros de trabajo y familiares, la sociedad y la cultura donde vivimos, nuestra economía, etc.) pueden afectar el modo en que el asma evoluciona. Es decir, estos factores pueden mejorar o empeorar los síntomas y la calidad de vida.

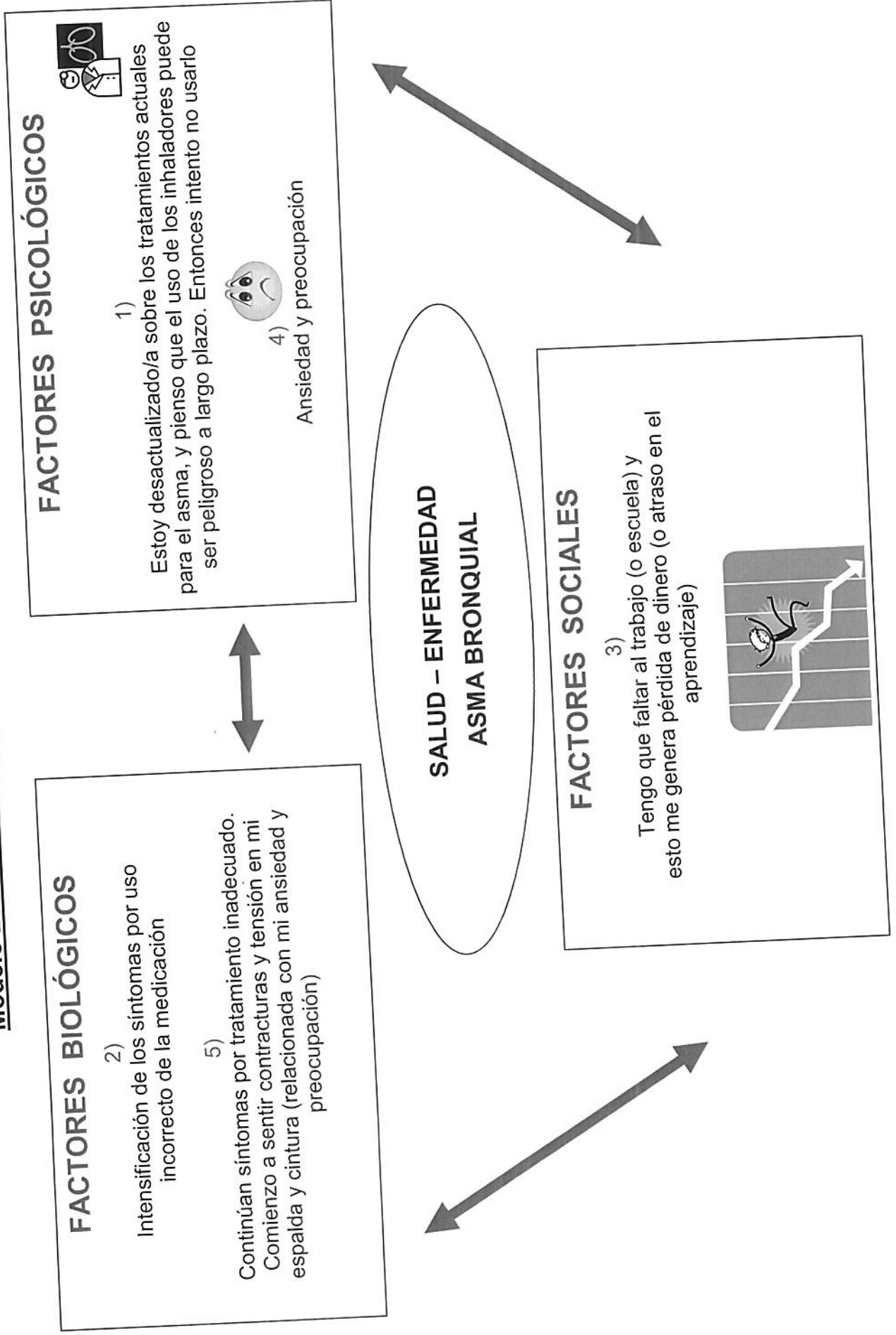
A su vez el grado en que los síntomas interrumpen las actividades de todos los días y los momentos de recreación, puede tener efectos negativos sobre la calidad de vida y el bienestar. Por ejemplo las interrupciones en las actividades diarias o en el descanso debidas a los síntomas pueden provocar problemas con nuestro trabajo o nuestra familia.



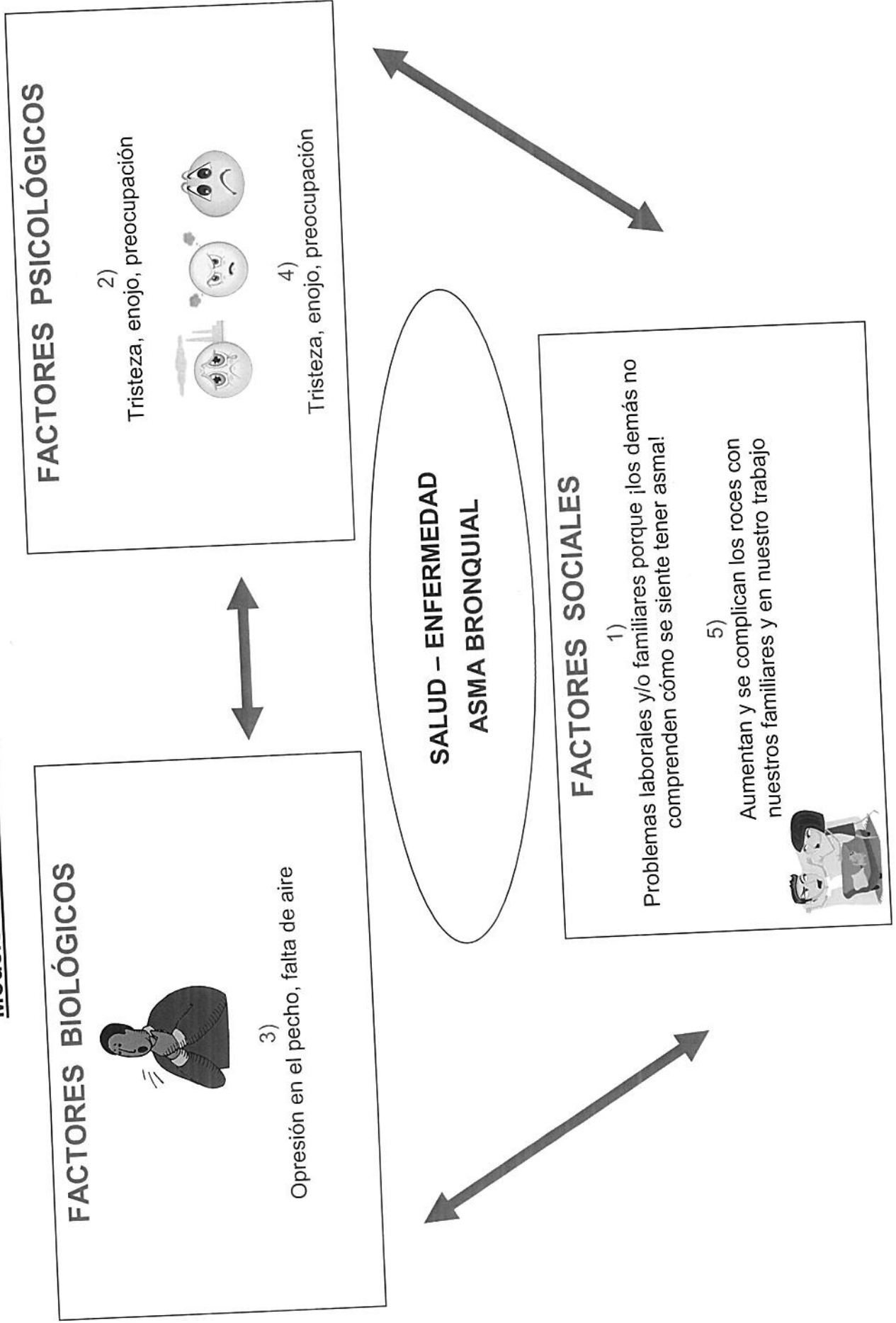
## Modelo BIOPSIICOSOCIAL del proceso de salud y enfermedad



## Modelo BIOPSICOSOCIAL del proceso de salud y enfermedad



## Modelo BIOPSIICOSOCIAL del proceso de salud y enfermedad



Este protocolo clínico ha sido específicamente diseñado para su utilización en contextos de investigación.  
Se prohíbe la reproducción y/o utilización parcial o total del mismo sin la correspondiente autorización.

BIOLÓGICO

PSICOLÓGICO

SOCIAL

BIOLÓGICO

PSICOLÓGICO

SOCIAL

Todo lo que estuvimos analizando anteriormente nos indica que el asma puede afectar la **CALIDAD DE VIDA** de las personas de diferentes modos. Pero...

### ¿QUÉ ES LA CALIDAD DE VIDA?

- La Calidad de Vida (CV) hace referencia al grado de bienestar que alcanzan las personas en las distintas áreas y aspectos de la vida.
- No debe confundirse con el concepto de estándar o nivel de vida que está basado en los ingresos. Los indicadores de calidad de vida incluyen NO SOLO cuestiones económicas y laborales, sino también de ambiente físico, salud psicofísica, educación, recreación, satisfacción en las relaciones con la familia y amigos, proyectos personales, entre otros.
- No existe una definición única de lo que significa una "buena calidad de vida" ya que es importante tener en cuenta la evaluación que hace cada persona sobre su propia vida.

Durante el Programa CV-Asma aprenderemos diferentes estrategias para mejorar la calidad de vida y también trabajaremos con aquellos aspectos psicosociales que podrían impactar sobre nuestra calidad de vida.

5 emociones, circunstancias o dificultades que pueden presentarse en la vida cotidiana y considero que están más asociadas a la activación de los síntomas:

---

---

---

---

---

5 emociones, circunstancias o dificultades que pueden presentarse en la vida cotidiana y considero que están más asociadas a la activación de los síntomas:

---

---

---

---

---

## SESIÓN 3

### EXPERIENCIA CON LA ENFERMEDAD (1)

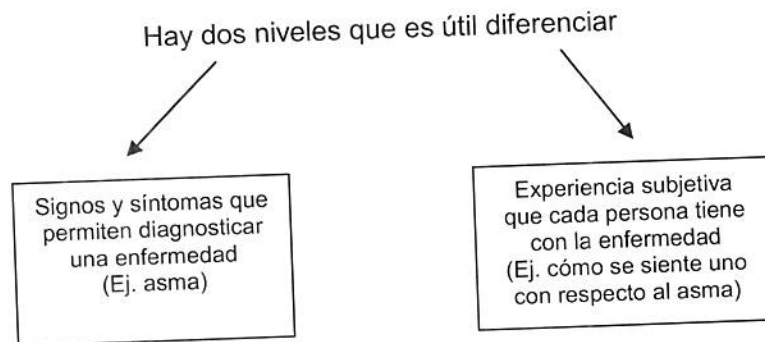
GUÍA PARA EL PACIENTE

#### ¿DE QUÉ HABLAMOS CUANDO HABLAMOS DE LA EXPERIENCIA CON LA ENFERMEDAD?

Se refiere al modo en el que convivimos con el asma bronquial.  
Es decir, cuáles son nuestros pensamientos, sentimientos, actitudes y conductas hacia la enfermedad, y cómo la enfermedad influye en nuestra vida.



ESTAR ENFERMO NO ES LO MISMO QUE SENTIRSE ENFERMO...



Estos niveles pueden ser independientes o ir de la mano o estar relacionados.  
Veámoslo con dos ejemplos:

La **persona A** tiene síntomas de asma todos los días, varias noches durante la semana la tos no le permite conciliar el sueño y ha tenido que dejar de realizar las tareas de limpieza en su hogar para evitar los desencadenantes de las crisis. A pesar de la objetiva gravedad de su condición clínica, la persona A dice que se siente muy bien, que el asma bronquial no es un problema en su vida; ella piensa que incluso sus síntomas han hecho que tenga que delegar algunas tareas del hogar, lo cual le ha dejado más tiempo libre para dedicarse a ella misma.

La **persona B** tiene pocos síntomas, sólo un par de días en el mes siente sensación de ahogo y tiene leves silbidos en el pecho. Sin embargo se siente extremadamente angustiada por tener asma, cada vez que tiene algún síntoma se enoja y se vuelve irritable y discute con todos los que la rodean. Esta persona piensa que tener asma y depender de la medicación preventiva diaria es una de las peores cosas que le pudieron pasar en la vida.



Estos ejemplos también muestran cómo nuestros pensamientos influyen en el modo en que sentimos y actuamos. La persona A piensa que el asma no es un problema para ella, incluso que los síntomas le han dado ciertos beneficios, por lo tanto sus sentimientos son de bienestar y sus conductas están dirigidas a aprovechar el tiempo libre que dispone al no dedicarse a las tareas del hogar.

En contraposición, la persona B tiene pensamientos negativos acerca de su enfermedad y el tratamiento, lo cual le genera emociones también negativas (ira, enojo) que provocan conductas como discutir con sus allegados.

Es importante aclarar que ninguno de los casos (A o B) es mejor o peor, pero sí que muestran diferentes formas de interpretar lo que nos pasa, y esto dará lugar a manejarnos de un modo distinto con nuestra enfermedad.  
Lo esencial es saber que se pueden aprender algunas estrategias para modificar nuestra experiencia y sentirnos mejor.

Notas de lo trabajado

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Tarea inter-sesión:** Tratar de recordar la **última** crisis asmática

Elegir la crisis de asma más severa (o síntomas más destacados) que haya experimentado en el último año. Tratar de recordar y relatar por escrito en el Cuadernillo del Paciente:

- ¿Dónde estaba yo cuando comenzaron los síntomas?
- ¿Cómo era ese lugar?
- ¿Quiénes estaban conmigo y cómo reaccionaron?
- ¿Cómo se fueron desarrollando los hechos? ¿Qué pasó entonces?

Es importante que intente recordar y escribir la mayor cantidad posible de detalles que me permitan revivir aquella situación.



## SESIÓN 4

### EXPERIENCIA CON LA ENFERMEDAD (2)

#### GUÍA PARA EL PACIENTE

Tal como vimos en el encuentro pasado, la **experiencia con la enfermedad** se refiere a cómo vivenciamos el hecho de convivir con el asma. Y cuando hablamos de experiencia estamos hablando de nuestros pensamientos, sentimientos, conductas y valoraciones que nos surgen frente a los síntomas, el tratamiento o ante situaciones relacionadas con el asma. Veamos de qué se trata cada uno de estos términos:



#### EMOCIONES O SENTIMIENTOS

Son estados afectivos que experimentamos todos los seres humanos.

Una emoción viene acompañada de cambios corporales (fisiológicos). Por ejemplo si experimentamos miedo nuestro corazón se acelera, sudamos y ciertos músculos de nuestra cara se ponen rígidos. Si estamos muy tristes sentimos una opresión en nuestro pecho y lloramos.

En algunas ocasiones hay emociones muy intensas como la angustia, que pueden experimentarse en las mismas zonas que los síntomas del asma (pecho, garganta) y entonces pueden llevar a confundir un síntoma de asma con una emoción intensa. Por eso es muy importante aprender a reconocer nuestras emociones.

Se pueden distinguir **emociones primarias** y **emociones secundarias**.

Emociones primarias	Emociones secundarias
Son emociones básicas presentes desde los primeros meses de vida. Estas son 6 : <b>alegría</b> <b>tristeza</b> <b>miedo</b> <b>ira</b> <b>asco</b> <b>sorpresa</b>	Son combinaciones o derivados de las emociones primarias, aparecen más tardíamente a lo largo del desarrollo de una persona y necesitan de una elaboración cognitiva más compleja, es decir están influidas por procesos de pensamiento. Ej1: sentirme <b>culpable</b> por enojarme. Ej2: sentirme <b>avergonzado/a</b> por estar triste.

Las emociones también se pueden diferenciar en **emociones positivas** y **emociones negativas**.

Emociones POSITIVAS	Emociones NEGATIVAS
Son emociones placenteras y nos hacen sentir bien como por ejemplo la alegría.	Son emociones que nos generan malestar como por ejemplo la tristeza, la ira o el miedo.
<b>Tanto las emociones positivas como las negativas forman parte de la riqueza de la vida y tienen una función importante</b>	
Por ejemplo, si bien sentir miedo puede resultar desagradable, éste puede hacer que nos protejamos de situaciones potencialmente peligrosas. Por el contrario una emoción de alegría intensa también puede conmocionarnos y tener un efecto negativo para nuestra salud a pesar de ser una emoción placentera.	

Las emociones se presentan con distinta intensidad y pueden tener un valor adaptativo o generar efectos perjudiciales



Podemos estar levemente tristes o terriblemente deprimidos. Tener en cuenta la intensidad es importante porque en muchas ocasiones el problema podría surgir cuando las emociones son desmedidas o inadecuadas y entonces nos generan problemas e interfieren en nuestra vida cotidiana

¿Cómo surgen las emociones?



Cuando tratamos de comprender la naturaleza de las emociones es importante que tengamos en cuenta que las emociones nos informan sobre cómo nos sentimos y constituyen una forma de comunicarnos con nosotros mismos y con los demás.

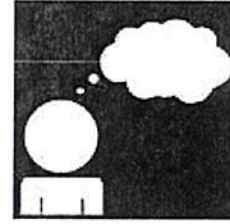
En este sentido, las emociones generalmente están relacionadas con situaciones -internas o externas-, por ejemplo una discusión con una persona importante para nosotros, o la pérdida de un ser querido podrían ser acontecimientos externos que nos provocan distintas emociones, o por ejemplo un pensamiento, una sensación física u otra emoción que internamente nos desencadena un estado emocional positivo o negativo.

Si bien algunos acontecimientos pueden desencadenar una emoción de forma automática (es decir, podemos reaccionar a un acontecimiento sin que medie ningún pensamiento, sin que nos demos cuenta de aquello que nos provoca esa reacción), la mayoría de los acontecimientos no disparan una emoción automáticamente. **La emoción surge a partir de la interpretación que la persona hace del acontecimiento y de lo que le ocurre**, es decir, a partir de lo que la persona piensa sobre el acontecimiento.

Por ejemplo, no tendríamos miedo a las armas si no supiéramos que pueden matarnos.

Otro ejemplo: Juan no habla con nadie. Su amiga María piensa que él no habla porque está enojado con ella y eso la pone muy triste. Lo que sucede en realidad es que Juan está afónico.

Es decir, muchas veces estamos respondiendo emocionalmente a la interpretación (pensamientos y valoraciones) que hacemos del acontecimiento o de la situación y no al acontecimiento o a la situación misma, por eso también es importante conocer cómo se relacionan nuestros pensamientos con nuestras emociones.



## PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS

- Son breves y fugaces, aparecen de manera repentina en nuestras mentes.
- No son deliberados ni resultado de la reflexión, por eso se llaman “automáticos”.
- Pueden aparecer en **forma verbal** (como frases o palabras) o en **forma de imágenes** (Ej. verse a sí mismo en medio de una crisis de asma sin que nadie venga en su auxilio), o una **combinación de ambas** (Ej. verse a sí mismo en medio de una crisis de asma sin que nadie venga en su auxilio y pensar “la gente se asusta y se aleja de las personas con asma”).
- La mayor parte del tiempo no tenemos registro de este tipo de pensamientos.
- Suceden muy rápido y somos más conscientes de la emoción que los acompaña que del pensamiento mismo.
- Con un poco de entrenamiento podemos traerlos a la conciencia e identificarlos.
- Todas las personas tenemos estos pensamientos y habitualmente los aceptamos como si fueran certezas sin evaluarlos ni reflexionar sobre ellos. Sin embargo cuando los revisamos más detenidamente podemos advertir que no son verdades absolutas y que incluso en algunos casos son distorsiones de la realidad o pensamientos que no nos son útiles.

Hay pensamientos que nos hacen sentir mejor que otros y resultan más funcionales. Por esto es importante aprender a identificarlos y buscar pensamientos alternativos cuando los que tenemos no responden a la realidad, nos hacen daño o nos dificultan para nuestra vida cotidiana.

## CONDUCTAS

Son las acciones, los comportamientos que llevamos a cabo. Están motivadas por lo que pensamos y por lo que sentimos y cómo valoramos lo que nos pasa.

¿Cómo influyen nuestras interpretaciones de los hechos sobre lo que sentimos y sobre el modo en el que actuamos?

Lo que demuestra el siguiente ejemplo es que existen diferentes maneras de interpretar una situación, y que el modo de interpretar una situación (los pensamientos y valoraciones que tenemos) influye sobre lo que sentimos y lo que hacemos.

A (Antecedentes: Hechos desencadenantes, situaciones problemáticas)	B Pensamientos automáticos	C Consecuencias	
		Emociones	Conductas
Una persona está sola por la noche en su casa y oye un ruido en otra habitación	Hay un ladrón	Terror, ansiedad, miedo	Intentar esconderse, llamar a la policía, gritar
	Quedaron las ventanas abiertas y el viento ha tirado algo....	Tristeza (si se piensa que se rompió algo de valor)  Enojo (si se piensa que otra persona dejó abiertas las ventanas)	Levantarse para ver qué se rompió y cerrar las ventanas

Ahora veamos ejemplos específicamente relacionados al asma:

A (Antecedentes: Hechos desencadenantes, situaciones problemáticas)	B Pensamientos automáticos	C Consecuencias	
		Emociones	Conductas
Hoy el médico me ha explicado que el asma es una enfermedad crónica y que <u>siempre, durante toda mi vida</u> deberé tomar la medicación si quiero mantener los síntomas controlados.	¡Esto es un castigo!  Con el tratamiento para el asma he perdido mi libertad	Ira, rabia, ansiedad	- No tomar la medicación preventiva cuando mejoran los síntomas, pero luego se vuelve a empeorar - Me enojo con los que están a mi alrededor
	¡Qué bueno que existen medicamentos para mejorar mis síntomas!	Tranquilidad, bienestar	- Tomar la medicación diariamente - Organizarme para retomar actividades abandonadas por los síntomas





### Tarea inter-sesión: Autorregistro

El ejercicio para esta semana consiste en completar el Autorregistro B. Le pedimos que lo coloque en el Cuadernillo del Paciente y lo traiga la próxima sesión ya que trabajaremos con él.

#### ¿Cómo completo el Autorregistro B?

1) Durante la semana le proponemos identificar **situaciones problemáticas** que surjan en los diferentes ámbitos de la vida (hogar, trabajo, vínculos con amigos, pareja, familia, etc.) y describirlas por escrito en la primera columna del Autorregistro. Pero... ¿qué es una "situación problemática"?

*Un problema o situación problemática es algo que vivimos y que nos causa preocupación y malestar. Puede ser una pequeñez o un gran conflicto, que nos puede generar tensión, inquietud o angustia pero que sobre todo lo que nos resulta problemático es la manera de vivirlo.*

*Todo el tiempo necesitamos darle un sentido a lo que nos pasa y entender los acontecimientos que vivimos, y es nuestra mente la que se encarga de elaborar lo que significa para nosotros. Es decir, podemos interpretar lo que sucede como una pérdida, una amenaza o un desafío y eso resultarnos más o menos problemático.*

*Pero nuestra mente también evalúa si tenemos los recursos para manejar la tensión que nos genera esa situación o acontecimiento problemático. Por ejemplo, una situación en la cual nuestros síntomas asmáticos se incrementen mientras caminamos por la calle puede no ser un problema si llevamos con nosotros/as el broncodilatador y si sabemos qué hacer si los síntomas se agravan (respirar lentamente, llamar al médico, dirigirnos a la guardia, etc.).*

*Por este motivo, en muchas ocasiones la solución a los problemas no está en esperar que cambie la situación o el acontecimiento, sino en nuestro modo de afrontarlo.*

2) En la segunda columna podrá anotar las personas que participan de la situación incluyéndose a usted mismo si lo considera necesario.

3) En la tercera columna le proponemos que intente identificar los pensamientos automáticos que tuvo en dicha situación (recordar el concepto de pensamientos automáticos revisado en sesión). Puede ser útil preguntarse a uno mismo: ¿qué pasó por mi mente en ese momento?

4) En la cuarta columna la idea es que pueda registrar las emociones que experimentó (para facilitar la identificación se adjunta una tabla con diferentes emociones) y en la quinta columna que indique en una escala del 0 al 10 la intensidad de dicha emoción.

5) La sexta columna es para describir qué es lo que hizo ante la situación que describió, es decir cómo se comportó.

6) En la última columna podrá señalar con una X si la situación que describió tuvo algún tipo de relación con el asma; y en caso afirmativo pueden describir cuál fue esa relación. Por ejemplo: "luego de la gran discusión familiar los síntomas comenzaron a agravarse" o "tuve una discusión con mi jefe porque no comprendía que si tenía síntomas de asma debía tomarme un descanso y administrarme la medicación".

Este protocolo clínico ha sido específicamente diseñado para su utilización en contextos de investigación.  
Se prohíbe la reproducción y/o utilización parcial o total del mismo sin la correspondiente autorización.

Semana del \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ al \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

### AUTORREGISTRO B

Descripción de situación problemática	Personas que participan en la situación	Pensamientos Automáticos (¿qué pienso? ¿qué se me viene a la cabeza?)	Emociones (¿qué siento?)	Intensidad de la emoción (0-10)	Conductas (¿qué hago?)	¿Le parece que la forma de vivir/ experimentar esta situación se relacionó con la aparición o la intensificación de sus síntomas de asma?
						SI € NO €
						SI € NO €

Este protocolo clínico ha sido específicamente diseñado para su utilización en contextos de investigación.  
Se prohíbe la reproducción y/o utilización parcial o total del mismo sin la correspondiente autorización.

ALEGRÍA	TRISTEZA	MIEDO	AMOR	IRA	ASCO
activo/a	abatido/a	acobardado/a	abierto/a	agresivo/a	asqueado/a
adecuado/a	aburrido/a	alarmado/a	afectuoso/a	arrebatado/a	impresionado/a
afanoso/a	afligido/a	alertado/a	agradecido/a	celoso/a	repugnado/a
afianzado/a	agobiado/a	amenazado/a	amado/a	cerrado/a	con repulsión
afortunado/a	amargado/a	ansioso/a	apegado/a	chinchudo/a	con aversión
agradado/a	angustiado/a	asustado/a	atento/a	colérico/a	
alegre	apenado/a	atemorizado/a	cariñoso/a	contrariado/a	
aliviado/a	apesadumbrado/a	aterrado/a	cercano/a	disgustado/a	
anhelante	avergonzado/a	atormentado/a	compasivo/a	distante	
animado/a	cansado/a	amedrentado/a	comprensivo/a	desairado/a	
audaz	compungido/a	con pánico	con aceptación	enfurecido/a	
calmado/a	confundido/a	desasosegado/a	con amor	enojado/a	
capaz	culpable	desesperado/a	con dulzura	envidioso/a	
complacido/a	defraudado/a	desorientado/a	conforme	exasperado/a	
confiado/a	decaído/a	despavorido/a	contenido/a	fastidiado/a	
contento/a	desalentado/a	dudoso/a	enamorado/a	furioso/a	
crédulo/a	desconsolado/a	espantado/a	entregado/a	frenético/a	
deleitado/a	desdichado/a	estremecido/a	fiel	hastiado/a	
deseoso/a	desilusionado/a	evasivo/a	gratificado/a	indiferente	
deslumbrado/a	dolido/a	horrorizado/a	halagado/a	incómodo/a	
despreocupado/a	fracasado/a	impactado/a	lentificado/a	indignado/a	
dichoso/a	frustrado/a	inquieto/a	inclinado/a	incisivo/a	
divertido/a	herido/a	inseguro/a	interesado/a	iracundo/a	
encantado/a	humillado/a	intranquilo/a	generoso/a	irritado/a	
en paz	intimidado/a	intrigado/a	con pertenencia	limitado/a	
entero/a	quebrado/a	miedoso/a	con simpatía	malhumorado/a	
entusiasmado/a	sombrio/a	obsesionado/a	pleno/a	molesto/a	
esperanzado/a	solo/a	paralizado/a	querido/a	mordaz	
expectante	triste	perturbado/a	tierno/a	rabioso/a	
favorecido/a	turbado/a	pesimista	vinculado/a	odiado/a	
feliz	vacío/a	preocupado/a		rencoroso/a	
fuerte		receloso/a		resentido/a	
gozoso/a		sobresaltado/a		sarcástico/a	
gracioso/cómico/a		sorprendido/a		trastornado/a	
gustoso/a		temeroso/a		vengativo/a	
ilusionado/a		tenso/a		violento/a	
jubiloso/a		vencido/a			
motivado					
optimista					
osado/a					
paciente					
perseverante					
positiva/a					
predispuesto/a					
privilegiado/a					
radiante					
realizado/a					
rebosante					
regocijado/a					
resplandeciente					
risueño/a					
satisfecho/a					
seguro/a					
tranquilo/a					
triunfante					

## SESIÓN 5

### EXPERIENCIA CON LA ENFERMEDAD (3)

#### GUÍA PARA EL PACIENTE

#### Hasta aquí hemos visto

- Qué son las conductas.
- Qué son las emociones.
- Qué son los pensamientos.

Además es importante recordar:

Estos pensamientos NO son verdades absolutas.  
No siempre lo que pensamos es como lo pensamos.  
Los pensamientos a veces sufren algunas distorsiones.  
Hay pensamientos que nos hacen sentir mejor que otros  
y resultan más adaptativos.

Veamos algunas de las **DISTORSIONES COGNITIVAS (sesgos del pensamiento)** de las que hablábamos:

En muchas ocasiones los pensamientos automáticos se basan en una captación distorsionada de la realidad, por eso se los considera errores en el pensamiento que llamamos *distorsiones cognitivas*. Generalmente éstas nos causan malestar y suelen traernos problemas en nuestra vida de todos los días.

Las distorsiones cognitivas más usuales son:

1) **Pensamiento polarizado**: También llamado pensamiento de “todo o nada”. Se tiende a percibir toda cosa, persona o situación en forma extremista. Se consideran solo dos categorías en vez de considerar una gama de posibilidades.

Ejs: “Si no triunfo en todos los aspectos de mi vida, soy un fracasado”.  
“Su padre es amable y atento pero su madre es una mujer antipática y descortés”.  
“Solo si mis síntomas de asma desaparecen por completo podré vivir plenamente”.



2) **Pensamiento catastrófico**: Pensamientos que predicen el futuro negativamente sin tener en cuenta otras posibilidades. Los pensamientos catastróficos muchas veces empiezan con las palabras: “Y si...”

Ejs: “Y si mi hijo se empieza a drogar...”.  
“Y si no consigo un trabajo debido a mi enfermedad...”.  
“Y si empiezo a toser y me quedo sin aire ante una multitud...”.  
“Estaré tan molesto que no podré hacer nada”.

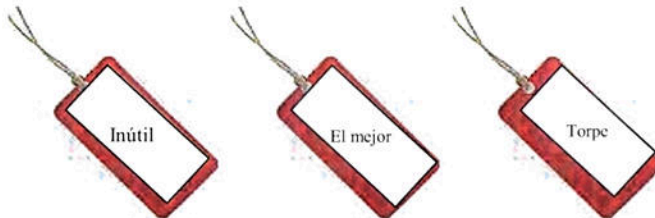
3) Descalificar o dejar de lado lo positivo: Se considera que las experiencias positivas, los logros o las cualidades no tienen valor o valen muy poco.

Ejs: "Hice bien el trabajo que me encargaron, pero eso no significa que sea competente. Solo tuve suerte".  
"El cambio de medicación ha mejorado mi dificultad para respirar por las noches. Pero eso no significa que mi asma está mejorando".



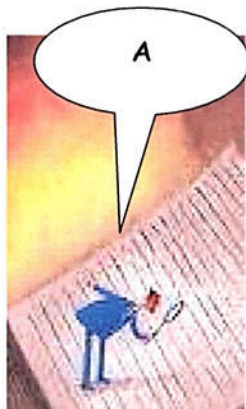
4) Catalogar/etiquetar: Se coloca a uno mismo o a los demás una etiqueta global sin tener en cuenta que todas las evidencias llevan a conclusiones menos drásticas.

Ejs: "He chocado el auto. Soy un/a inútil".  
"No supe advertir los síntomas a tiempo. Soy un/a torpe".  
"Ella ha dado la respuesta correcta en la clase. Es la más inteligente de las mujeres".



5) Maximización y Minimización: Se sobrevalora o subvalora el significado de una situación, persona o de usted mismo/a.

Ejs: "Tuve una crisis de asma en medio de la fiesta y fue un terrible papelón. Solo muy pocos invitados se dieron cuenta pero quedé en ridículo ante los que estaban cerca mío".  
"Tengo síntomas de asma todos los días, y la semana pasada tuve que faltar al trabajo debido a esto... pero... no es nada grave, ya se me pasará, quizás en unos meses saque turno con el médico".



6) Filtraje: Consiste en centrarse en un detalle extraído fuera de su contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación, y entender toda la experiencia en base solo a ese fragmento. Toda la situación queda "teñida" por un simple detalle.

Ejs: "Como me asignaron un puntaje bajo en uno de los ítems de la evaluación, quiere decir que soy un/a trabajador/a incapaz".  
"Esta tarde él pasó rápidamente, me sonrió pero no se detuvo a saludarme. Le debo resultar una persona aburrida".  
"Una de las diez pruebas evaluaba capacidad respiratoria y estuve por debajo de lo esperable. Eso arruinará mi ingreso a la institución".

7) Interpretación del pensamiento ("leer la mente"): Esta distorsión consiste en creer que podemos saber con certeza lo que están pensando y sintiendo otras personas.

Ejs: "Él debe estar pensando que no sé nada sobre el tema del que está hablando".  
"El Doctor siente que soy un/a paciente muy pesado/a porque siempre le hago preguntas".  
"Ella actúa así porque está celosa".

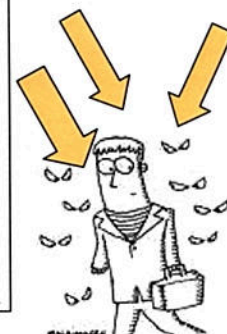


8) Sobregeneralización: A partir de un suceso simple o un solo elemento de evidencia se llega a una conclusión generalizada. Y esa conclusión se aplica tanto a situaciones parecidas como a situaciones que son muy diferentes. Las sobregeneralizaciones generalmente se expresan como afirmaciones absolutas.

Ejs: "Mi última crisis asmática fue cuando estuve de vacaciones. No podré vacacionar nunca más sin tener síntomas".  
"Hoy llamé a varios de mis amigos para salir y todos ya tenían su plan. Nadie me quiere".  
"Juan me lastimó. Los hombres siempre hacen eso con las mujeres. Son todos iguales".  
"María me lastimó. Las mujeres siempre hacen eso con los hombres. Son todas iguales".

9) Personalización: Es la tendencia a relacionar algo del ambiente con uno mismo. Se cree que los otros tienen una actitud negativa dirigida hacia uno, sin tener en cuenta otras posibles explicaciones de los comportamientos.

Ejs: "Cada vez que mi pareja me dice que está cansado/a, yo en realidad pienso que está cansado de mi".  
"El médico fue parco conmigo porque yo debo haber hecho o dicho algo incorrecto".



10) Imperativos ("los debería"): Son afirmaciones del tipo "yo debo/ellos deben" y "yo tengo que/ellos tiene que". Son ideas rígidas sobre el modo de comportarnos que hay que tener y se valora muy negativamente no cumplir con esas expectativas. Cualquier desviación de esas reglas es mala y genera malestar.

Ejs: "Es terrible haber cometido ese error. Siempre debo hacer las cosas de la manera correcta".  
"Si un esposo ama a su esposa debería salir con ella todos los fines de semana".  
"Tengo que disimular mis síntomas de asma cuando estoy con gente desconocida".





### Tarea inter-sesión: Autorregistros

1) Agregar nuevas situaciones problemáticas al Autorregistro B y continuar identificando los pensamientos y emociones que surgieron o surgen ante las situaciones registradas.

2) Intentar completar el Autorregistro C (que es la continuación del Autorregistro B de la semana pasada). Allí se podrán registrar:

- Posibles distorsiones cognitivas
- Pensamientos alternativos

Las siguientes preguntas pueden ayudarnos a buscar algunas alternativas a nuestros pensamientos:

1. ¿Cuál es la evidencia (de qué datos dispongo) de que mi pensamiento automático es verdadero? ¿y de qué no lo es?
2. ¿Existe alguna otra explicación posible? ¿Podría entender esto de otra manera?
3. ¿Qué es lo peor que podría suceder? ¿Podría soportarlo? ¿Qué es lo mejor que podría ocurrir? ¿Cuál es la alternativa más realista?
4. ¿Qué consecuencias tiene considerar que este pensamiento automático es verdadero? ¿Qué consecuencias podría tener cambiar mi pensamiento?
5. ¿Qué puedo hacer al respecto?
6. Piense en una persona que quiere mucho (un amigo, un familiar). Si esta persona se encontrara en esta misma situación y tuviese este pensamiento, ¿qué le diría?

También se podrán registrar:

- Emociones
- Intensidad de la emoción
- Grado en el que creo en el/los pensamiento/s alternativo/s
- Conductas a partir del/os pensamiento/s alternativo/s



! No completar la última columna  
("Estrategias de afrontamiento utilizadas")

## Para entregar al Paciente

### SRA. A

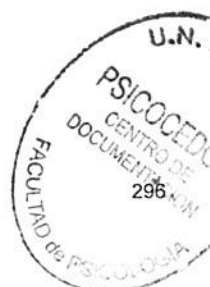
"Ayer y hoy llamé al hospital para saber si había llegado la medicación que me había recetado el médico para el asma, pero aún no tenían novedades... yo creo que nunca conseguiré esa medicación, todos los centros de salud funcionan así de mal! La atención en salud es un desastre... todos los días me pregunto: ¿Y si sigue así la situación y deja de haber también medicamentos para otras enfermedades, y si me enfermo y no puedo curarme, y si también empiezan a reducir el personal y se va mi médico?... Creo que los hospitales deberían funcionar a la perfección o desaparecer por completo, porque así no se puede seguir".

### SR. B

El cambio de medicación ha mejorado mi dificultad para respirar por las noches, también pude retomar mis clases de natación. Sin embargo nada de eso significa que mi asma está mejorando, ya que es una enfermedad crónica y entonces seré un enfermo toda la vida. Además me pasan cosas terribles, por ejemplo el otro día mientras viajaba en colectivo los síntomas se empezaron a agravar y dos de las personas que estaban a mi lado lo notaron y comenzaron a reírse, fue terrible... ellos seguramente pensaron que era muy ridículo mi modo de toser y respirar.

### SR. C

En solo una de las diez pruebas que evaluaba capacidad respiratoria estuve por debajo de lo esperable. Eso seguramente repercutirá en el concepto que tienen mis jefes de mí. Además ahora cada vez que paso por los otros sectores de la fábrica todas las personas parecen hablar de mí y de mi puntaje bajo en esa prueba, seguramente ellos también han cambiado el concepto que tenían de mí. Ahora debo esforzarme por disimular mis síntomas sino todo empeorará.



Este protocolo clínico ha sido específicamente diseñado para su utilización en contextos de investigación.  
 Se prohíbe la reproducción y/o utilización parcial o total del mismo sin la correspondiente autorización.

Semana del \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**AUTORREGISTRO C**

Distorsión cognitiva	Pensamiento alternativo	Emociones	Intensidad Emoción (0-10)	¿Cuánto creo ahora (de 0-10) en el primer pensamiento automático que tuve?	CONDUCTAS ¿Haría lo mismo que antes si tengo este nuevo pensamiento?		Estrategias de afrontamiento UTILIZADAS
					SI	NO ¿Qué haría entonces?	
					SI		
					NO	¿Qué haría entonces?	





### Tareas inter-sesión: Autorregistros y Biblioterapia

- 1) Si durante la semana surge alguna situación problemática, escribirla y completar los Autorregistros B y C.

Recordar que una **situación problemática** es algo que podemos experimentar en los diferentes ámbitos de la vida (hogar, trabajo, vínculos con amigos, pareja, familia, etc.) y que nos causa preocupación, malestar, tensión y/o angustia. Puede ser una pequeñez o un gran conflicto.

Si busca en el apartado de Tareas inter- sesión la sesión 4 de su Cuadernillo, encontrará más información sobre este tema.

- 2) Leer el material bibliográfico entregado sobre Afrontamiento y anotar las dudas y/o preguntas que me surjan.

## AFRONTAMIENTO

El término afrontar significa enfrentarse a una dificultad o a un obstáculo. Cuando hablamos de *afrontamiento* nos referimos a todos los esfuerzos que realizamos con nuestro pensamiento y con nuestras acciones para poder superar, reducir o tolerar aquellas situaciones que nos preocupan, que nos generan tensión, que nos estresan. Esas demandas pueden provenir desde el exterior (de la familia, del trabajo o de los amigos) o desde el interior (por ejemplo cuando se lucha con un conflicto emocional o cuando nos proponemos metas difíciles de alcanzar).

Todos los seres humanos luchamos a diario con el estrés de una u otra forma. Aún así, no siempre tenemos éxito con nuestros intentos de afrontamiento. Esto puede ser porque:

- no sabemos muy bien cuál es la fuente del estrés y tensión, o
- no disponemos de las herramientas para hacerle frente al estrés, o
- tenemos las herramientas pero no hemos aprendido a usarlas adecuadamente.

Existen varias *estrategias de afrontamiento*, es decir, diferentes formas de actuar para disminuir o eliminar el estrés. Estas estrategias las aprendemos por medio de nuestra experiencia, a partir de lo que nos han enseñado y de lo que observamos en los demás. Afortunadamente pueden aprenderse nuevas estrategias de afrontamiento y pueden dejar de usarse aquellas que no nos resultan efectivas y nos traen más problemas que beneficios. No existen estrategias de afrontamiento buenas y malas, ni mejores y peores. Las estrategias que son efectivas en un caso pueden no serlo en otros. Cuanto más estrategias de afrontamiento incorporemos a nuestro repertorio de conductas, es más probable que logremos disminuir o eliminar el estrés y el malestar porque podremos echar mano a más opciones.

Es importante diferenciar AFRONTAMIENTO de DOMINIO. Hay situaciones que no podemos “dominar” o “controlar” por completo pero lo que sí podemos es “manejarlas”, es decir podemos aprender a aceptar un hecho, a tolerarlo, a darle un nuevo significado sin que eso implique que lo hemos resuelto todo o que deja de afectarnos. De esto se trata el afrontamiento.

Las estrategias de afrontamiento pueden clasificarse en 9 tipos:



**1 Análisis lógico y preparación mental (AL):** Consiste en intentos de comprender y prepararse mentalmente para enfrentar un estresor y sus consecuencias. Algunos ejemplos de estas estrategias son:

- a) Prestar atención a un aspecto del problema por vez.
- b) Separar un problema complejo en pequeñas partes potencialmente manejables.
- c) Utilizar el conocimiento de experiencias pasadas para aplicarlo al presente (Ej: "Si en otras ocasiones he podido hablar con mi jefe acerca de mis necesidades, esta vez entonces también podré hacerlo").
- d) Ensayar mentalmente acciones alternativas y sus probables consecuencias (Ej: "He considerado varias alternativas para manejar el problema").
- e) Dar un significado a la situación. Búsqueda de razones de lo sucedido (Ej: "Tener una enfermedad crónica como la mía es una prueba que me ha puesto Dios para aprender a tolerar mis limitaciones").

**2 Revalorización Positiva (RP):** Son estrategias que buscan repensar un problema en un sentido positivo. Se realizan esfuerzos por encontrar aspectos enriquecedores y favorables de una situación conflictiva. Este tipo de estrategias incluyen:

- a) Recordarse a sí mismo que las cosas podrían ser peor.
- b) Pensar en uno mismo en comparación con la situación de otras personas que están en peores condiciones.
- c) Cambiar el valor y la prioridad que uno le da a ciertas cosas (Ej: "Mi última crisis de asma hizo que me hospitalizaran pero me ha hecho valorizar la vida de otra manera: ahora paso más tiempo con mis seres queridos").
- d) Concentrarse en algo bueno (en algún beneficio) que se pueda desarrollar a partir de una crisis o situación problemática (Ej: "Si bien el asma limita varias de mis actividades recreativas también permite que me desligue de cumplir obligaciones que me disgustan").





- 5 Evitación cognitiva o negación (EC):** Implica una gran variedad de habilidades cuyo objetivo es la negación o minimización de la seriedad o importancia de un problema. Se evita pensar en la situación problemática como un mecanismo de autodefensa. Si bien esto podría perjudicar a una persona en el largo plazo, estas estrategias pueden evitar temporalmente que una persona esté abrumada o pueden brindar un tiempo para que la persona adquiera otros recursos de afrontamiento.

Ejs: A una paciente con asma inducida por el ejercicio se le explica la causa de sus síntomas y la necesidad de usar la medicación antes de sus entrenamientos. La paciente piensa: "El deporte es muy saludable, es ridículo entonces que hacer ejercicio pueda provocarme síntomas asmáticos".

"Prefiero ni acordarme que tengo asma, es más ni siquiera me gusta decir que tengo asma...".

**6 Aceptación o Resignación (A/R):** Implica reconciliarse con el problema, aceptarlo, decidir que las circunstancias no pueden cambiarse y resignarse a un destino determinado. Consiste en aceptar pasivamente un problema porque se piensa que ya nada puede hacerse. Ej: "Sé que tendré que convivir con esta enfermedad durante toda mi vida. Ya no voy de médico en médico buscando otro diagnóstico".

- 7 Búsqueda de Gratificaciones Alternativas (BGA):** Son intentos de involucrarse en actividades sustitutivas y crear nuevas fuentes de satisfacción. Esto muchas veces implica cambiar las metas a largo plazo por metas a corto plazo con mayores posibilidades de ser alcanzadas con éxito.



Ejs: "Luego del diagnóstico de asma bronquial no pude volver a entrenar tan duro como antes. Creo que no podré convertirme en el/la atleta que pensaba. Pero he aprendido mucho durante este tiempo y probablemente pueda trabajar como entrenador/a de niños"

"Ya no puedo hacer la jardinería porque mis síntomas de asma se agravan. Sin embargo he ocupado ese tiempo en la lectura, algo que disfruto mucho y que no había podido hacer durante todos estos años"

- 8 Regulación Afectiva:** Son esfuerzos para mantener la esperanza y el control sobre las propias emociones cuando se está enfrentando una situación estresante.

Ejemplos de estas estrategias:

- a) Tratar de no molestarse por los sentimientos conflictivos
- b) Ser capaz de tolerar la ambigüedad y aplazar las acciones inmediatas (impulsos)

Ejs: Cuando los síntomas de asma se agravan y hemos olvidado la medicación en casa, en vez de desesperarnos intentemos pensar con claridad cuál es la mejor opción: ir a la guardia más cercana, volver a casa a buscar la medicación, solicitar a un familiar que nos la alcance, etc.

"Sé que la situación es muy crítica pero creo que hay posibilidades de sentirme mejor".

"Me dije a mí mismo/a cosas que me ayudaron a sentirme más calmado/a".



**9 Descarga Emocional (DE):** Son conductas destinadas a reducir la tensión expresando los sentimientos negativos de ira o desesperación, como por ejemplo llorar o gritar. El uso del humor negro o los atracones de comida también se consideran estrategias de este tipo que permiten disipar la tensión a corto plazo. Estas conductas pueden implicar una falla temporal en la regulación emocional pero también es una forma de liberar la tensión y pueden ser beneficiosas si se combinan con otras estrategias.

Ejs: "Cuando comencé a sentir que mi pecho se cerraba cada vez más, me puse a llorar desesperadamente"

"Luego de que me diera la noticia me quedé solo/a en casa y comencé a gritar y a revolear todo lo que estaba en mi camino"

Hay estrategias de afrontamiento a las que podremos echar mano cuando evaluamos que la situación que tenemos que afrontar se puede cambiar, es decir que nosotros sentimos que podemos hacer algo para solucionarla.

Otras estrategias de afrontamiento están dirigidas a regular las emociones que son generadas por la situación problemática (por ejemplo estrategias tales como DE o A/R). Solemos usar estas estrategias cuando evaluamos que la situación adversa no puede ser modificada.

Finalmente, otro grupo de estrategias tales como AL o RP están centradas en la evaluación, es decir usamos nuestro pensamiento para manejar la situación.

Para finalizar diremos que hay algunos componentes **que ayudan al afrontamiento**, estos se llaman *recursos de afrontamiento*. Algunos ejemplos:

- 1 Salud y energía
- 2 Creencias positivas (ej: esperanza, percepción de control, expectativa de que podemos cambiar las cosas)
- 3 Conocer técnicas para resolver problemas (las trataremos en próximos encuentros)
- 4 Habilidades sociales (las trataremos en próximos encuentros)
- 5 Apoyo social (ej: saber que contamos con alguien, para hablar, para que nos ayude materialmente o para que nos brinde orientación e información)
- 6 Recursos materiales
- 7 Condiciones personales (ej: sentido del humor, valores culturales y personales, creencias)
- 8 Condiciones ambientales (ej: clima familiar y laboral)

**DISPONER DE TODOS O ALGUNOS DE ESTOS RECURSOS AYUDA AL AFRONTAMIENTO**

**POR ESO, DARNOS CUENTA DE QUE:**

- **CONTAMOS CON ALGUNOS RECURSOS**
- **PODEMOS GENERAR NUEVOS RECURSOS**

**FAVORECE NUESTRAS POSIBILIDADES DE AFRONTAMIENTO!**

Se ha comprobado que los diferentes tipos de afrontamiento tienen consecuencias sobre la salud en general y la calidad de vida de las personas. Las respuestas de afrontamiento de tipo evitativo -como la evitación cognitiva/negación o la descarga emocional- se asocian a un pobre estatus de salud, mientras que afrontamientos de tipo activo -tales como la revalorización positiva, la resolución de problemas y la búsqueda de información y orientación- se han asociado a un impacto positivo sobre la salud. Por este motivo, aprender nuevos modos de afrontar las situaciones estresantes que vivimos puede ser una manera de mejorar nuestra salud y bienestar.

Este protocolo clínico ha sido específicamente diseñado para su utilización en contextos de investigación.  
Se prohíbe la reproducción y/o utilización parcial o total del mismo sin la correspondiente autorización.

Semana del \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**AUTORREGISTRO B**

Descripción de situación problemática	Personas que participan en la situación	Pensamientos Automáticos (¿que pienso? ¿"qué se me viene a la cabeza"?)	Emociones (¿qué siento?)	Intensidad de la emoción (0-10)	Conductas (¿qué hago?)	¿Le parece que la forma de vivir/ experimentar esta situación se relacionó con la aparición o la intensificación de sus síntomas de asma?
						SI € NO €
						SI € NO €

Este protocolo clínico ha sido específicamente diseñado para su utilización en contextos de investigación.  
Se prohíbe la reproducción y/o utilización parcial o total del mismo sin la correspondiente autorización.

Semana del \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ al \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

**AUTORREGISTRO C**

Distorsión cognitiva	Pensamiento alternativo	Emociones	Intensidad Emoción (0-10)	¿Cuánto creo ahora (de 0-10) en el primer pensamiento automático que tuve?	CONDUCTAS ¿Haría lo mismo que antes si tengo este nuevo pensamiento?		Estrategias de afrontamiento UTILIZADAS
					SI	NO ¿Qué haría entonces?	

## SESIÓN 7

### AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS (1)

GUÍA PARA EL PACIENTE

#### Actividades en el encuentro de hoy

##### Proyección de video. Identificación de diferentes tipos de estrategias de afrontamiento

Escenas	Estrategias de afrontamiento
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	





### **Tarea inter-sesión: Autorregistro**

**1.** Completar la última columna del Autorregistro C que hace referencia a las estrategias de afrontamiento utilizadas en las situaciones problemáticas registradas en Autorregistro B.

Para que esta tarea sea más sencilla puedo centrar mi atención en la columna de "conductas" del Autorregistro B, o preguntarme ¿Qué hice ante esa situación problemática? La respuesta a esta pregunta me ayudará a ponerle nombre a la estrategia de afrontamiento que utilicé en aquel momento.

**2.** Incluir una nueva situación problemática que me preocupe actualmente o me genere tensión y completar los Autorregistros B y C entregados en la sesión anterior.

## SESIÓN 8

### AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS (2)

#### GUÍA PARA EL PACIENTE

En la sesión anterior hemos visto el concepto de **AFRONTAMIENTO**.

Aquí solo destacaremos algunas de las ideas más importantes sobre el tema:

- *Afrontamiento* es un proceso que consiste en todos los esfuerzos que realizamos con nuestro pensamiento y con nuestras acciones para poder superar, reducir o tolerar situaciones que evaluamos como problemáticas, como estresantes y que nos provocan tensión.
- Función central del afrontamiento → reducir la tensión y devolvemos el equilibrio.
- Existen diferentes formas de afrontar las situaciones que nos generan estrés y se conocen como *estrategias de afrontamiento*.
- Estas estrategias las aprendemos por medio de nuestra experiencia, a partir de lo que nos han enseñado y de lo que observamos en los demás.
- Las estrategias de afrontamiento no son ni buenas ni malas en sí mismas, pero en algunas situaciones es mejor utilizar algunas estrategias que otras porque son más útiles para afrontar un problema particular y nos harán sentir mejor.
- Las estrategias de afrontamiento se pueden aprender. Cuantas más estrategias aprendamos dispondremos de más opciones para afrontar los diferentes problemas.
- Cuantas más estrategias de afrontamiento incorporemos a nuestro repertorio, es más probable que logremos aliviar o eliminar el estrés y el malestar con mejores resultados.
- **NO SIEMPRE UN AFRONTAMIENTO EFECTIVO CAMBIA REALIDADES.**

Es decir, muchas veces las situaciones que vivimos no se pueden cambiar (por ejemplo el fallecimiento de un ser querido) pero sí podemos cambiar el modo en que vivimos esa realidad.

- **AFRONTAR es distinto que DOMINAR.**
- Para poner en marcha estrategias de afrontamiento adecuadas ante una situación problemática puede ser útil preguntarnos a nosotros/as mismos:
  - a) ¿Qué es lo que me resulta difícil o me genera malestar, tensión de esta situación?
  - b) ¿Qué significa para mí esta situación?
  - c) ¿Con qué recursos cuento para afrontar esta situación?
- Se ha comprobado que diferentes tipos de afrontamiento tienen consecuencias sobre la salud en general y la calidad de vida de las personas. Estrategias de afrontamiento de tipo activo (como la revalorización positiva, la resolución de problemas y la búsqueda de información y orientación) están asociadas a una influencia positiva sobre la salud.

## FORMULARIO PARA RESOLUCION DE PROBLEMAS (FRP)

PARTE 1

### Identificación de la situación problemática

A) Describa brevemente la situación problemática que más lo preocupa, que le genera malestar / tensión, y que le gustaría resolver.

---

---

---

---

---

---

---

B) ¿Qué cosas hacen que esto sea un problema para usted?  
Enumerar los “ingredientes” del problema.

1)

---

2)

---

3)

---

4)

---

5)

---

6)

---



### **Tarea inter-sesión: Ejercicios de comprobación y Autorregistro**

1. Durante la semana intentar usar las estrategias alternativas que propuso y que estuvimos imaginando y planificando cómo implementar.
2. Completar el Autorregistro D:
  - Marcar si he podido probar la nueva estrategia de afrontamiento.
  - Registrar cuál fue el resultado de hacerlo o no. Es decir, cómo me sentí, cuáles fueron mis pensamientos automáticos (es decir, lo primero que se me vino a la mente sin buscarlo, ya sea una imagen, una frase o un impulso) y de qué modo reaccionaron las otras personas involucradas en la situación problemática.

Este protocolo clínico ha sido específicamente diseñado para su utilización en contextos de investigación.  
Se prohíbe la reproducción y/o utilización parcial o total del mismo sin la correspondiente autorización.

Semana del \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**AUTORREGISTRO D**

Estrategia de Afrontamiento ALTERNATIVA	¿Cómo la podría poner en marcha?	¿Lo puede hacer?	SI PUDE UTILIZAR LA ESTRATEGIA DE AFRONTAMIENTO ALTERNATIVA:		
			¿Qué pensamientos alternativos tuvo?	¿Cómo me sentí entonces?	¿Cómo reaccionaron los demás?
		SI NO			
		SI NO	¿Qué pensamientos alternativos tuvo?	¿Cómo me sentí entonces?	¿Cómo reaccionaron los demás?
		SI NO	¿Qué pensamientos alternativos tuvo?	¿Cómo me sentí entonces?	¿Cómo reaccionaron los demás?

## SESIÓN 9

### AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS (3)

### RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS

GUÍA PARA EL PACIENTE

#### ACTIVIDADES DE HOY

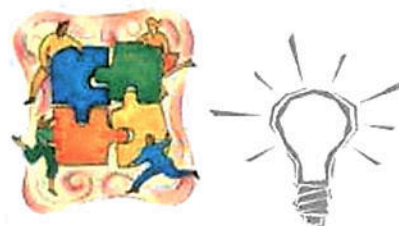
Se comparte si hemos podido implementar las estrategias de afrontamiento que habíamos elegido como alternativas a las que usamos generalmente.

**Si las pude implementar** → Conversaremos sobre mi experiencia y los resultados (pensamientos automáticos, emociones y reacción de los otros).

- Si los resultados han sido positivos sería importante que vuelva a utilizar esta nueva estrategia en situaciones similares.
- Si los resultados han sido negativos buscaremos las posibles causas e intentaremos ajustar la estrategia o buscar nuevas alternativas.

**Si NO las pude implementar** → Conversaremos sobre las dificultades que surgieron y revisaremos lo que pensé y sentí en ese momento. Evaluaremos la posibilidad de hacer un nuevo intento o de buscar otra estrategia de afrontamiento alternativa.

**Técnica de Resolución de Problemas:  
una estrategia de afrontamiento**



Como hemos visto durante este tiempo, ante situaciones estresantes podemos intentar cambiar nuestros pensamientos, mirar desde otra perspectiva, y así disminuir parte del malestar que estas situaciones problemáticas nos producen. Sin embargo en muchas ocasiones no basta con cambiar nuestro modo de ver las cosas, sino que es necesario que llevemos a cabo algún tipo de acción para modificar una realidad que nos está causando dolor, malestar o preocupación.

No hay una única solución para cada problema ni tampoco una sola manera de resolverlo. No obstante existen algunas herramientas (técnicas) que permiten organizarnos para que solucionar un problema sea un poco más sencillo.

Tal como lo abordamos en el encuentro pasado, la Resolución de Problemas es un tipo de estrategia de afrontamiento. En el encuentro de hoy nos proponemos centrarnos en esta estrategia y conocer algunas técnicas para resolver problemas y conflictos que se nos presentan en nuestra vida cotidiana.

*Recordar que independientemente de los resultados todos los intentos que se hacen son importantes y valiosos. Durante estos encuentros estamos aprendiendo nuevas posibilidades, y como todo aprendizaje lleva tiempo y paciencia con nosotros mismos.*



## FORMULARIO PARA RESOLUCION DE PROBLEMAS (FRP)

### PARTE 1

#### Identificación de la situación problemática

**A)** Describe brevemente la situación problemática que más te preocupa, que te genera malestar / tensión, y que te gustaría resolver.

---

---

---

---

**B)** ¿Qué cosas hacen que esto sea un problema? Enumerar los “ingredientes” del problema.

1)

---

2)

---

3)

---

4)

---

5)

---

6)

---

**PARTE 2**

**Búsqueda de alternativas**

**C)** Enumera al menos tres posibles soluciones (recuerda no censurarte, escribe todas las posibilidades que se te ocurran aunque en un primer momento puedan parecer “imposibles”, “locas” o tontas”).

- a) \_\_\_\_\_
- b) \_\_\_\_\_
- c) \_\_\_\_\_

- Arriba de las Tablas que se presentan a continuación transcribe cada posible solución.
- La Tabla tiene un espacio en donde te permitirá enumerar ventajas y desventajas de cada posible solución.
- Al lado de cada ventaja y desventaja (columna P) colocar un puntaje de 0 a 10 que señale la importancia que le asigna a cada una de ellas. Por ejemplo, si a una ventaja le pone un puntaje de 10 querrá decir que es “muy ventajosa”, “muy beneficiosa”; en cambio si se coloca un puntaje de 2 significará que si bien es una ventaja, no implicaría un gran beneficio. Lo mismo se aplica para las desventajas.
- Finalmente podrá sumar los puntajes de las columnas P y obtener un puntaje total. Esto le permitirá ver claramente si cada solución (a, b y c) tiene más ventajas o más desventajas. Esto nos ayudará para tomar una decisión más adelante.

Posible solución a) \_\_\_\_\_

VENTAJAS	P	DESVENTAJAS	P
<b>Total</b>		<b>Total</b>	

Posible solución b) \_\_\_\_\_

VENTAJAS	P	DESVENTAJAS	P
<b>Total</b>		<b>Total</b>	

Posible solución c) \_\_\_\_\_

VENTAJAS	P	DESVENTAJAS	P

Total \_\_\_\_\_

Total \_\_\_\_\_

**Toma de decisiones**

D) Luego del análisis de cada una de las soluciones alternativas, estaré en condiciones de elegir la que tiene más posibilidades de funcionar, la que tiene más ventajas que desventajas. Transcribir la solución y describir los pasos a seguir para llevarla a cabo.

**Solución:**

---

---

---

Paso 1

---

Paso 2

---

Paso 3

---

Paso 4

---

Paso 5

---

Paso 6

---

Paso 7

---

**Paso a la acción y comprobación de los resultados - Autorregistro**

**E)** Intentar llevar a cabo cada uno de los pasos antes enunciados, atendiendo y registrando los pensamientos automáticos y emociones que surgen antes, durante y luego de hacerlo (columnas 1, 2, 3 y 4 del Autorregistro E de Resolución de Problemas).

**F)** Señalar si a partir de lo que hizo obtuvo los resultados esperados:

SI – PARCIALMENTE – NO (columna 5 del Autorregistro E de Resolución de Problemas)

**G)** Si los resultados no fueron los esperados, o lo fueron parcialmente: ¿Cuáles le parece que fueron las posibles causas? ¿Qué ajustes sería necesario que hiciera para alcanzar el resultado esperado en la próxima oportunidad? (última columna del Autorregistro E de Resolución de Problemas).

Este protocolo clínico ha sido específicamente diseñado para su utilización en contextos de investigación.  
Se prohíbe la reproducción y/o utilización parcial o total del mismo sin la correspondiente autorización.

Semana del \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**AUTORREGISTRO E  
DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS**

Intentos de implementación de la solución elegida	Pensamientos Automáticos	Emociones	Intensidad emoción (0-10)	¿Obtuvo los resultados esperados?		Ajustes necesarios
				SI	NO	
<b>Paso Nro: 1</b>  <b>Día:</b> <b>Hora:</b>	Antes:  Durante:  Después:	Antes:  Durante:  Después:		SI PARCIAL NO		
<b>Paso Nro: 2</b>  <b>Día:</b> <b>Hora:</b>	Antes:  Durante:  Después:	Antes:  Durante:  Después:		SI PARCIAL NO		
<b>Paso Nro: 3</b>  <b>Día:</b> <b>Hora:</b>	Antes:  Durante:  Después:	Antes:  Durante:  Después:		SI PARCIAL NO		
<b>Paso Nro: 4</b>  <b>Día:</b> <b>Hora:</b>	Antes:  Durante:  Después:	Antes:  Durante:  Después:		SI PARCIAL NO		

Este protocolo clínico ha sido específicamente diseñado para su utilización en contextos de investigación.  
Se prohíbe la reproducción y/o utilización parcial o total del mismo sin la correspondiente autorización.

**AUTORREGISTRO E  
DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS**

Intentos de implementación de la solución elegida	Pensamientos automáticos	Emociones	Intensidad emoción (0-10)	¿Obtuvo los resultados esperados?		Ajustes necesarios
				SI	NO	
<b>Paso Nro: 5</b>  <b>Día:</b> <b>Hora:</b>	Antes:  Durante:  Después:	Antes:  Durante:  Después:		SI	NO	
<b>Paso Nro: 6</b>  <b>Día:</b> <b>Hora:</b>	Antes:  Durante:  Después:	Antes:  Durante:  Después:		SI	NO	
<b>Paso Nro: 7</b>  <b>Día:</b> <b>Hora:</b>	Antes:  Durante:  Después:	Antes:  Durante:  Después:		SI	NO	

## SESIÓN 10

### REGULACIÓN EMOCIONAL (1)

#### Habilidades de tolerancia al malestar

#### GUÍA PARA EL PACIENTE

### Las emociones

En encuentros anteriores hemos definido qué son las emociones y sentimientos. En esta oportunidad vamos a seguir profundizando sobre el tema y seguiremos aprendiendo a trabajar con nuestros propios estados emocionales.

#### Generalmente las emociones van acompañadas de cambios corporales

Por ejemplo:

- sentimos miedo y se nos acelera el corazón
- estamos angustiados/as y sentimos que nos falta el aire y se nos cierra la garganta

#### Pero también puede ocurrir lo contrario, es decir, experimentar sensaciones en nuestro cuerpo que nos generen emociones

Por ejemplo:

- nos fatigamos debido al asma y eso nos genera bronca
- se nos contraen los bronquios, sentimos falta de aire y eso nos da miedo

Por eso es importante estar atentos/as a lo que nos pasa y no confundir una emoción con otros cambios que se pueden producir en nuestro cuerpo. Por ejemplo podría pasar que pensemos que un cambio que notamos en nuestro organismo es una manifestación de una crisis asmática cuando en realidad se debe a nuestra activación emocional por algún estímulo que nos sensibilizó. O podría suceder lo contrario: que tengamos síntomas de asma y pensemos que lo que nos pasa es que estamos nerviosos por una discusión que hemos tenido con alguien.

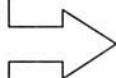
#### ENTONCES...

**es importante diferenciar de qué se trata lo que nos pasa porque lo que hacemos o sentimos depende de cómo interpretamos lo que nos pasa**

Recordar el ejemplo que vimos en la sesión 4 acerca de la persona que está sola por la noche en su casa y oye un ruido en otra habitación

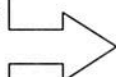
#### Otra distinción...

**EMOCIONES  
NEGATIVAS**



Emociones que nos generan malestar o desagrado  
(por ejemplo: la ira, la tristeza, el miedo, el asco)

**EMOCIONES  
POSITIVAS**



Emociones que nos generan placer y nos hacen sentir bien  
(por ejemplo: la alegría, la confianza, el entusiasmo)

### **Pero...**

#### **TODAS LAS EMOCIONES FORMAN PARTE DE LA RIQUEZA DE LA VIDA Y SON NECESARIAS PORQUE TIENEN UNA FUNCIÓN**

Si bien sentir miedo puede resultar desagradable, éste hace que nos protejamos de situaciones potencialmente peligrosas. Lo mismo sucede con la tristeza, si bien nos hace sentir mal, es una señal de que algo nos afecta y quizá debemos tomar medidas al respecto.

Por su parte, las emociones positivas también tienen funciones importantes. Por ejemplo, si ante ciertas actividades sentimos emociones como la confianza o el entusiasmo, esto nos está brindando información sobre aquello que podría beneficiarnos. Asimismo las emociones positivas en muchos casos funcionan como motores que nos impulsan hacia las acciones, los proyectos y el cumplimiento de metas.

#### **Otras características de las emociones**

- Las emociones van asociadas a pensamientos.
- Las emociones van asociadas a conductas: miedo-huida; vergüenza-esconderse; tristeza-aislamiento.
- Las emociones van y vienen. Son como olas en el mar. Muchas veces los estados emocionales duran segundos o minutos.
- Sin embargo las emociones se pueden retroalimentar. Una vez que se activan, pueden "alimentarse a sí mismas" y durar más tiempo. Es lo que llamamos estado de ánimo.

#### **La intensidad de la emoción**

Las emociones pueden experimentarse con distintas intensidades. Podemos estar levemente tristes o terriblemente deprimidos/as, o estar contentos/as o muy eufóricos/as.

Tener en cuenta la intensidad es importante porque en muchas ocasiones el problema puede surgir cuando las emociones son desmedidas o muy intensas y nos generan problemas y entorpecen nuestra vida cotidiana.

**Por eso es muy importante aprender a REGULAR NUESTRAS EMOCIONES**

## **La regulación de las emociones**

Si alguien nos pide que dejemos de sentir lo que sentimos es muy difícil que lo logremos. Es como que te pidan que dejes de sentir la lluvia que está cayendo sobre tu cabeza. Lo que podemos hacer es “manejar” las emociones, aprender a “regularlas” para sentirnos bien y para que no nos impulsen a hacer cosas que luego nos pueden hacer sentir mal.

Las emociones actúan como un termómetro. Una de las formas de “regular” las emociones muy intensas es dejar de prestar atención, dirigir la atención hacia otros estímulos. Otra manera es aceptándola, experimentándola sin que eso nos desespere. Otro modo es buscar nuevos pensamientos que cambien nuestro modo de sentir o hagan a ese sentimiento menos intenso.

En síntesis, todas las emociones –tanto las placenteras como las que nos generan displacer– forman parte de la riqueza de la vida y son necesarias para la adaptación a nuestro entorno. El problema es que en algunas circunstancias pueden surgir algunos inconvenientes en relación con las emociones:

- No saber qué emoción estamos sintiendo, no saber ponerle un nombre.
- No saber distinguir una emoción de otros cambios que se dan en nuestro cuerpo.
- No percibir los cambios corporales asociados a una emoción.
- No saber cómo expresar una emoción o expresarla de manera que haga daño a nosotros mismos o a los demás.
- Que las emociones sean desmedidas, muy intensas y nos generen problemas en nuestra vida cotidiana.
- Que exista un desequilibrio entre las emociones negativas y positivas que experimentamos; cuando no logramos tolerar las emociones negativas y/o no logramos generar emociones positivas.

A lo largo de esta sesión y la próxima ejercitaremos algunas estrategias para superar estos problemas con las emociones. Hoy nos centraremos en las emociones negativas y la capacidad para tolerar el malestar que nos generan.

## **Técnicas de tolerancia al malestar**

Como hemos visto en el encuentro anterior, todas las personas atravesamos por situaciones problemáticas e intentamos resolverlas de diferente manera, o también cambiar nuestro modo de ver las cosas para sentirnos mejor. Sin embargo en muchas ocasiones no podemos cambiar una realidad dolorosa o nos resulta difícil cambiar la forma en que nos sentimos. En estos casos las habilidades de tolerancia al malestar ayudan a las personas a pasar un momento difícil de la mejor forma posible sin empeorarlo.

**En primer lugar es muy importante que aceptemos las emociones negativas y el malestar que éstas generan. En segundo lugar es necesario diferenciar entre la aceptación activa y la aceptación pasiva o resignación.**

Tengamos en cuenta que aceptar activamente nuestros estados emocionales suele ser un paso necesario para poder afrontar y regular mejor nuestra experiencia. En este sentido, es muy importante desarrollar nuestra tolerancia al malestar porque de esa manera disminuimos consecuencias negativas como:

Este protocolo clínico ha sido específicamente diseñado para su utilización en contextos de investigación.  
Se prohíbe la reproducción y/o utilización parcial o total del mismo sin la correspondiente autorización.

- Aumento de ese malestar.
- Permanencia en el tiempo del malestar.
- Aumento de pensamientos, sensaciones y emociones intrusivas y recurrentes sobre el acontecimiento o situación generadora de malestar.

Entonces:

**La habilidad para tolerar y aceptar nuestros estados emocionales es esencial para la salud mental, ya que nos permite tomar contacto con nuestra experiencia y de esa manera poder afrontar más efectivamente lo que nos sucede**



**Es lo que llamamos procesamiento emocional**

**Las habilidades de tolerancia al malestar no son una cura o solución para los problemas de la vida, pero nos permiten sobrellevar situaciones difíciles y emociones negativas que se presentan como intolerables.**

Veamos y trabajemos con 4 tipos de habilidades de tolerancia al malestar:

## TOLERAR EL MALESTAR Y SOBREVIVIR A LAS CRISIS

4 tipos de habilidades que puedo utilizar para tolerar acontecimientos y emociones dolorosas, cuando las cosas no pueden mejorar a corto plazo

### DISTRAERME

**Con actividades:** Por ejemplo haciendo ejercicio o alguna actividad que disfruto, limpiando la casa, yendo a un evento, llamando o visitando a un amigo, jugando con la computadora, dando un paseo, trabajando, haciendo un deporte o un juego, armando un rompecabezas, saliendo a comer, tomando un café o un té, yendo a pescar, cortando leña, mirando televisión, practicando la jardinería.

Otras actividades que me gustaría hacer para distraerme: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Ayudando, colaborando con los demás:** Por ejemplo haciendo un voluntariado, dándole algo a alguien, haciendo algo bueno por otra persona, dándole una sorpresa a alguien, haciendo un presente.

Podría ayudar o alegrar a \_\_\_\_\_ haciendo \_\_\_\_\_

Podría ayudar o alegrar a \_\_\_\_\_ haciendo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Haciendo comparaciones:** Por ejemplo comparándome con personas que estén en la misma situación que yo o con personas más desfavorecidas. Mirando novelas o series y comparándome con sus personajes, leyendo acerca de catástrofes o personas que han sufrido una situación difícil.

¿Quién/es tienen una situación tan desfavorable (o aún peor) que la mía?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Provocando emociones opuestas:** Por ejemplo realizando alguna actividad que produzca emociones diferentes a las que siento. Leyendo libros o cuentos de chistes, viendo comedias, escuchando música que me tranquilice o me active (según el estado de ánimo que quiera cambiar).

Actividades que podría realizar para generar emociones opuestas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Permitiéndome una tregua:** Por ejemplo alejándome mentalmente de la situación durante unos minutos. Construyendo una pared imaginaria entre la situación y uno mismo. Poniendo el dolor en una estantería por un momento, dejando de rumiar sobre los aspectos más dolorosos de la situación.

¿Qué podría hacer para tomarme una tregua? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Con otros pensamientos:** Contando hasta 10; contando y enumerando los colores de un cuadro o un árbol, o describiendo cualquier cosa que estemos observando. Mirando TV, recordando la última novela que leímos o la última buena película que miramos.

¿Podría distraerme pensando en? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Con otras sensaciones:** Poniendo hielo en mis manos, apretando una pelota de goma con fuerza, tomando una ducha muy caliente y haciendo que el agua salga con fuerza, escuchando música con un volumen alto.

¿Qué podría hacer para generar nuevas sensaciones y distraerme? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## CONFORTARME CON LOS 5 SENTIDOS

### Con la Vista:

Comprando una flor bonita; decorando un rincón de una habitación; encendiendo una vela y mirando la llama; poniendo la mesa de una forma diferente, con las mejores cosas que tenga; yendo a un museo a ver una exposición de arte; sentándome en el hall de un hotel bonito; mirando la naturaleza que nos rodea; saliendo en mitad de la noche a ver las estrellas; dando un paseo en una parte bonita de la ciudad; arreglándome las uñas; mirando fotos bonitas en un libro; mirando en la tele una representación de ballet u otro tipo de danza; tomando conciencia de cada cosa que vea pasar delante de mí, dejándolas pasar, sin aferrarme a eso.

¿Qué podría mirar/contemplar para confortarme a mí mismo/a? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Con el Oído:

Escuchando música bonita o que me relaje; o música enérgica; prestando atención a los sonidos de la naturaleza (olas, pájaros, lluvia, hojas, etc.); cantando mis canciones favoritas; tarareando una melodía que me reconforta; aprendiendo a tocar un instrumento; tomando conciencia de los sonidos que escuchamos en un momento dado, como si entraran por una oreja y salieran por la otra.

¿Qué podría oír/escuchar para confortarme a mí mismo/a? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Con el Olfato:

Usando mi perfume favorito; o probando perfumes o cremas en una tienda; perfumando la casa con un spray o con una vela perfumada; cocinando una torta o galletitas; sintiendo el perfume de rosas u otras flores. Dando un paseo por un parque o un bosque y tomando conciencia de los olores que voy encontrando.

¿Qué aromas podría oler para confortarme a mí mismo/a? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Con el Gusto:

Comiendo una de mis comidas favoritas; tomando mi bebida favorita; tomando un postre; probando un sabor nuevo o mi sabor preferido de helado; comiendo mi caramelo o chicle favorito. Tomando conciencia de cada uno de los sabores que experimento.

¿Qué podría saborear para confortarme a mí mismo/a? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Con el Tacto:

Dándome un baño de burbujas; poniendo sábanas limpias en la cama; acariciando un perro o un gato; dándome un masaje; poniéndome crema corporal por todo el cuerpo; sentándome en un sillón muy cómodo; poniendo una toalla fresca en mi frente; probándome ropa de seda o guantes con un relleno de pelo en una tienda; cepillándome el pelo, abrazando a alguien. Tomando conciencia, participando de lo que toco.

¿Qué podría hacer para confortarme a mí mismo/a con el sentido del tacto? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## MEJORAR EL MOMENTO

### ¿Cómo?

Imaginando lugares o situaciones agradables

Dando significados a lo que me sucede

Rezando

Relajándome

Haciendo solo una cosa a la vez

Tomándome vacaciones

Dándome ánimo a mi mismo/a

## ANALIZAR PROS Y CONTRAS

Hacer un listado con los aspectos negativos y los aspectos positivos que tiene la situación dolorosa o las emociones negativas que estás experimentando.

### PROS

---

---

---

---

---

### CONTRAS

---

---

---

---

---

Intenta centrarte y valorizar los “pros”

## Mi caja de la tolerancia al malestar



### DISTRAERME

¿Con qué? ¿De qué manera?

---

---

---

### CONFORTARME CON LOS CINCO SENTIDOS

Vista: \_\_\_\_\_  
Oído: \_\_\_\_\_  
Olfato: \_\_\_\_\_  
Gusto: \_\_\_\_\_  
Tacto: \_\_\_\_\_

### MEJORAR EL MOMENTO

¿Cómo?

---

---

### PROS Y CONTRAS



**Tarea inter-sesión: Tarjetas de apoyo**

- 1) Te proponemos colocar las tarjetas de apoyo con las diferentes habilidades de tolerancia que incluiste en tu *caja de tolerancia del malestar* en lugares visibles (en el espejo del baño, en un imán en la heladera, en la mesa de luz, en el escritorio de trabajo, en el automóvil, etc.) para que las tengas presente en el momento donde el malestar pueda surgir.
- 2) Ante situaciones que te generen malestar o incomodidad durante la semana, te proponemos que intentes implementar las habilidades elegidas y que completes el Autorregistro F de Habilidades de Tolerancia al Malestar.

Este protocolo clínico ha sido específicamente diseñado para su utilización en contextos de investigación.  
Se prohíbe la reproducción y/o utilización parcial o total del mismo sin la correspondiente autorización.

Semana del \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**AUTORREGISTRO F  
DE HABILIDADES DE TOLERANCIA AL MALESTAR**

Situación o emoción negativa o dolorosa	Habilidades de tolerancia al malestar utilizadas (¿Qué hice?)	¿El malestar disminuyó?	¿Noté algún cambio en mis emociones o en mis pensamientos después de haber implementado la habilidad de tolerancia al malestar?
		NO	SI ¿Cuál?
		NO	SI ¿Cuál?
		NO	SI ¿Cuál?

Este protocolo clínico ha sido específicamente diseñado para su utilización en contextos de investigación.  
Se prohíbe la reproducción y/o utilización parcial o total del mismo sin la correspondiente autorización.

Semana del \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ al \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

**AUTORREGISTRO G**  
**COMUNICACIÓN DE EMOCIONES POSITIVAS Y NEGATIVAS**

	Nombre de la EMOCIÓN	Lo que le quiero decir es... (Escribir cómo se lo diría utilizando un modo de comunicación asertivo)	¿Puede decirsele?	¿Cómo me sentí?	Observaciones acerca de la experiencia
PERSONA A LA QUE QUIERO TRANSMITIRLE UNA EMOCIÓN NEGATIVA _____ _____	“	”  ”	SI <input type="checkbox"/>  NO <input type="checkbox"/> ¿Por qué?		
PERSONA A LA QUE QUIERO TRANSMITIRLE UNA EMOCIÓN POSITIVA _____ _____	“	”  ”	SI <input type="checkbox"/>  NO <input type="checkbox"/> ¿Por qué?		

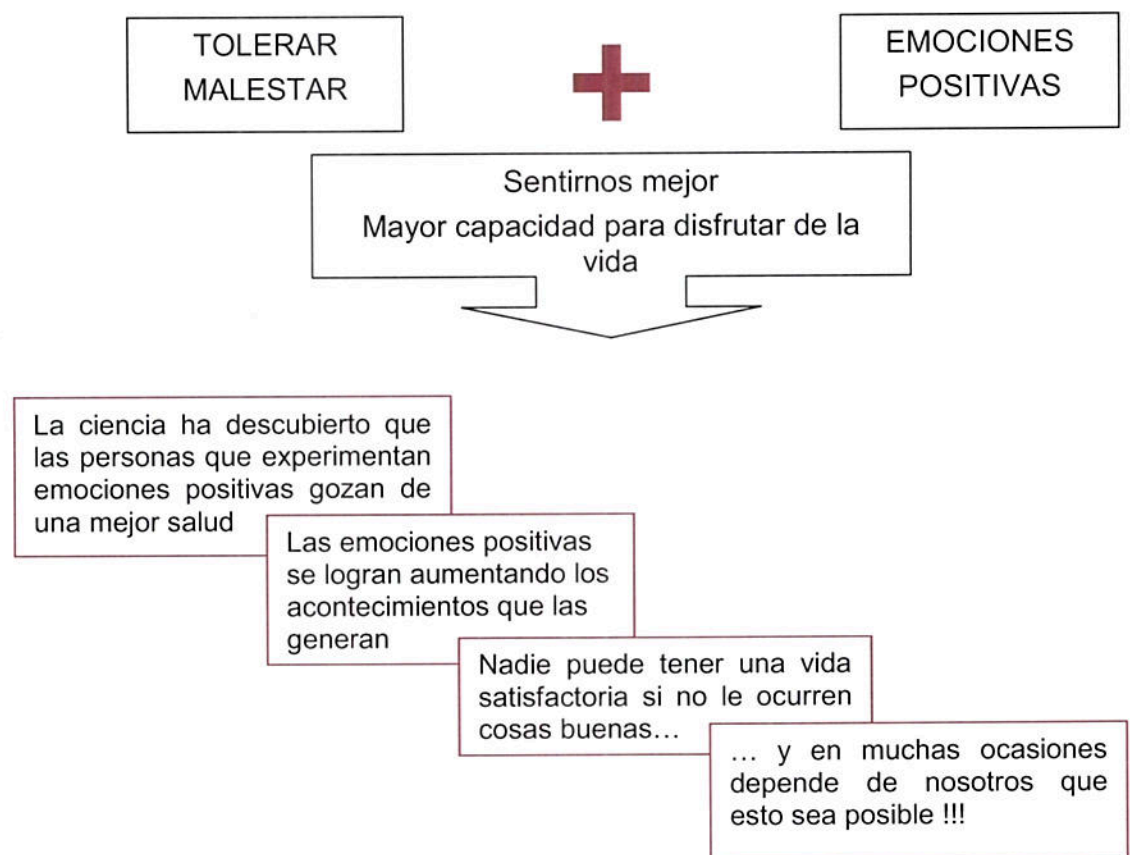
## SESIÓN 12

### REGULACION EMOCIONAL (3)

#### Habilidades para generar emociones positivas

##### GUÍA PARA EL PACIENTE

Hace dos sesiones atrás hemos abordado algunas habilidades que nos permiten sobrellevar las situaciones que no podemos cambiar y las emociones negativas intensas que las acompañan. Hoy vamos a conocer algunas habilidades que permiten generarnos situaciones promotoras de emociones positivas.



**Pero...**

**¿Cómo generar experiencias emocionales positivas?**

## **A CORTO PLAZO**

### **Haciendo actividades agradables que sea posible empezar a realizar ahora**

Realizar al menos una actividad placentera por día  
(Mirar la *Lista de Acontecimientos Placenteros* puede darnos algunas ideas!)

#### **Expandir nuestra experiencia**

**Mejorar nuestras relaciones con los demás**

**Fomentar nuevas relaciones interpersonales**

#### **Tomar conciencia, darse cuenta de las experiencias positivas**

- 1) Prestar atención a las cosas bonitas y positivas que nos ocurren
- 2) Cuando mi mente se vaya a los aspectos negativos de las experiencias, volver a focalizar mi atención en los aspectos positivos

#### **Intentar NO centrarte únicamente en las preocupaciones**

##### **Intentar NO estropear una experiencia positiva:**

- pensando cuándo acabará
- pensando si lo merezco
- pensando que tiene que durar para siempre

Si ve que está pensando alguna de estas cosas,  
Vuelva a centrarse en los aspectos positivos de la experiencia

## **A LARGO PLAZO**

### **Realizando cambios en nuestra vida para que ocurran más acontecimientos positivos y con más frecuencia**

Por ejemplo: reorganizar mis actividades y dejar más tiempo libre, delegar algunas tareas del hogar para poder realizar otras que sean más placenteras

#### **Evitando abandonar**

Tener una vida satisfactoria supone establecer metas y conseguirlas  
A veces nos gustaría que todo saliera sin esfuerzo, pero...  
Muchas veces es necesario esforzarse y trabajar con perseverancia por lo que uno quiere

Tener siempre presente mis metas  
Pensar los pasos a seguir  
Esforzarse por alcanzarlas sin desanimarse por los obstáculos

**En algunas ocasiones nos puede ocurrir que no tengamos ganas de hacer cosas... en esos momentos:**

**ES IMPORTANTE:**

- 1) ACEPTAR LO QUE NOS PASA**
- 2) INTENTAR HACER COSAS QUE ESTIMULAN NUESTRO INTERES**

## LISTADO DE ACONTECIMIENTOS PLACENTEROS

A continuación se encontrará con un listado de acontecimientos que pueden ser placenteros para las personas.

1) Marcar con una cruz aquellos que disfruta realizar y agregar otros que no estén en el listado.

2) Luego resaltar las actividades/acontecimientos que estaría dispuesto/a a comenzar a realizar durante la próxima semana, analizar si es una actividad factible, si es realista, y establecer:

- 1) La frecuencia semanal
- 2) Los días y horarios para realizarlas
- 3) Los obstáculos que pueden surgir y cómo vencerlos

1. Disfrutar dándome un baño
2. Saldar deudas
3. Coleccionar cosas
4. Irme de vacaciones
5. Pensar en cómo me gustaría que fuera mi vida dentro de un tiempo
6. Reciclar cosas viejas
7. Salir con una chica/o que me guste
8. Relajarme
9. Ir al cine durante la semana
10. Dar un paseo, o salir a correr
11. Pensar que he completado un día de intenso trabajo
12. Escuchar música
13. Recordar fiestas donde me divertí
14. Comprar cosas para la casa
15. Tomar sol
16. Planificar un cambio en mi carrera/trabajo
17. Reírme
18. Pensar en viajes que he realizado
19. Escuchar a otras personas
20. Leer revistas o diarios
21. Hacer un hobby
22. Pasar una tarde con buenos amigos
23. Planear las actividades del día
24. Conocer gente nueva
25. Recordar lugares bonitos
26. Ahorrar dinero
27. Jugar a un juego de azar
28. Irme a casa después del trabajo
29. Comer alguna comida o postre que me guste
30. Practicar artes marciales, yoga o pilates
31. Pensar en la jubilación
32. Reparar cosas de la casa
33. Arreglar, hacerle algo al coche o a la bici
34. Recordar palabras y hechos de la gente que quiero
35. Ponerme ropa sexy
36. Pasar una velada tranquila
37. Cuidar las plantas
38. Comprar o vender cosas usadas
39. Ir a nadar

40. Cocinar
41. Hacer senderismo / caminatas al aire libre
42. Escribir (poemas, novelas, artículos)
43. Coser
44. Comprar ropa
45. Salir a cenar afuera
46. Trabajar
47. Conversar sobre libros
48. Ir a ver paisajes naturales
49. Trabajar en el jardín
50. Reunirme con la familia
51. Ir en moto
53. Hacer atletismo
54. Ir de campamento
55. Cantar en casa
56. Arreglar las flores
57. Practicar mi religión
58. Ponerme a dieta
59. Ir a la playa
60. Buscar razones que me recuerden que soy una buena persona
61. Estar un día sin hacer nada
63. Ir a patinar
64. Ir a navegar
65. Viajar
66. Pintar
67. Hacer algo de forma espontánea, sin pensarlo demasiado
68. Tejer / coser
69. Dormir
70. Conducir
71. Organizar una fiesta, cena, etc.
72. Ir a lugares donde me puedo reunir con gente que comparte mis intereses
73. Pensar en casarme
74. Ir a cazar
75. Cantar en un grupo o coro
76. Flirtear, coquetear
77. Tocar un instrumento musical
78. Hacer manualidades
79. Hacerle un regalo a alguien
80. Comprar discos
81. Ver boxeo, lucha, etc.
82. Planificar fiestas
83. Ir a una fiesta
84. Pensar en comprar cosas nuevas
85. Jugar al golf
86. Jugar al fútbol
87. Conversar con amigos
88. Escribir en un diario o escribir cartas
89. Limpiar la casa
90. Leer sobre temas de historia
91. Hacer algo nuevo
92. Pensar en lo que soy capaz de hacer (mis capacidades)
93. Ir al salón de belleza, peluquería
94. Leer el diario y tomarme un café por la mañana
95. Jugar al tenis
96. Mimar a alguien que quiero

97. Jugar con niños
98. Pensar que tengo gente alrededor que me aprecia (mencionarla)
99. Ir al teatro o a conciertos
100. Soñar despierto/a
101. Planear ir a la universidad
102. Pensar, fantasear sobre sexo
103. Ir a dar una vuelta en coche sin rumbo
104. Cambiar de sitio los muebles
105. Ver la TV o una buena película en casa
106. Hacer una lista de tareas
107. Ir a dar una vuelta en bici
108. Pasear por el bosque, parque, puerto
109. Comprar regalos
110. Visitar parques naturales
111. Completar una tarea que tenía pendiente
112. Juntar caracoles
113. Ir a ver algún deporte como espectador/a
114. Comer comidas que me gusten
115. Dar clases de algo
116. Hacer fotografías
117. Ir de pesca
118. Pensar en acontecimientos positivos
119. Mantenerme a dieta
120. Jugar con animales
121. Pilotear un avión
122. Leer novelas
123. Actuar, hacer teatro
124. Estar solo/a
125. Llevar a los niños de paseo
126. Bailar
127. Ir de picnic
128. Pensar en cosas que haya hecho bien
129. Hacer meditación
130. Jugar al voley
131. Comer con un amigo
132. Ir a la sierra o a la montaña
133. Pensar en formar una familia
134. Recordar buenos momentos de mi infancia
135. Pensar en realizar una actividad de voluntariado
136. Jugar a las cartas
137. Resolver acertijos mentalmente
138. Mantener una discusión sobre política
139. Jugar al ping-pong
140. Ver y enseñar fotos, diapositivas
141. Tocar la guitarra
142. Leer y ver material erótico
143. Hacer puzzles, rompecabezas
144. Disfrazarme
145. Reflexionar sobre las cosas en las que he mejorado
146. Comprarme cosas
147. Hablar por teléfono
148. Ir a un museo
149. Pensar sobre la religión
150. Comprar y encender velas
151. Escuchar la radio

152. Ir a que me hagan masajes
153. Decirle a alguien que lo quiero
154. Pensar y enumerar mis "virtudes"
155. Comprar libros
156. Ir a un SPA
157. Hacer remo
158. Ir a jugar al bowling
159. Realizar un trabajo físico que me canse
160. Fantasear sobre el futuro
161. Anotarme en clases de baile
162. Hacer debates, participar en encuentros temáticos
163. Pasar un rato en un pub o cafetería
<b>Otras:</b>

La siguiente Tabla puede ayudarle a organizarse para poder realizar las actividades elegidas:

Actividades	Frecuencia	Día/s que la realizaré	Hora	Posibles obstáculos	Cómo vencer los obstáculos



**Tarea inter-sesión:** Ensayo conductual y Autorregistro

Realizar las actividades placenteras que fueron seleccionadas del listado y completar el Autorregistro H de Acontecimientos Placenteros.

Este protocolo clínico ha sido específicamente diseñado para su utilización en contextos de investigación.  
 Se prohíbe la reproducción y/o utilización parcial o total del mismo sin la correspondiente autorización.

Semana del \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ al \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

**AUTORREGISTRO H  
 DE ACONTECIMIENTOS PLACENTEROS**

ACTIVIDAD PLACENTERA REALIZADA	Fecha y Hora	Duración	¿Qué emoción experimenté?	Intensidad de la emoción (0-10)	¿Qué pasó por mi mente en ese momento?	Otros comentarios acerca de la experiencia de realizar esta actividad

## SESIÓN 13

# CALIDAD DE VIDA: UN OBJETIVO MÁS ALLÁ DE LOS SÍNTOMAS

GUÍA PARA EL PACIENTE

### ¿Qué significa CALIDAD DE VIDA?

Como vimos en la sesión 2, la **Calidad de Vida** hace referencia al grado de bienestar que alcanzan las personas en las distintas áreas de la vida.



No debe confundirse con el concepto de estándar o nivel de vida que está basado en los ingresos. Los indicadores de calidad de vida incluyen NO SOLO cuestiones económicas y laborales, sino también de ambiente físico, salud psicofísica, educación, recreación, satisfacción en las relaciones con la familia y amigos, entre otros.

Si bien existen algunos criterios a partir de los cuales se define la calidad de vida (por ejemplo satisfacción de las necesidades básicas), no existe una definición única de lo que significa una "buena calidad de vida" ya que es importante tener en cuenta la evaluación que hace cada persona sobre su propia vida.

Es decir que la calidad de vida sea buena, mala o regular dependerá de la satisfacción que cada persona sienta respecto a los diferentes aspectos de su vida.

### Evaluando mi Calidad de Vida...

**1) Marcar en el Gráfico colocando un punto del 0 al 10 en los diferentes aspectos de mi vida actual.**

El **0** significa nada de satisfacción/conformidad con esa faceta de la vida.

El **10** significa total satisfacción/conformidad.

El resto de los números indican grados intermedios de satisfacción/conformidad.

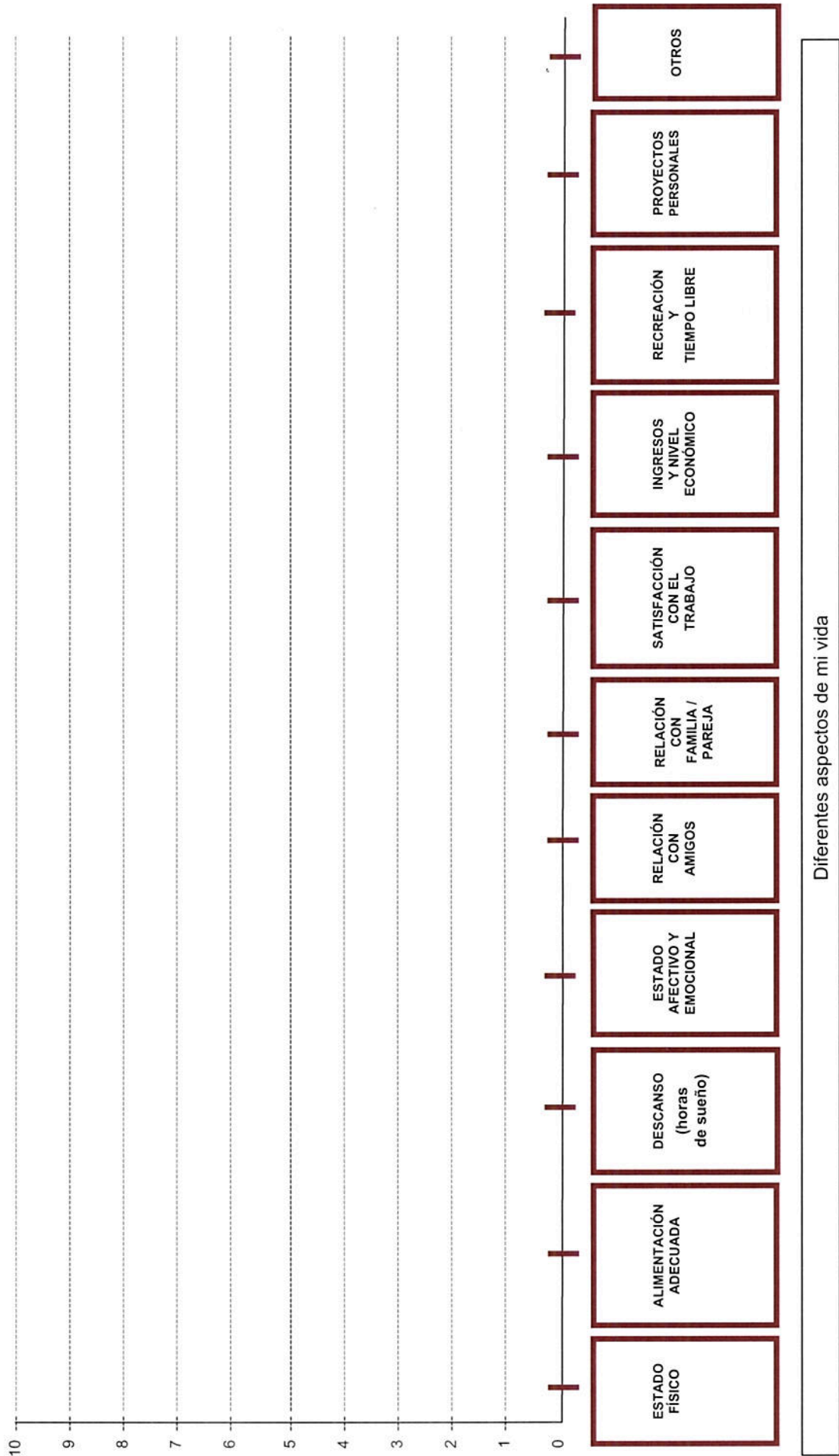
**Al unir los puntos quedará dibujado el perfil de mi Calidad de Vida actual**

**2) Marcar (con otro color) del 0 al 10 cómo desearía o me gustaría que estuviera cada aspecto de mi vida.**

**Al unir los puntos quedará dibujado el perfil de mi Calidad de Vida deseada**

Este protocolo clínico ha sido específicamente diseñado para su utilización en contextos de investigación.  
Se prohíbe la reproducción y/o utilización parcial o total del mismo sin la correspondiente autorización.

### GRÁFICO DE CALIDAD DE VIDA



## FORMULARIO DE METAS (Instructivo)

### Establecimiento de metas

#### Paso 1: Listado de metas a largo plazo con el fin de mejorar mi CV:

.....  
(Aspecto/s de la Calidad de Vida que se desea/n mejorar)

Uno de los pasos más importantes cuando nos proponemos lograr algo es definir una meta de una manera que describa una o más acciones. Por ejemplo, uno puede tener la meta de "hacer ejercicio físico", pero así enunciada es una meta muy vaga y no describe qué es lo que concretamente uno necesita hacer o de qué manera lo va a concretar. Por lo tanto, se tiene que enumerar algunos comportamientos a realizar para conseguir esa meta. Por ejemplo: "caminar rápido durante media hora cinco veces a la semana".

META 1:

---

META 2:

---

META 3:

---

#### Paso 2: Análisis de las metas

Para cada meta, hacerse las siguientes preguntas y escribir las respuestas.

1. ¿En qué me voy a beneficiar si logro esta meta?
2. Esta meta, ¿Es realista o alcanzable?
3. ¿Vale la pena que dedique tiempo y energía para lograr esta meta?
4. ¿Existen algunos obstáculos para alcanzar esta meta? ¿Cuáles?
5. ¿Qué estoy dispuesto/a a hacer para alcanzarla?
6. ¿Cómo sabré si he alcanzado mi meta?

*Descarte aquellas metas que no sean realistas o no lo beneficien*

#### Paso 3: Desarrollar un plan de acción – Dividir la meta en metas más pequeñas

Después de haber decidido y analizado su meta, piense en metas más pequeñas que tendrá que alcanzar antes de lograr la meta mayor que se propuso. Deberá entonces decidir qué acción o acciones necesitará realizar para alcanzar cada meta.

También le ayudará tener en cuenta los obstáculos que pudieran presentarse. Saber que puede haber obstáculos en su camino le permite estar preparado/a y no estar desprevenido/a.

Finalmente, piense cuánto tiempo tardará en alcanzar la meta. Para elaborar un plan de acción puede utilizar las habilidades y estrategias que ya ha aprendido a lo largo del Programa.

Para cada meta, hacer las siguientes preguntas y escribir las respuestas.

1. ¿Qué acciones pondré en marcha para alcanzar esta meta?

- a. \_\_\_\_\_
- b. \_\_\_\_\_
- c. \_\_\_\_\_

2. Si surgen algunos de los obstáculos, ¿qué haré para superarlos?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### **Paso 4: Imaginando el logro (*lo he podido conseguir*)**

Si alguna vez ha observado a un músico o a un deportista, por ejemplo un nadador se habrá dado cuenta que ellos no se sientan frente al piano y comienzan a tocar o se tiran inmediatamente al agua. Estos músicos o deportistas generalmente se sientan o hacen una pausa durante un minuto o dos con los ojos cerrados antes de comenzar su actividad. Esto es porque se les ha enseñado a visualizar el logro, el éxito antes de alcanzarlo. Puede usar la misma técnica cuando comience a trabajar para lograr las metas que se ha propuesto.

Una de las técnicas que puede ser beneficiosa es la respiración lenta. Esta es una habilidad muy útil de aplicar junto con la visualización para poder lograr su meta. Comience cerrando sus ojos y respirando profundamente despacio por su nariz y exhalando por la boca, tomándose su tiempo. Después de haber repetido esto varias veces, es hora de que se comience a imaginar “como si hubiera logrado su meta”. Trate de crear esa imagen lo más detalladamente que pueda, y para ello puede ser de ayuda hacerse estas preguntas:

- ¿Cómo me sentiré si lo logro?
- ¿En qué cambiaría mi vida?

#### **Paso 5: Superar la idea: “Dejar las cosas para más tarde”**

Hay varios “trucos” que lo ayudarán a seguir estos pasos; algunos ya los hemos aprendido durante los encuentros anteriores como técnicas de resolución de problemas para superar obstáculos que puedan surgir, tarjetas de apoyo o búsqueda de actividades gratificantes:

1. Escribe un contrato contigo mismo, incluyendo la fecha en que esperas lograr cada paso
2. Es importante que te asumas como protagonista y responsable de este intento
3. Habilita un diario para registrar la evolución de lo que te has propuesto
4. Si consideras que te es de ayuda compartí con alguna persona de tu entorno tu meta y tus intenciones para lograrla
5. Comienza poco a poco
6. Desafía los pensamientos negativos y busca pensamientos positivos alternativos
7. Organiza un sistema de recompensa realista y con sentido común para cada paso que te acerque a tu meta. Es decir, después de un paso difícil haz una actividad agradable
8. Trata de conseguir las metas a corto plazo de una en una
9. Coloca una copia de tus metas y pasos a seguir en un sitio visible (por ejemplo en la puerta de la heladera)
10. Préstale atención a la actividad que estés realizando (mantente en el presente) y disfruta de tus sentidos
11. Organiza tu ambiente (lo que te rodea) para que te ayude a lograr cada paso

### **Paso 6: Evaluar el progreso y ajustar las metas de acuerdo a la evaluación**

Revise su progreso y ajuste sus metas de acuerdo a los obstáculos o dificultades que ha encontrado. Luego de los ajustes necesarios puede ser útil que repita el proceso desde el Paso 1.

### Ejemplo:

#### Paso 1: Quiero mejorar mi estado físico

Meta 1: "Hacerme un chequeo médico general"

Meta 2: "Dejar de fumar"

Meta 3: "Caminar rápido durante una hora cinco veces a la semana"

(El ejemplo se desarrollará solo con la Meta 3)

#### Paso 2:

Meta: "Caminar rápido durante una hora cinco veces a la semana"

1. ¿En qué me voy a beneficiar si logro esta meta?

Tendrá beneficios para mi salud y es una actividad que me ayudará a ocupar mi tiempo libre en una actividad placentera.

2. Esta meta, ¿Es realista o alcanzable? NO  SI

3. ¿Vale la pena que le dedique tiempo y energía a esta meta? NO  SI

4. ¿Existen algunos obstáculos para alcanzar esta meta? NO  SI  ¿Cuáles?

Que el próximo mes comienza el invierno y probablemente no podré salir a caminar los días que llueva o haga mucho frío.

5. ¿Cómo sabré si he alcanzado mi meta?

Si dentro de un mes camino cinco veces a la semana durante una hora y mantengo esta actividad por lo menos durante tres meses.

#### Paso 3: "Caminar rápido durante una hora cinco veces a la semana"

¿Qué acciones llevaré a cabo para alcanzar esta meta?

- a) Pensar y elegir los mejores días y la hora del día para empezar a incorporar esta actividad. Por ejemplo, lunes y miércoles son los mejores días porque tengo menos actividades y me aburro más, y la mejor hora es por la mañana que es cuando estoy más activa.
- b) Buscar calzado y ropa cómoda.
- c) La primera semana caminaré media hora tres días a la semana.
- d) La segunda semana caminaré media hora cinco veces a la semana.
- e) La tercera semana caminaré cuarenta minutos cinco veces a la semana.
- f) La cuarta semana caminaré una hora cinco veces a la semana.

Si surgen algunos de los obstáculos que escribí en el Paso 2: ¿Qué haré para superarlos?

Los días que estén feos y no pueda salir a caminar, haré abdominales en casa y realizaré alguna actividad doméstica que implique mover mi cuerpo (barrer, limpiar los pisos, etc.), o algo que me divierta (bailar).

### FORMULARIO DE METAS (para completar)

#### Establecimiento de metas

##### Paso 1: Listado de metas a largo plazo con el fin de mejorar mi CV:

.....  
(Aspecto/s de la Calidad de Vida que se desea mejorar)

META 1: \_\_\_\_\_

META 2: \_\_\_\_\_

META 3: \_\_\_\_\_

##### Paso 2: Análisis de las metas

META 1: \_\_\_\_\_

1. ¿En qué me voy a beneficiar si logro esta meta? \_\_\_\_\_

2. Esta meta, ¿Es realista o alcanzable? NO  SI

3. ¿Vale la pena que dedique tiempo y energía a esta meta? NO  SI

4. ¿Existen algunos obstáculos para alcanzar esta meta? NO  SI  ¿Cuáles?

5. ¿Cómo sabré si he alcanzado mi meta?

META 2: \_\_\_\_\_

1. ¿En qué me voy a beneficiar si logro esta meta? \_\_\_\_\_

2. Esta meta, ¿Es realista o alcanzable? NO  SI

3. ¿Vale la pena que dedique tiempo y energía a esta meta? NO  SI

4. ¿Existen algunos obstáculos para alcanzar esta meta? NO  SI  ¿Cuáles?

5. ¿Cómo sabré si he alcanzado mi meta?

**META 3:** \_\_\_\_\_

1. ¿En qué me voy a beneficiar si logro esta meta? \_\_\_\_\_

2. Esta meta, ¿Es realista o alcanzable? NO  SI

3. ¿Vale la pena que dedique tiempo y energía a esta meta? NO  SI

4. ¿Existen algunos obstáculos para alcanzar esta meta? NO  SI  ¿Cuáles?

\_\_\_\_\_

5. ¿Cómo sabré si he alcanzado mi meta?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Paso 3: Desarrollar un plan de acción – Dividir la meta en metas más pequeñas**

**META 1:** \_\_\_\_\_

¿Qué acciones pondré en marcha para alcanzar esta meta?

a. \_\_\_\_\_

b. \_\_\_\_\_

c. \_\_\_\_\_

Si surgen algunos de los obstáculos que escribí en el Paso 2: ¿Qué haré para superarlos?

\_\_\_\_\_

**META 2:** \_\_\_\_\_

¿Qué acciones pondré en marcha para alcanzar esta meta?

a. \_\_\_\_\_

b. \_\_\_\_\_

c. \_\_\_\_\_

Si surgen algunos de los obstáculos que escribí en el Paso 2: ¿Qué haré para superarlos?

\_\_\_\_\_

**META 3:** \_\_\_\_\_

¿Qué acciones pondré en marcha para alcanzar esta meta?

a. \_\_\_\_\_

b. \_\_\_\_\_

c. \_\_\_\_\_

Si surgen algunos de los obstáculos que escribí en el Paso 2: ¿Qué haré para superarlos?

\_\_\_\_\_

**Paso 4: Imaginar el logro (*lo he podido conseguir*)**

Imaginarse llevando a cabo cada una de las metas propuestas. Visualizar la situación con la mayor cantidad posible de detalles.

- ¿Qué haré?
- ¿Dónde estaré?
- ¿Qué dirán los demás?
- ¿Cómo me sentiré si lo logro?
- ¿En qué cambiaría mi vida?

**Paso 5: Superar la idea: “Dejar las cosas para más tarde”**

**Paso 6: Evalúa tu progreso y ajusta tus metas de acuerdo a la evaluación del proceso**

¿He alcanzado la meta? SI  NO



¿Cuáles son los obstáculos / dificultades que se me presentan?

¿Cómo los puedo superar?

**¡Haré un nuevo intento!**



## SESIÓN 14

### PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

#### GUÍA PARA EL PACIENTE

Durante este tiempo hemos trabajado juntos varios temas, vamos a repasarlos:



**INFORMACIÓN SOBRE ASMA**

Asma es una enfermedad crónica, es decir no se cura...  
pero sus síntomas pueden controlarse!!!

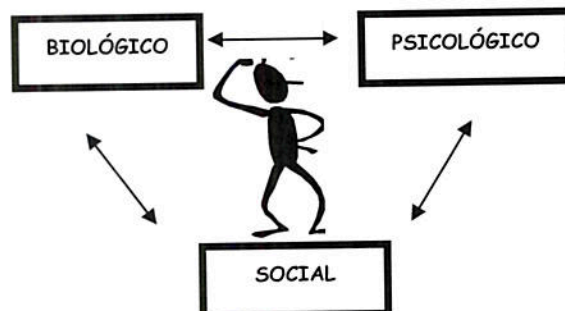
Asma es intermitente: puede empeorar o mejorar  
en cualquier momento de la vida

Los controles periódicos con los médicos especialistas son muy importantes para el ajuste del tratamiento a las necesidades del paciente en diferentes periodos y circunstancias (por ej. ante una cirugía, una infección respiratoria o ante la idea de comenzar un deporte, etc.)

Hay medicación preventiva y medicación de rescate

Asma tiene causas biológicas pero los factores psicosociales (lo que pensamos, lo que sentimos, nuestro modo de relacionarnos con los demás y de afrontar lo que nos pasa) pueden influir en la evolución del asma

Vimos la relación entre factores biológicos, psicológicos y sociales



Trabajamos con la idea de que:  
**LA EXPERIENCIA PERSONAL CON LA ENFERMEDAD ESTA MUY RELACIONADA CON LA MANERA EN LA QUE VALORAMOS E INTERPRETAMOS LO QUE NOS PASA**

Aprendimos qué eran: **PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS**, **EMOCIONES** y **CONDUCTAS** y la relación entre ellos. También aprendimos a completar autorregistros para identificarlos y ordenarlos:

A (Antecedentes: Hechos desencadenantes, situaciones problemáticas)	B Pensamientos automáticos	C Consecuencias	
		Emociones	Conductas



### DISTORSIONES COGNITIVAS

Aprendimos a identificar errores/sesgos en nuestros pensamientos y a buscar pensamientos que nos hagan sentir mejor



### ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Aprendimos a buscar nuevas alternativas para afrontar aquellas situaciones que nos generan malestar y tensión

Vimos 9 estrategias de afrontamiento: análisis lógico, revalorización positiva, búsqueda de apoyo y orientación, resolución de problemas, evitación cognitiva, aceptación/resignación, búsqueda de gratificaciones alternativas, regulación afectiva y descarga emocional



### RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Aprendimos una técnica para organizarnos y encontrar posibles soluciones ante problemáticas que se nos presentan en la vida y afectan nuestra salud



### HABILIDADES DE TOLERANCIA AL MALESTAR

Adquirimos habilidades para poner en práctica cuando:

- no podemos cambiar una realidad dolorosa
- resolver una situación nos lleva más tiempo de lo previsto
- las cosas no salen como esperábamos
- nos resulta difícil cambiar la forma en que nos sentimos

Las habilidades de tolerancia al malestar nos ayudan a pasar un momento difícil de la mejor forma posible, al menos sin empeorarlo



### HABILIDADES PARA GENERAR EMOCIONES POSITIVAS

La investigación científica ha descubierto que las personas que experimentan emociones positivas gozan de una mejor salud

Las emociones positivas se logran aumentando las posibilidades de sentirnos bien y de buscar acontecimientos/situaciones que las generan

Nadie puede tener una vida satisfactoria si no le ocurren cosas buenas... y en muchas ocasiones depende de nosotros que esto sea posible !!!



### HABILIDADES PARA COMUNICAR NUESTRAS EMOCIONES

Recordamos las diferentes maneras de expresar las emociones:  
Lenguaje corporal, verbal y conductual

### ENSAYAMOS MODOS ASERTIVOS DE COMUNICARNOS

Decir lo que pensamos y sentimos, defendiendo nuestros derechos o intereses pero sin necesidad de agredir u ofender a nadie, ni permitir ser agredido u ofendido

# % ° ¡ \*# ¡!!\*



¡Parece el MUNDO!  
¡¡ME QUIERO BAJAR!!!



### ESTRATEGIAS PARA EVALUAR Y MEJORAR NUESTRA CALIDAD DE VIDA

EL USO DE LAS ESTRATEGIAS APRENDIDAS DURANTE EL PROGRAMA ESTÁ DIRIGIDO A QUE PODAMOS TRABAJAR PARA MEJORAR LOS DISTINTOS ASPECTOS DE NUESTRA VIDA A CORTO Y A LARGO PLAZO



### ES IMPORTANTE QUE RECUERDE QUE:

El aprendizaje de los nuevos conocimientos y habilidades que usted ha adquirido durante este tiempo ha sido gracias a su esfuerzo, al tiempo que le dedicó a las tareas entre sesiones y a su disposición para buscar nuevas alternativas.

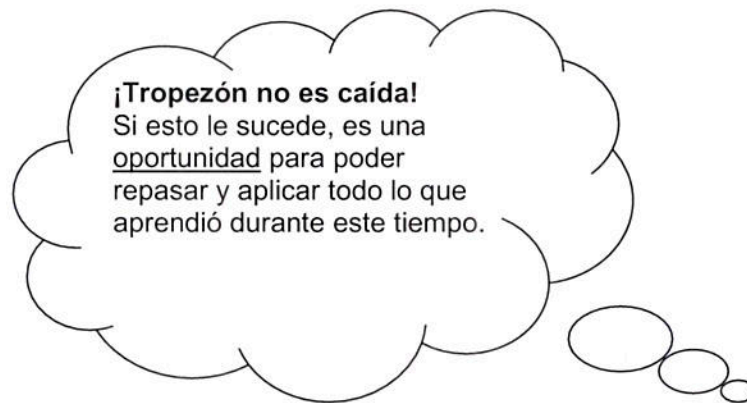
## POSIBLES RECAÍDAS... ¿qué significa?

PUEDE PASAR QUE SE ENCUENTRE ANTE SITUACIONES O EXPERIENCIAS QUE LE PROVOQUEN O GENERAN MALESTAR Y TENSIÓN Y QUE PENSABA QUE YA HABÍA "SUPERADO". A ESTO LO LLAMAMOS **RECAIDA**.

ESTO SUCEDE PORQUE LOS CAMBIOS QUE SIENTE QUE LOGRÓ NECESITAN AFIANZARSE, Y ESO REQUIERE TIEMPO E INTENCIÓN SOSTENIDA.

LO IMPORTANTE NO ES PENSAR O ESPERAR QUE NUNCA LE VUELVA A SUCEDER, LO IMPORTANTE ES QUE SEPA QUE SI LE LLEGA A OCURRIR TIENE RECURSOS PARA AFRONTARLO DE UN MODO MÁS SALUDABLE

Cuando algo de esto le suceda es importante recordar:



## PREPARARSE PARA EL FUTURO

Vamos a hacer un ejercicio para estar mejor preparados ante situaciones que aumenten la probabilidad de recaídas.

Situaciones/condiciones que me podrían afectar
1.
2.
3.

1. Si me empieza a pasar: .....

.....

Lo que tengo / puedo hacer es: .....

.....

.....

Lo que NO tengo / no me ayudaría hacer es:

.....

.....

2. Si me empieza a pasar: .....

.....

Lo que tengo / puedo hacer es: .....

.....

.....

Lo que NO tengo / no me ayudaría hacer es:

.....

.....

3. Si me empieza a pasar: .....

.....

Lo que tengo / puedo hacer es: .....

.....

.....

Lo que NO tengo / no me ayudaría hacer es:

.....

.....

Algunas ideas para prevenir recaídas...  
**Implementar sesiones de AUTOTERAPIA**

Consiste en ponerse un día con un horario semanal o quincenal para dedicarse a:

- Releer el cuadernillo del paciente
- Hacer autorregistros
- Ensayar nuevas estrategias de afrontamiento
- Usar el formulario de resolución de problemas para resolver alguna situación que nos esté generando tensión o malestar
- Planificar acontecimientos placenteros

¿Qué es esto  
de la  
**AUTOTERAPIA???**



Si luego de terminar el Programa CV-Asma se continúa repasando y aplicando las estrategias aprendidas se mantendrán y afianzarán los cambios

*Todos los que trabajamos en el diseño e implementación de este Programa de Intervención Psicosocial para personas con asma le queremos agradecer por su participación, su esfuerzo y su continuidad en el Programa.*

*Asimismo le recordamos que lo esperamos en los encuentros de evaluación que son tan importantes como las sesiones a las que ha concurrido durante este tiempo.*



### Ranitas en la crema

Había una vez dos ranas que se cayeron en un recipiente de crema. Inmediatamente sintieron que se hundían; era imposible nadar o flotar mucho tiempo en ese líquido tan espeso como arenas movedizas.

Al principio, las dos patalearon en la crema para llegar al borde del recipiente pero era inútil, sólo conseguían chapotear en el mismo lugar y hundirse. Sentían que cada vez era más difícil salir de allí.

Una de ellas dijo en voz alta:

- ¡No puedo más! Es imposible salir de aquí, este líquido no es para nadar; y ya que voy a morir, no veo para qué prolongar este dolor. No entiendo qué sentido tiene morir agotada por un esfuerzo estéril.

Y dicho esto, dejó de patalear y se hundió con rapidez siendo literalmente tragada por el espeso líquido blanco.

La otra rana más persistente o quizás más tozuda, se dijo:

-¡No hay caso! Nada se puede hacer para avanzar en esta cosa. Sin embargo ya que la muerte me llegará, prefiero luchar hasta mi último aliento. No quisiera morir un segundo antes de que llegue mi hora.

Y siguió pataleando y chapoteando siempre en el mismo lugar, sin avanzar ni un centímetro. ¡Horas y horas!!!

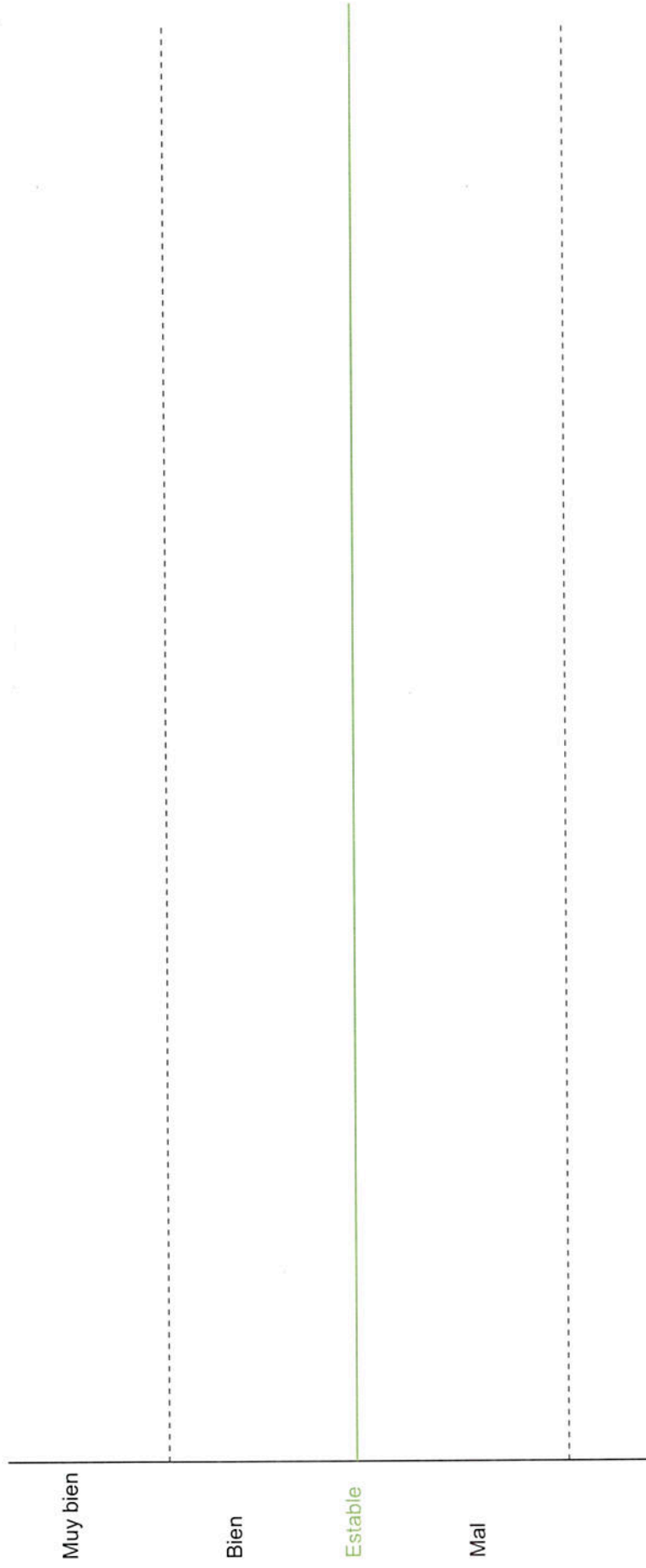
Y de pronto... de tanto patalear y agitar, agitar y patalear... la crema se transformó en manteca.

La rana sorprendida dio un salto y patinando llegó hasta el borde del pote. Desde allí, sólo le quedaba ir croando alegremente de regreso a casa.



Este protocolo clínico ha sido específicamente diseñado para su utilización en contextos de investigación.  
Se prohíbe la reproducción y/o utilización parcial o total del mismo sin la correspondiente autorización.

¿Cómo  
me  
siento?



Año ..... Enero Febrero Marzo Abril Mayo Junio Julio Agosto Septiembre Octubre Noviembre Diciembre

## **ANEXO 4**

### **INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN**

## ANEXO 4.a)

<b>Guión Entrevista Admisión</b>
----------------------------------

**Nombre:**

**Sexo:**

**Edad:**

**Tel:**

**Mail:**

**Fuente de derivación:**

**Certificado**

**Sintomatología asma:**

**Etaapa evolutiva del diagnóstico de asma:**

**Tratamiento del asma:**

**Tratamientos psicológicos/psiquiátricos:**

Tratamiento psicológico actual	Tratamiento psiquiátrico actual
NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> ¿Desde cuándo? ¿Motivo de consulta por el asma? NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> ¿Desde cuándo? ¿Motivo de consulta por el asma? NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Tratamiento psicológico anterior	Tratamiento psiquiátrico anterior
NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Periodo: ¿Motivo de consulta por el asma? NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Periodo: ¿Motivo de consulta por el asma? NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>

**Cumplimiento de los criterios de inclusión:**

Edad (21-70 años):

Asma parcialmente o no controlada

Ausencia de comorbilidad con enfermedad respiratoria

Ausencia de historia de adicciones

Ausencia de diagnóstico de psicopatología grave

Ausencia de deterioro cognitivo

Sin tratamiento psicológico o psiquiátrico asociado al asma

**Observaciones:**

## ANEXO 4.a)

Código Paciente:  
Fecha:

### Detalle medicación

#### Medicación para el asma

Nombre del medicamento	Droga Principio activo	Microgramos	Dosis
			Nro de comprimidos o de puffs: Momentos del día que administra el medicamento:
			Nro de comprimidos o de puffs: Momentos del día que administra el medicamento:
			Nro de comprimidos o de puffs: Momentos del día que administra el medicamento:

#### Otra medicación

Nombre del medicamento	Droga Principio activo	Microgramos	Dosis	¿Para qué le recetaron el medicamento?
			Nro. de comprimidos u otra medida: Momentos del día que lo toma/aplica:	
			Nro. de comprimidos u otra medida: Momentos del día que lo toma/aplica:	
			Nro. de comprimidos u otra medida: Momentos del día que lo toma/aplica:	
			Nro. de comprimidos u otra medida: Momentos del día que lo toma/aplica:	

## ANEXO 4.b)

# Prueba de control del asma (ACT™)

Esta prueba fue diseñada para ayudarlo/a a describir su asma y la forma en que su asma afecta cómo usted se siente y lo que es capaz de hacer. Para completarla, por favor marque una  en el cuadrado que mejor describa su respuesta.

1. En las **últimas 4 semanas**, ¿cuánto tiempo le ha impedido su **asma** hacer todo lo que quería en el trabajo, en la escuela o en la casa?

Siempre	La mayoría del tiempo	Algo del tiempo	Un poco del tiempo	Nunca
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

2. Durante las **últimas 4 semanas**, ¿con qué frecuencia le ha faltado aire?

Más de una vez por día	Una vez por día	De 3 a 6 veces por semana	Una o dos veces por semana	Nunca
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

3. Durante las **últimas 4 semanas**, ¿con qué frecuencia sus síntomas de **asma** (respiración sibilante o un silbido en el pecho, tos, falta de aire, opresión en el pecho o dolor) lo/la despertaron durante la noche o más temprano de lo usual en la mañana?

4 ó más noches por semana	De 2 a 3 noches por semana	Una vez por semana	Una o dos veces	Nunca
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

4. Durante las **últimas 4 semanas**, ¿con qué frecuencia ha usado su inhalador de rescate o medicamento en nebulizador (como albuterol, Ventolin®, Proventil®, o Maxair®)?

3 ó más veces por día	1 ó 2 veces por día	2 ó 3 veces por semana	Una vez por semana o menos	Nunca
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

5. ¿Cómo evaluaría el control de su asma durante las **últimas 4 semanas**?

No controlada en absoluto	Mal controlada	Algo controlada	Bien controlada	Completamente controlada
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

## ANEXO 4.c)

### Test de Fagerström

¿Alguna vez fumó?

NO

SI

¿Fuma actualmente?

NO

SI *Si se contesta afirmativamente, continuar con el siguiente cuestionario:*

1) ¿Cuánto tiempo después de despertarse fuma su primer cigarrillo?

Menos de 5 minutos

5 a 30 minutos

31 a 60 minutos

Más de 60 minutos

2) ¿Le resulta difícil abstenerse de fumar en lugares donde está prohibido?

Si

No

3) ¿Cuál cigarrillo le sería más difícil dejar de fumar?

El primero de la mañana

Cualquier otro

4) ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?

Más de 30 al día

21 a 30 al día

11 a 20 al día

Menos de 10 cigarrillos

5) ¿Fuma usted con mayor frecuencia durante las primeras horas después de despertarse que durante el resto del día?

Si

No

6) ¿Fuma aunque esté enfermo y permanezca en la cama la mayor parte del día?

Si

No

## ANEXO 4.d)

### WHOQOL-BREF

Antes de comenzar, nos gustaría hacerle algunas pocas preguntas generales acerca de usted mismo: por favor, haga un círculo en la respuesta apropiada o llene el espacio vacío cuando corresponda.

- ¿Cuál es su sexo?    Masculino    Femenino
- ¿Cuál es su fecha de nacimiento?    ..... / ..... / .....
- ¿Cuál es el nivel más alto de educación que recibió?  
Ninguno – Primario – Secundario – Terciario - Universitario
- ¿Cuál es su ocupación? \_\_\_\_\_
- ¿Cuál es su estado civil?    Soltero – Casado – Separado – Divorciado - Viudo - Convivencia
- ¿Está Ud. actualmente enfermo?    SI    NO
- Si usted no está bien de salud, ¿qué piensa que es?  
\_\_\_\_\_

### INSTRUCCIONES

A continuación le presentamos una serie de preguntas sobre cómo se ha sentido durante las **últimas 2 semanas** con respecto a su calidad de vida y a su salud.

Por favor, lea cada pregunta y haga un círculo en el número de la escala que mejor indique lo que a usted le pasa.

*Por favor, conteste todas las preguntas*

1. (G1) ¿Cómo calificaría su calidad de vida?

Muy mal	Mal	Lo normal	Bien	Muy bien
1	2	3	4	5

2. (G4) ¿Cuán satisfecho estuvo con su salud?

Insatisfecho	Poco satisfecho	Lo normal	Satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

**Las siguientes preguntas se refieren a cuánto Ud. ha experimentado ciertas cosas en las dos últimas semanas.**

3. (F1.4) ¿En qué medida sintió que el dolor físico le impidió hacer lo que necesitaba?

Nada	Algo	Normal	Mucho	En extremo
1	2	3	4	5

## ANEXO 4.d)

4. (F11.3) ¿Cuánto necesitó de algún tratamiento médico para realizar las actividades de la vida diaria?

Nada	Algo	Normal	Mucho	En extremo
1	2	3	4	5

5. (F4.1) ¿Cuánto disfrutó de la vida?

Nada	Algo	Normal	Mucho	En extremo
1	2	3	4	5

6. (F24.2) ¿En qué medida sintió que su vida tuvo sentido?

Nada	Algo	Normal	Mucho	En extremo
1	2	3	4	5

7. (F5.3) ¿Cuál fue su capacidad de concentración?

Nada	Algo	Normal	Mucho	En extremo
1	2	3	4	5

8. (F16.1) ¿Cuán seguro se sintió en su vida diaria?

Nada	Algo	Normal	Mucho	En extremo
1	2	3	4	5

9. (F22.1) ¿Cuán saludable fue su medio ambiente físico?

Nada	Algo	Normal	Mucho	En extremo
1	2	3	4	5

**Las siguientes preguntas se refieren al nivel en que Ud. experimentó o fue capaz de hacer ciertas cosas en las últimas dos semanas.**

10. (F2.1) ¿En qué medida tuvo suficiente energía para la vida diaria?

Nada	Algo	Normal	Mucho	Totalmente
1	2	3	4	5

11. (F7.1) ¿En qué medida fue capaz de aceptar su apariencia personal?

Nada	Algo	Normal	Mucho	Totalmente
1	2	3	4	5

12. (F18.1) ¿En qué medida tuvo suficiente dinero para satisfacer sus necesidades?

Nada	Algo	Normal	Mucho	Totalmente
1	2	3	4	5

13. (F20.1) ¿En qué medida dispuso de la información que necesitó para la vida diaria?

Nada	Algo	Normal	Mucho	Totalmente
1	2	3	4	5

## ANEXO 4.d)

14. (F21.1) ¿En qué medida tuvo oportunidad de realizar actividades recreativas?

Nada	Algo	Normal	Mucho	Totalmente
1	2	3	4	5

15. (F9.1) ¿En qué medida fue capaz de desplazarse de un lugar a otro?

Nada	Algo	Normal	Mucho	En extremo
1	2	3	4	5

***Las siguientes preguntas se refieren a cuán satisfecho o contento se ha sentido acerca de varios aspectos de su vida en las últimas dos semanas.***

16. (F3.3) ¿Cuán satisfecho estuvo con su sueño?

Insatisfecho	Poco satisfecho	Lo normal	Satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

17. (F10.3) ¿Cuán satisfecho estuvo con su capacidad para realizar las actividades de la vida diaria?

Insatisfecho	Poco satisfecho	Lo normal	Satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

18. (F12.4) ¿Cuán satisfecho estuvo con su capacidad de trabajo?

Insatisfecho	Poco satisfecho	Lo normal	Satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

19. (F6.3) ¿Cuán satisfecho estuvo con sí mismo?

Insatisfecho	Poco satisfecho	Lo normal	Satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

20. (F13.3) ¿Cuán satisfecho estuvo con sus relaciones interpersonales?

Insatisfecho	Poco satisfecho	Lo normal	Satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

21. (F15.3) ¿Cuán satisfecho estuvo con su vida sexual?

Insatisfecho	Poco satisfecho	Lo normal	Satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

## ANEXO 4.d)

22. (F14.4) ¿Cuán satisfecho estuvo con el apoyo de sus amigos?

Insatisfecho	Poco satisfecho	Lo normal	Satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

23. (F17.3) ¿Cuán satisfecho estuvo con las características del lugar donde vive?

Insatisfecho	Poco satisfecho	Lo normal	Satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

24. (F19.3) ¿Cuán satisfecho estuvo con los servicios de salud?

Insatisfecho	Poco satisfecho	Lo normal	Satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

25. (F23.3) ¿Cuán satisfecho estuvo con el transporte?

Insatisfecho	Poco satisfecho	Lo normal	Satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

***La siguiente pregunta se refiere a con qué frecuencia ha sentido o experimentado ciertas cosas en las últimas dos semanas.***

26. (F8.1) ¿Con qué frecuencia tuvo sentimientos negativos tales como tristeza, desesperanza, ansiedad o depresión?

Nunca	A veces	Normalmente	Con bastante frecuencia	Siempre
1	2	3	4	5

## ANEXO 4.e)

### SA-45 (Forma abreviada SCL-90)

**Fecha:**

Lea atentamente la siguiente lista. Son problemas y molestias que casi todo el mundo sufre en alguna ocasión.

Indique cuánto ha experimentado cada uno de ellos durante los últimos 7 días (incluido el día de hoy) rodeando con un círculo el número que corresponda.

Para ello tenga en cuenta la siguiente valoración:

	0 Nada en absoluto	1 Un poco presente	2 Modera- damente	3 Bastante	4 Mucho extrema- mente
1. La idea de que otra persona pueda controlar sus pensamientos	0	1	2	3	4
2. Creer que la mayoría de sus problemas son culpa de los demás	0	1	2	3	4
3. Sentir miedo en los espacios abiertos o en la calle	0	1	2	3	4
4. Oír voces que otras personas no oyen	0	1	2	3	4
5. La idea de que uno no se puede fiar de la mayoría de las personas	0	1	2	3	4
6. Tener miedo de repente y sin razón	0	1	2	3	4
7. Arrebatos de cólera o ataques de furia que no logra controlar	0	1	2	3	4
8. Miedo a salir de casa solo/a	0	1	2	3	4
9. Sentirse solo/a	0	1	2	3	4
10. Sentirse triste	0	1	2	3	4
11. No sentir interés por las cosas	0	1	2	3	4
12. Sentirse nervioso o con mucha ansiedad	0	1	2	3	4
13. Creer que los demás se dan cuenta de sus pensamientos	0	1	2	3	4
14. La sensación de que los demás no le comprenden o no le hacen caso	0	1	2	3	4
15. La impresión de que otras personas son poco amistosas o que usted no les gusta	0	1	2	3	4
16. Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro de que las hace bien	0	1	2	3	4
17. Sentirse inferior a los demás	0	1	2	3	4
18. Dolores musculares	0	1	2	3	4
19. Sensación de que las otras personas le miran o hablan de usted	0	1	2	3	4
20. Tener que comprobar una y otra vez todo lo que hace	0	1	2	3	4
21. Tener dificultades para tomar decisiones	0	1	2	3	4
22. Sentir miedo a viajar en colectivo, subte o tren	0	1	2	3	4

## ANEXO 4.e)

	0 Nada en absoluto	1 Un poco presente	2 Modera- damente	3 Bastant e	4 Mucho extrem a-men
23. Sentir calor o frío de repente	0	1	2	3	4
24. Tener que evitar ciertos lugares o situaciones porque le dan miedo	0	1	2	3	4
25. Que se le quede la mente en blanco	0	1	2	3	4
26. Entumecimiento y hormigueo en alguna parte del cuerpo	0	1	2	3	4
27. Sentirse desesperanzado con respecto al futuro	0	1	2	3	4
28. Tener dificultades para concentrarse	0	1	2	3	4
29. Sentirse débil en alguna parte del cuerpo	0	1	2	3	4
30. Sentirse preocupado/a, tenso/a o agitado/a	0	1	2	3	4
31. Pesadez en los brazos o en las piernas	0	1	2	3	4
32. Sentirse incómodo cuando la gente le mira o habla acerca de usted	0	1	2	3	4
33. Tener pensamientos que no son suyos	0	1	2	3	4
34. Sentir el impulso de golpear, herir o hacer daño a alguien	0	1	2	3	4
35. Tener ganas de romper algo	0	1	2	3	4
36. Sentirse muy cohibido/a entre otras personas	0	1	2	3	4
37. Sentir miedo o ansiedad entre mucha gente (en el cine, supermercado, etc)	0	1	2	3	4
38. Ataques de terror o pánico	0	1	2	3	4
39. Tener discusiones frecuentes	0	1	2	3	4
40. El que otros no le reconozcan adecuadamente sus logros	0	1	2	3	4
41. Sentirse inquieto/a o intranquilo/a	0	1	2	3	4
42. La sensación de ser un/a inútil o no valer nada	0	1	2	3	4
43. Gritar o tirar cosas	0	1	2	3	4
44. La impresión de que la gente intentaría aprovecharse de usted si los dejara	0	1	2	3	4
45. La idea de que debería ser castigado/a por sus pecados	0	1	2	3	4

## ANEXO 4.f)

### BDI-II

Este cuestionario consiste en 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una de ellos y, a continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor el **modo en el que se ha sentido DURANTE LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS, INCLUYENDO EL DÍA DE HOY**. Rodee con un círculo el número que se encuentre escrito a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro del mismo grupo hay más de una afirmación que considere igualmente aplicable a su caso, señálela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

<p><b>1. Tristeza</b></p> <p>0 No me siento triste habitualmente 1 Me siento triste gran parte del tiempo 2 Me siento triste continuamente 3 Me siento tan triste o tan desgraciado/a que no puedo soportarlo</p> <p><b>2. Pesimismo</b></p> <p>0 No estoy desanimado/a sobre mi futuro 1 Me siento más desanimado/a sobre mi futuro que antes 2 No espero que las cosas mejoren 3 Siento que mi futuro es desesperanzador y que las cosas sólo empeorarán</p> <p><b>3. Sentimientos de Fracaso</b></p> <p>0 No me siento fracasado/a 1 He fracasado más de lo que debería 2 Cuando miro atrás, veo fracaso tras fracaso 3 Me siento una persona totalmente fracasada</p> <p><b>4. Pérdida de Placer</b></p> <p>0 Disfruto de las cosas que me gustan tanto como antes 1 No disfruto de las cosas tanto como antes 2 Obtengo muy poco placer de las cosas con las que antes disfrutaba 3 No obtengo ningún placer de las cosas con las que antes disfrutaba</p> <p><b>5. Sentimientos de Culpa</b></p> <p>0 No me siento especialmente culpable 1 Me siento culpable de muchas cosas que he hecho o debería haber hecho 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo 3 Me siento culpable constantemente</p>	<p><b>6. Sentimientos de Castigo</b></p> <p>0 No siento que esté siendo castigado/a 1 Siento que puedo ser castigado/a 2 Espero ser castigado/a 3 Siento que estoy siendo castigado/a</p> <p><b>7. Insatisfacción con uno mismo</b></p> <p>0 Siento lo mismo que antes sobre mí mismo/a 1 He perdido confianza en mí mismo/a 2 Estoy decepcionado conmigo mismo/a 3 No me gusto</p> <p><b>8. Auto-Críticas</b></p> <p>0 No me critico o me culpo más que antes 1 Soy más crítico/a conmigo mismo/a de lo que solía ser 2 Critico todos mis defectos 3 Me culpo por todo lo malo que sucede</p> <p><b>9. Pensamientos o Deseos de Suicidio</b></p> <p>0 No tengo ningún pensamiento de suicidio 1 Tengo pensamientos de suicidio, pero no los llevaría a cabo 2 Me gustaría suicidarme 3 Me suicidaría si tuviese la oportunidad</p> <p><b>10. Llanto</b></p> <p>0 No lloro más de lo que solía hacerlo 1 Lloro más de lo que solía hacerlo 2 Lloro por cualquier cosa 3 Tengo ganas de llorar continuamente, pero no puedo</p>
---	--

## ANEXO 4.f)

<p><b>11. Agitación</b></p> <p>0 No estoy más inquieto/a o agitado/a que de costumbre</p> <p>1 Me siento más inquieto/a o agitado/a que de costumbre</p> <p>2 Estoy tan inquieto/a o agitado/a que me cuesta quedarme quieto/a</p> <p>3 Estoy tan inquieto/a o agitado/a que tengo que estar continuamente moviéndome o haciendo algo</p> <p><b>12. Pérdida de Interés</b></p> <p>0 No he perdido el interés por otras personas o actividades</p> <p>1 Estoy menos interesado/a que antes por otras personas o actividades</p> <p>2 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás o por las cosas</p> <p>3 Me resulta difícil interesarme en algo</p> <p><b>13. Indecisión</b></p> <p>0 Tomo decisiones más o menos como siempre</p> <p>1 Tomar decisiones me resulta más difícil que de costumbre</p> <p>2 Tengo mucha más dificultad en tomar decisiones que de costumbre</p> <p>3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión</p> <p><b>14. Inutilidad</b></p> <p>0 No me siento inútil</p> <p>1 No me considero tan valioso/a y útil como solía ser</p> <p>2 Me siento inútil en comparación con otras personas</p> <p>3 Me siento completamente inútil</p> <p><b>15. Pérdida de Energía</b></p> <p>0 Tengo tanta energía como siempre</p> <p>1 Tengo menos energía de la que solía tener</p> <p>2 No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas</p> <p>3 No tengo suficiente energía para hacer nada</p> <p><b>16. Cambios en el Patrón de Sueño</b></p> <p>0 No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño</p> <hr/> <p>1a Duermo algo más de lo habitual</p> <p>1b Duermo algo menos de lo habitual</p> <hr/> <p>2a Duermo mucho más de lo habitual</p> <p>2b Duermo mucho menos de lo habitual</p> <hr/> <p>3a Duermo la mayor parte del día</p> <p>3b Me despierto 1 o 2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme</p>	<p><b>17. Irritabilidad</b></p> <p>0 No estoy más irritable de lo habitual</p> <p>1 Estoy más irritable de lo habitual</p> <p>2 Estoy mucho más irritable de lo habitual</p> <p>3 Estoy irritable continuamente</p> <p><b>18. Cambios en el Apetito</b></p> <p>0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito</p> <hr/> <p>1a Mi apetito es algo menor de lo habitual</p> <p>1b Mi apetito es algo mayor de lo habitual</p> <hr/> <p>2a Mi apetito es mucho menor que antes</p> <p>2b Mi apetito es mucho mayor de lo habitual</p> <hr/> <p>3a He perdido completamente el apetito</p> <p>3b Tengo ganas de comer continuamente</p> <p><b>19. Dificultad de Concentración</b></p> <p>0 Puedo concentrarme tan bien como siempre</p> <p>1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente</p> <p>2 Me cuesta mantenerme concentrado/a en algo durante mucho tiempo</p> <p>3 No puedo concentrarme en nada</p> <p><b>20. Cansancio o Fatiga</b></p> <p>0 No estoy más cansado/a o fatigado/a que de costumbre</p> <p>1 Me canso o fatigo más fácilmente que de costumbre</p> <p>2 Estoy demasiado cansado/a o fatigado/a para hacer muchas cosas que antes solía hacer</p> <p>3 Estoy demasiado cansado/a o fatigado/a para hacer la mayoría de las cosas que antes solía hacer</p> <p><b>21. Pérdida de Interés en el Sexo</b></p> <p>0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo</p> <p>1 Estoy menos interesado/a por el sexo de lo que solía estar</p> <p>2 Estoy mucho menos interesado/a por el sexo ahora</p> <p>3 He perdido completamente el interés por el sexo</p>
---	--

## ANEXO 4.g)

### STAI A-E

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor **cómo se siente usted ahora mismo**, en este momento.

No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

	0 Nada	1 Algo	2 Bastante	3 Mucho
1. Me siento calmado	0	1	2	3
2. Me siento seguro	0	1	2	3
3. Estoy tenso	0	1	2	3
4. Estoy contrariado	0	1	2	3
5. Me siento cómodo (estoy a gusto)	0	1	2	3
6. Me siento alterado	0	1	2	3
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0	1	2	3
8. Me siento descansado	0	1	2	3
9. Me siento angustiado	0	1	2	3
10. Me siento confortable	0	1	2	3
11. Tengo confianza en mí mismo	0	1	2	3
12. Me siento nervioso	0	1	2	3
13. Estoy desasosegado	0	1	2	3
14. Me siento muy «atado» (como oprimido)	0	1	2	3
15. Estoy relajado	0	1	2	3
16. Me siento satisfecho	0	1	2	3
17. Estoy preocupado	0	1	2	3
18. Me siento aturdido y sobreexcitado	0	1	2	3
19. Me siento alegre	0	1	2	3
20. En este momento me siento bien	0	1	2	3

## ANEXO 4.g)

### STAI A-R

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor **cómo se siente usted en general**, en la mayoría de las ocasiones.

No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa cómo se siente usted generalmente.

	0 Casi Nunca	1 A veces	2 A menudo	3 Casi siempre
21. Me siento bien	0	1	2	3
22. Me canso rápidamente	0	1	2	3
23. Siento ganas de llorar	0	1	2	3
24. Me gustaría ser tan feliz como otros	0	1	2	3
25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0	1	2	3
26. Me siento descansado	0	1	2	3
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada	0	1	2	3
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0	1	2	3
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0	1	2	3
30. Soy feliz	0	1	2	3
31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	0	1	2	3
32. Me falta confianza en mí mismo	0	1	2	3
33. Me siento seguro	0	1	2	3
34. No suelo afrontar las crisis o dificultades	0	1	2	3
35. Me siento triste (melancólico)	0	1	2	3
36. Estoy satisfecho	0	1	2	3
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0	1	2	3
38. Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos	0	1	2	3
39. Soy una persona estable	0	1	2	3
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tenso y agitado	0	1	2	3

## ANEXO 4.h)

### CRI

Por favor, a continuación describa algún problema o situación difícil que haya experimentado en relación a su asma bronquial durante los **ÚLTIMOS 12 MESES**<sup>1</sup> (por ejemplo, depender de la medicación, pasar vergüenza ante gente desconocida, interferencia del asma en la vida sexual, interferencia del asma en el descanso, etc.)

.....

.....

.....

.....

.....

### Parte I

Por favor responda las siguientes preguntas acerca del problema que ha descrito.

Marque con una "X" el casillero correspondiente según las opciones:

	Definitivamente NO	Principalmente NO	Principalmente SI	Definitivamen SI
1. ¿Alguna vez ha enfrentado un problema como este con anterioridad?				
2. ¿Supo que este problema estaba por ocurrir?				
3. ¿Tuvo suficiente tiempo para estar preparado para manejar este problema?				
4. Cuando este problema ocurrió, ¿lo pensó como una amenaza?				
5. Cuando este problema ocurrió, ¿lo pensó como un desafío?				
6. ¿Este problema fue causado por algo que hizo usted?				
7. ¿Este problema fue causado por algo que hizo algún otro?				
8. ¿Salió alguna cosa buena al tratar este problema?				
9. ¿Ha sido resuelto este problema o situación?				
10. Si este problema ha sido resuelto, ¿salió todo bien para usted?				

<sup>1</sup> En los seguimientos se indaga durante los últimos 3 meses

## ANEXO 4.h)

### Parte II

Por favor, piense nuevamente acerca del problema que ha descrito al comienzo del Inventario y responda las siguientes preguntas en conexión con éste.

Marque con una "X" el casillero correspondiente según las opciones:

	NO, nunca	SI, una o dos veces	SI, algunas veces	SI, casi siempre
1. ¿Pensó modos diferentes de tratar este problema?				
2. ¿Se dijo a sí mismo/a cosas para darse ánimos y sentirse mejor?				
3. ¿Habló con su pareja u otro familiar acerca del problema?				
4. ¿Hizo un plan de acción y lo siguió para resolver el problema?				
5. ¿Trató de olvidar todo el asunto?				
6. ¿Sintió que lo único que había que hacer es esperar, es decir, que el tiempo haría la diferencia?				
7. ¿Trató de ayudar a otros con un problema similar?				
8. ¿Se le agarró con otros cuando se sintió enojado/a o deprimido/a?				
9. ¿Trató de volver atrás la situación y ser más objetivo/a?				
10. ¿Se recordó a sí mismo/a que las cosas podrían haber sido peores?				
11. ¿Habló con un amigo acerca del problema?				
12. ¿Supo las cosas que debían hacerse, y se esforzó por hacerlas funcionar?				
13. ¿Trató de no pensar acerca del problema?				
14. ¿Se dio cuenta que no tenía el control sobre el problema?				
15. ¿Se involucró en nuevas actividades?				
16. ¿Corrió un riesgo e hizo algo arriesgado?				
17. ¿Repasó mentalmente lo que haría o diría para solucionar el problema?				
18. ¿Trató de ver el lado bueno de la situación?				
19. ¿Habló con un profesional (por ejemplo un doctor, un abogado, un sacerdote, un profesor, un entrenador o un terapeuta) sobre el problema?				
20. ¿Decidió qué hacer y se esforzó por conseguirlo?				
21. Mientras atravesaba el problema, ¿soñó despierto/a o imaginó un tiempo o lugar mejor?				

## ANEXO 4.h)

	NO, nunca	SI, una o dos veces	SI, algunas veces	SI, casi siemp
22. ¿Pensó que iba a ser el destino el que decidiera cómo saldrían las cosas?				
23. ¿Trató de hacer nuevos amigos mientras atravesaba el problema?				
24. ¿Se alejó de la gente en general?				
25. ¿Pensó acerca de cómo podrían llegar a salir las cosas?				
26. ¿Pensó que estaba en mejor situación que otras personas con problemas similares?				
27. ¿Buscó ayuda de personas o grupos con el mismo tipo de problema?				
28. ¿Trató de poner en práctica al menos dos modos diferentes de resolver el problema?				
29. ¿Dejó para más adelante el pensar sobre el problema, aunque sabía que tarde o temprano lo iba a tener que hacer?				
30. ¿Pensó que no podría hacerse nada, entonces lo aceptó?				
31. ¿Leyó más a menudo como una fuente de placer?				
32. ¿Despotricó o gritó para aflojar la tensión?				
33. ¿Trató de encontrar algún significado personal a la situación?				
34. ¿Trató de decirse a sí mismo/a que las cosas mejorarían?				
35. ¿Trató de descubrir más acerca de la situación?				
36. ¿Trató de aprender a hacer más cosas por usted mismo/a?				
37. ¿Deseó que el problema desapareciera o que de algún modo estuviera terminado?				
38. ¿Esperó el peor resultado posible?				
39. ¿Pasó más tiempo en actividades recreativas?				
40. ¿Lloró para dejar que sus sentimientos salieran?				
41. ¿Trató de anticipar las nuevas demandas que se le podrían presentar a partir de la situación problemática?				
42. ¿Pensó acerca de cómo este evento podría cambiar su vida para mejor?				
43. ¿Rezó pidiendo guía y/o fortaleza?				

## ANEXO 4.h)

	NO, nunca	SI, una o dos veces	SI, algunas veces	SI, casi siemp
44. ¿Tomó las cosas de cada día, una a una, de a un paso por vez?				
45. ¿Trató negar cuán serio era el problema realmente?				
46. ¿Perdió la esperanza de que las cosas volvieran a ser como antes?				
47. ¿Transformó la situación en trabajo u otra actividad para poder manejar las cosas?				
48. ¿Hizo algo que pensó que no funcionaría, pero al menos sentía que estaba haciendo algo?				

---

---

# CUESTIONARIO DE LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON ASMA CON ACTIVIDADES ESTANDARIZADAS (AQLQ(S))

---

---

## AUTOADMINISTRADO (SELF-ADMINISTERED) SPANISH VERSION FOR ARGENTINA (≥12 años)

© 2000  
QOL TECHNOLOGIES Ltd



Para más información dirijase a:

Elizabeth Juniper, MCSP, MSc  
Professor  
20 Marcuse Fields  
Bosham  
West Sussex  
PO18 8NA. UK.  
Telephone: + 44 (0) 1243 572124  
Fax: + 44 (0) 1243 573680  
E-mail: juniper@qoltech.co.uk  
www.qoltech.co.uk

This translation has been made possible through a  
grant from ASTRAZENECA R&D Lund  
Translated by MAPI RESEARCH INSTITUTE  
Senior Translator: Dr. Rodolfo Fahrer

© El cuestionario de la calidad de vida de pacientes con asma con actividades estandarizadas es propiedad intelectual registrada. No puede alterarse, venderse (en papel o en forma computarizada), traducirse o adaptarse por otro medio sin la autorización de Elizabeth Juniper.

SEPTIEMBRE 2000

## ANEXO 4.i)

CUESTIONARIO DE LA CALIDAD DE VIDA  
DE PACIENTES CON ASMA (S)  
(SPANISH FOR ARGENTINA)  
AUTOADMINISTRADO

IDENTIF. DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

PÁGINA 1 DE 6

Por favor, complete **todas** las preguntas marcando con un círculo el número que mejor describa cómo se ha sentido Ud. **durante las últimas 2 semanas debido a su asma.**

**DURANTE LAS ULTIMAS 2 SEMANAS, ¿CUAN LIMITADO/A HA ESTADO UD. PARA REALIZAR LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES DEBIDO A SU ASMA?**

	Totalmente limitado/a	Extrema- damente limitado/a	Muy limitado/a	Moderada- mente limitado/a	Un poco limitado/a	Casi nada limitado/a	Nada limitado/a
1. ACTIVIDADES AGOTADORAS (tales como darse prisa, hacer ejercicios, subir corriendo las escaleras, practicar deportes)	1	2	3	4	5	6	7
2. ACTIVIDADES MODERADAS (tales como caminar, hacer los quehaceres domésticos, jardinería, ir de compras, subir las escaleras)	1	2	3	4	5	6	7
3. ACTIVIDADES SOCIALES (como conversar, jugar con mascotas/niños, visitar amigos/parientes)	1	2	3	4	5	6	7
4. ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL TRABAJO/LA ESCUELA (tareas que Ud. debe realizar en el trabajo/en la escuela*)	1	2	3	4	5	6	7
*Si Ud. no está empleado/a o trabaja por su cuenta, éstas deben ser tareas que Ud. realiza casi todos los días .							
5. DORMIR	1	2	3	4	5	6	7

## ANEXO 4.i)

CUESTIONARIO DE LA CALIDAD DE VIDA  
DE PACIENTES CON ASMA (S)  
(SPANISH FOR ARGENTINA)  
AUTOADMINISTRADO

IDENTIF. DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

PÁGINA 2 DE 6

**DURANTE LAS ULTIMAS 2 SEMANAS, ¿CUANTO MALESTAR FISICO O EMOCIONAL HA SENTIDO?**

	Muchísimo	Mucho	Bastante	Moderado	Un poco	Casi nada	Nada
6. Durante las últimas 2 semanas, ¿cuánto malestar físico o emocional ha sentido debido a LA CERRAZON EN EL PECHO?	1	2	3	4	5	6	7

**EN GENERAL, DURANTE LAS ULTIMAS 2 SEMANAS, ¿CON QUE FRECUENCIA...**

	Siempre	Casi siempre	Gran parte del tiempo	Parte del tiempo	Poco tiempo	Casi nunca	Nunca
7. se ha sentido PREOCUPADO/A PORQUE TIENE ASMA?	1	2	3	4	5	6	7
8. ha sentido FALTA DE AIRE debido a su asma?	1	2	3	4	5	6	7
9. ha tenido síntomas de asma por EL HUMO DEL CIGARRILLO?	1	2	3	4	5	6	7
10. ha sentido un SILBIDO O CHIFLIDO EN EL PECHO?	1	2	3	4	5	6	7
11. le ha parecido que tenía que EVITAR UNA SITUACION O LUGAR POR EL HUMO DEL CIGARRILLO?	1	2	3	4	5	6	7

## ANEXO 4.i)

CUESTIONARIO DE LA CALIDAD DE VIDA  
DE PACIENTES CON ASMA (S)  
(SPANISH FOR ARGENTINA)  
AUTOADMINISTRADO

IDENTIF. DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

PÁGINA 3 DE 6

**DURANTE LAS ULTIMAS 2 SEMANAS, ¿CUANTO MALESTAR FISICO O EMOCIONAL HA SENTIDO?**

	Muchísimo	Mucho	Bastante	Moderado	Un poco	Casi nada	Nada
12. Durante las últimas 2 semanas, ¿cuánto malestar físico o emocional ha sentido debido a LA TOS?	1	2	3	4	5	6	7

**EN GENERAL, DURANTE LAS ULTIMAS 2 SEMANAS, ¿CON QUE FRECUENCIA...**

	Siempre	Casi siempre	Gran parte del tiempo	Parte del tiempo	Poco tiempo	Casi nunca	Nunca
13. se ha sentido FRUSTRADO/A debido a su asma?	1	2	3	4	5	6	7
14. ha tenido una SENSACIÓN DE PESO en el pecho?	1	2	3	4	5	6	7
15. se ha sentido PREOCUPADO/A POR LA NECESIDAD DE USAR MEDICAMENTOS para su asma?	1	2	3	4	5	6	7
16. ha sentido la necesidad de CARRASPEAR O ACLARARSE LA GARGANTA?	1	2	3	4	5	6	7
17. ha tenido síntomas de asma POR ESTAR EN CONTACTO CON EL POLVO?	1	2	3	4	5	6	7
18. ha tenido DIFICULTAD PARA TOMAR EL AIRE Y SOLTAR EL AIRE, debido a su asma?	1	2	3	4	5	6	7

## ANEXO 4.i)

CUESTIONARIO DE LA CALIDAD DE VIDA  
DE PACIENTES CON ASMA (S)  
(SPANISH FOR ARGENTINA)  
AUTOADMINISTRADO

IDENTIF. DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

PÁGINA 4 DE 6

EN GENERAL, DURANTE LAS ULTIMAS 2 SEMANAS, ¿CON QUE FRECUENCIA...

	Siempre	Casi siempre	Gran parte del tiempo	Parte del tiempo	Poco tiempo	Casi nunca	Nunca
19. HA EVITADO UNA SITUACION O LUGAR POR EL POLVO?	1	2	3	4	5	6	7
20. SE HA DESPERTADO POR LA MAÑANA CON SINTOMAS DE ASMA?	1	2	3	4	5	6	7
21. ha tenido MIEDO DE NO TENER SU REMEDIO PARA EL ASMA A MANO?	1	2	3	4	5	6	7
22. le ha molestado RESPIRAR CON DIFICULTAD?	1	2	3	4	5	6	7
23. ha tenido síntomas de asma DEBIDO AL ESTADO DEL TIEMPO O A LA CONTAMINACION DEL AIRE?	1	2	3	4	5	6	7
24. su asma lo/la ha DESPERTADO POR LA NOCHE?	1	2	3	4	5	6	7
25. HA EVITADO SALIR O HA LIMITADO SUS SALIDAS POR EL ESTADO DEL TIEMPO O LA CONTAMINACION DEL AIRE?	1	2	3	4	5	6	7

## ANEXO 4.i)

CUESTIONARIO DE LA CALIDAD DE VIDA  
DE PACIENTES CON ASMA (S)  
(SPANISH FOR ARGENTINA)  
AUTOADMINISTRADO

IDENTIF. DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

PÁGINA 5 DE 6

**EN GENERAL, DURANTE LAS ULTIMAS 2 SEMANAS, ¿CON QUE FRECUENCIA...**

	Siempre	Casi siempre	Gran parte del tiempo	Parte del tiempo	Poco tiempo	Casi nunca	Nunca
26. ha tenido síntomas de asma POR ASPIRAR OLORES O PERFUMES FUERTES?	1	2	3	4	5	6	7
27. ha tenido MIEDO DE QUEDARSE SIN AIRE O SIN RESPIRACION?	1	2	3	4	5	6	7
28. HA EVITADO UNA SITUACION O LUGAR POR LOS OLORES O PERFUMES FUERTES?	1	2	3	4	5	6	7
29. su asma le ha IMPEDIDO DORMIR BIEN?	1	2	3	4	5	6	7
30. ha tenido la sensación DE ESTAR LUCHANDO PARA RESPIRAR?	1	2	3	4	5	6	7

## ANEXO 4.i)

CUESTIONARIO DE LA CALIDAD DE VIDA  
DE PACIENTES CON ASMA (S)  
(SPANISH FOR ARGENTINA)  
AUTOADMINISTRADO

IDENTIF. DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

PÁGINA 6 DE 6

### ¿CUANTO LO/LA HA LIMITADO SU ASMA DURANTE LAS ÚLTIMAS 2 SEMANAS?

	La mayoría	Muchas	Varias	Algunas	Muy pocas	Casi ninguna	Ninguna (es decir, he hecho todas las actividades que quería)
<p>31. Piense en LA TOTALIDAD DE LAS ACTIVIDADES que le hubiera gustado hacer durante las últimas 2 semanas. ¿Cuántas de estas actividades ha dejado de hacer debido a su asma?</p>	1	2	3	4	5	6	7

	Totalmente	Muchísimo	Mucho	Moderado	Un poco	Casi nada	Nada
<p>32. En general, entre TODAS LAS ACTIVIDADES que usted ha hecho durante las últimas 2 semanas, ¿cuánto lo/la ha limitado su asma?</p>	1	2	3	4	5	6	7

#### CLAVE DE LOS DOMINIOS:

**Síntomas:** 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20, 22, 24, 29, 30  
**Limitación de actividades:** 1, 2, 3, 4, 5, 11, 19, 25, 28, 31, 32  
**Función emocional:** 7, 13, 15, 21, 27  
**Estímulos ambientales.:** 9, 17, 23, 26

## ANEXO 4.j

### Entrevista semiestructurada de evaluación cualitativa para muestra experimental. POST INTERVENCIÓN

Paciente:  
Evaluador:

Fecha comienzo de Programa:  
Fecha de entrevista:

*Para nosotros es muy importante conocer cuál ha sido su experiencia con el Programa CV-Asma, por este motivo le voy a hacer algunas preguntas. La idea es que vayamos conversando sobre estos temas, y le propongo que me comente todo aquello que considere necesario al respecto para poder valorar su participación.*

#### Sintomatología:

Durante el transcurso del Programa:

- Tuvo alguna crisis asmática

NO

SI  ¿Cuántas? \_\_\_\_\_

Fechas (aproximadas) \_\_\_\_\_ Intensidades (1-10): \_\_\_\_\_

- ¿Tuvo que concurrir a la guardia (visitas de emergencia) por sus síntomas?

NO

SI  ¿Cuántas veces? \_\_\_\_\_

Fechas (aproximadas) \_\_\_\_\_

- ¿Tuvo hospitalizaciones debidas al asma?

NO

SI  ¿Cuántas? \_\_\_\_\_

#### Programa:

1) ¿Cómo le resultó participar del Programa del CV-Asma?

---

---

---

2) ¿Le parece que lo/a ha ayudado en algún sentido?

NO

SI  ¿En qué sentido lo/a ayudó?

---

---

---

## ANEXO 4.j

3) a) ¿Qué recuerda de los temas que estuvieron trabajando?

---

---

---

3) b) De los temas trabajados y las actividades realizadas ¿cuáles le resultaron más útiles?

---

---

---

¿Por qué?

---

---

---

3) c) Acá tengo una lista con todos los temas y actividades que han formado parte del programa,. Le pido que señale con una cruz cuál o cuáles de ellos le ha/n resultado de utilidad.

(Entregar ANEXO ITEM 3)

A medida que el paciente señala los temas se le pregunta: ¿en qué sentido le resultó útil..... (tema/estrategia destacada por el paciente)?

4) ¿Cómo le resultó realizar las tareas inter-sesión todas las semanas?

POSITIVO  ¿Por qué? \_\_\_\_\_

NEGATIVO  ¿Por qué? \_\_\_\_\_

INDISTINTO  ¿Por qué? \_\_\_\_\_

5) ¿Le resultó útil contar con el Cuadernillo del Paciente<sup>1</sup> ?

Sí, me ayudó  ¿Por qué? \_\_\_\_\_

No, no me ayudó  ¿Por qué? \_\_\_\_\_

Fue indistinto  ¿Por qué? \_\_\_\_\_

6) Si tuviera que valorar el Programa CV-Asma del 1 al 10 ¿qué calificación le daría en cuanto a:

- Relación con profesional/es a cargo del programa: \_\_\_\_
- Contenidos: \_\_\_\_
- Extensión y frecuencia: \_\_\_\_
- Lugar de realización: \_\_\_\_
- Valoración global / general: \_\_\_\_

<sup>1</sup> Carpeta color amarillo donde guardaban las tareas inter-sesión y el material entregado en cada sesión

## ANEXO 4.j

7) ¿Propondría algún cambio para el Programa? (Contenidos, duración de las sesiones, frecuencia, cantidad de encuentros)

NO

SI  ¿Qué le cambiaría? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8) ¿Se cumplieron sus expectativas con respecto al Programa? Es decir ¿encontró lo que usted pensó que iba a recibir?

NO  ¿Por qué? \_\_\_\_\_

SI  ¿En qué grado del 1 al 10? \_\_\_\_\_

9) ¿Cómo le resultó trabajar de la manera que lo hizo? (sesiones estructuradas, objetivos y contenidos específicos para cada sesión, rol activo del paciente y del terapeuta, etc.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

10) a) ¿Tuvo que faltar alguna vez a los encuentros de CV-Asma debido a que:

- estaba enfermo/a (con gripe o resfríos)?
- tenía muchos síntomas de asma? y/ó
- tuvo que quedarse en su hogar para no exponerse a condiciones climáticas desfavorables para su asma?

NO  Si algo de esto hubiese pasado y no hubiese podido salir de su casa (pasar a 10b)

SI  En esos casos... (pasar a 10b)

10) b) ¿piensa que hubiese sido una alternativa útil incluir atención domiciliaria? Es decir, que el terapeuta se traslade a su hogar y tengan allí el encuentro del CV-Asma, y así no discontinuar la frecuencia semanal de los encuentros? (Consignar reacción del paciente ante esta posibilidad: sorpresa, rechazo, aceptación, etc.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

11) ROTULACION ACTUAL DE LA ENFERMEDAD y LA CV.  
Explorar si se perciben cambios a partir del Programa

- ¿Qué significado tiene para usted el asma actualmente?
  
- ¿Cómo percibe/valora su calidad de vida hoy?

## ANEXO 4.j

### ANEXO ITEM 3) para paciente

#### Principales temas trabajados y actividades realizadas en el Programa Cv-Asma

Información sobre Asma

Comprender las relaciones entre factores biológicos, psicológicos y sociales

Comprender cómo se relaciona lo que pensamos con lo que sentimos y hacemos

Completar autorregistros sobre pensamientos automáticos, emociones y conductas

Identificación de distorsiones cognitivas (sesgos/errores de nuestros pensamientos)

Estrategias de afrontamiento

Técnica de resolución de problemas

Habilidades de tolerancia al malestar

(distrarse, confortarse con los sentidos, mejorar el momento, analizar pros y contras)

Comunicación de las emociones. Asertividad

Habilidades para generar emociones positivas

Evaluar la propia calidad de vida actual y la calidad de vida deseada

Estrategias para plantearse y alcanzar metas a mediano

y a largo plazo para mejorar la calidad de vida

Otros  ¿Cuáles?

---

---

---

## ANEXO 4.k)

### Entrevista semiestructurada de evaluación cualitativa para muestra experimental. SEGUIMIENTO A 3 Y 6 MESES

Paciente:  
Evaluador:

Fecha de última evaluación:  
Fecha de entrevista:

*Para nosotros es muy importante conocer cómo se ha sentido durante estos meses posteriores a la finalización del Programa y saber si el haber participado en el Programa CV-Asma le ha sido de ayuda. Por ese motivo a continuación le voy a hacer algunas preguntas. La idea es que vayamos conversando sobre estos temas, y le propongo que me comente todo aquello que considere necesario al respecto para poder valorar su participación.*

#### Sintomatología:

Durante los últimos 3 meses:

- Tuvo alguna crisis asmática

NO

SI  ¿Cuántas? \_\_\_\_\_

Fechas (aproximadas) \_\_\_\_\_ Intensidades (1-10): \_\_\_\_\_

- ¿Tuvo que concurrir a la guardia (visitas de emergencia) por sus síntomas?

NO

SI  ¿Cuántas veces? \_\_\_\_\_

Fechas (aproximadas) \_\_\_\_\_

- ¿Tuvo hospitalizaciones debidas al asma?

NO

SI  ¿Cuántas? \_\_\_\_\_

#### Psicoterapia:

- Durante los últimos 3 meses ¿comenzó algún tratamiento psicológico?

NO

SI  Indagar motivo de consulta y su posible relación con el proceso realizado en el CV-Asma

---

---

Durante los últimos 3 meses ¿comenzó algún tratamiento psiquiátrico?

NO

SI  Indagar motivo de consulta

---

---

## ANEXO 4.k)

### Programa:

1) Durante los últimos 3 meses ¿retomó el Cuadernillo del Paciente<sup>1</sup> ?

NO  ¿Por qué le parece que no lo hizo?

Si al paciente le cuesta responder dar opciones: falta de tiempo, pensar que no iba a servir, olvido, desinterés, etc.

SI  ¿Qué tema/s retomó? \_\_\_\_\_  
¿Qué le aportó, en qué le fue útil? \_\_\_\_\_

2) Durante los últimos 3 meses ¿tuvo alguna situación conflictiva que le generó tensión o malestar?

NO

SI  ¿Qué hizo ante esto? \_\_\_\_\_

¿Algo de lo trabajado durante el Programa le fue útil ante esta situación de tensión/malestar?

¿Qué?

A continuación le voy a nombrar otras habilidades/estrategias que estuvieron trabajando en el Programa Usted utilizó alguna de ellas frente a esta situación de tensión o malestar que me comentaba [Nombrarle sólo aquellas que el paciente no señaló anteriormente]

- ¿Intentó identificar sus emociones y pensamientos automáticos? NO  SI
- ¿Intentó identificar distorsiones en sus pensamientos y buscar pensamientos alternativos? NO  SI
- ¿Intentó aplicar el formulario de resolución de problemas? NO  SI
- ¿Intentó usar estrategias de afrontamiento<sup>2</sup> diferentes a las que venía utilizando? NO  SI   
¿Cuáles?
- ¿Intentó usar habilidades para tolerar el malestar/tensión<sup>3</sup> que sentía? NO  SI   
¿Cuáles?
- ¿Intentó aumentar las actividades placenteras? NO  SI
- ¿Intentó evaluar su calidad vida actual y la deseada? NO  SI

<sup>1</sup> Carpeta color amarillo donde guardaban las tareas inter-sesión y el material entregado en cada sesión

<sup>2</sup> Si el paciente no recuerda qué eran las estrategias de afrontamiento, guiar con ejemplos:  
¿Trató de analizar lógicamente la situación? (Análisis lógico)  
¿Intentó ver el lado positivo de lo que le estaba pasando? (Revalorización positiva)  
¿Buscó apoyo en algún familiar, amigo o profesional? (Búsqueda de apoyo y/u orientación)  
¿Trató de no pensar en el problema? (Evitación cognitiva)  
¿Trató de aceptar o resignarse ante lo que estaba pasando? (Aceptación/resignación)  
¿Trató de "darse algún gusto" para compensar lo que estaba sucediendo? (Búsqueda de gratificaciones alternativas)  
¿Lloró, gritó o vociferó para disminuir la tensión ante esta situación? (Descarga emocional)

<sup>3</sup> Si el paciente no recuerda cuáles eran las habilidades de tolerancia al malestar recordarles las "tarjetas de apoyo" (esas tarjetas que ponían en un lugar visible para tenerlas presente en el momento que surgiera una situación de tensión) donde ellos habían elegido alguna actividad para: a) distraerse, b) confortarse con los sentidos, c) buscar alguna estrategia para mejorar el momento, y/o c) analizar pro y contras de la situación.

## ANEXO 4.k)

NO utilizó ninguna habilidad/estrategia

¿Por qué le parece que no lo hizo?

---

---

Si al paciente le cuesta responder dar opciones: pensar que no iba a servir, pensar que no sabría como llevarlas a cabo, olvido, desinterés, etc.).

3) Ahora que han pasado algunos meses desde que finalizaron las sesiones, si tuviera que valorar nuevamente el Programa CV-Asma del 1 al 10 ¿qué calificación le pondría en cuanto a?:

- Relación con profesional/es a cargo del programa: \_\_\_\_
- Contenidos: \_\_\_\_
- Extensión y frecuencia: \_\_\_\_
- Lugar de realización: \_\_\_\_
- Valoración global / general: \_\_\_\_

4.a) A continuación le proponemos completar un gráfico de calidad de vida similar al que completó en una de las últimas sesiones (Ver sesión 13). Marcar con un punto la calificación que le pondría a cada uno de los aspectos de su vida actual. El 0 significa nada de satisfacción/conformidad en esa área de su vida y 10 significa total satisfacción/conformidad. Luego una los puntos entre sí para que quede marcado el perfil de su calidad de vida.

4.b) ¿Hay algún aspecto de su calidad de vida que está por debajo de lo que usted desea?

NO  ¿Qué piensa que lo/a ayuda a mantener la calidad de vida en un nivel satisfactorio para usted?

---

---

---

SI  ¿Qué cosas piensa que influyen para que estos aspectos estén por debajo de lo que usted desea?

---

---

---

4.c) ¿Le parece que usted puede hacer algo para mejorar su calidad de vida?

NO

SI  ¿Qué?

---

---

5) ROTULACION ACTUAL DE LA ENFERMEDAD.

Explorar si se perciben cambios a partir del Programa

- ¿Qué significado tiene para usted el asma actualmente?