

PIPS-A: un programa de intervención psicosocial protocolizado para pacientes con asma bronquial

Autores: Lic. María Paola Fasciglione. Dra. Claudia E. Castañeiras

Mails: paolafasciglione@gmail.com, claudiamdq@gmail.com

Institución: CONICET (Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas) Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Psicología

Resumen

El asma bronquial es una enfermedad inflamatoria crónica de las vías aéreas respiratorias, caracterizada por episodios recurrentes de sibilancias, disnea, opresión torácica, tos y secreciones. La prevalencia de esta enfermedad respiratoria está aumentando en todo el mundo (World Health Organization [WHO], 2004). En la actualidad se sabe que los mecanismos que conducen al desarrollo y expresión del asma, comprometen complejas interacciones entre genes y entre éstos y factores ambientales. A pesar de los importantes avances en el abordaje farmacológico de esta afección, aún no se dispone de un tratamiento curativo, por lo cual el objetivo principal de todo abordaje es el control de la enfermedad y la optimización de la calidad de vida de los pacientes (Global Initiative for Asthma [GINA], 2006, 2008; National Heart, Lung and Blood Institute [NHLBI], 2007). En este sentido durante las últimas décadas en diferentes partes del mundo se están implementando y evaluando programas de intervención psicosocial complementarios a los tratamientos médicos convencionales (Vázquez & Buceta, 1996; Arias Diaz, Pernas Gómez & Martín, 1998; Gallefoss, Bakke & Kjaersgaard, 1999; Lehrer, Smetankin & Putapova, 2000; Rietveld, Everaerda & van Beestb, 2000; Grover, Kumaraiah, Prasadrao & D'souza, 2002; Gibson & Powell, 2004; Ross, Davis & MacDonald, 2005). Sin embargo, en Argentina no se han reportado investigaciones controladas sobre este tema. El presente trabajo forma parte de una investigación empírica que se desarrolla en la actualidad como respuesta a este área vacante en nuestra región. El objetivo de esta exposición es presentar un Programa protocolizado de Intervención Psicosocial diseñado especialmente para pacientes adultos y adolescentes con diagnóstico clínico de asma bronquial (PIPs-A). El objetivo del PIPs-A es potenciar y complementar los tratamientos médico-farmacológicos para el asma, y mejorar el bienestar psicofísico y la calidad de vida de los pacientes. El Programa consiste en 12 sesiones estructuradas de frecuencia semanal, y puede ser

aplicado en dispositivos grupales e individuales. Su estructura y sus contenidos están basados en los postulados del modelo biopsicosocial (que comprende la salud y a la enfermedad como parte de un proceso multideterminado por factores biológicos, psicológicos y sociales) y en los principios de la psicoterapia cognitivo-comportamental (un procedimiento activo, directivo, estructurado 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). El Programa está estructurado en seis módulos que corresponden a los grandes ejes temáticos a trabajar: a) Presentación del PIPs-A y psicoeducación (sesiones 1 y 2); b) significados y experiencia con la enfermedad e identificación de las relaciones pensamientos-emociones-conductas asociadas (sesiones 3, 4 y 5); c) afrontamiento del estrés (sesiones 6 y 7); d) regulación emocional (sesiones 8 y 9); e) optimización de la calidad de vida (sesión 10) y f) prevención de recaídas (sesiones 11 y 12). El desarrollo y el diseño del Programa se realizaron a partir de estudios empíricos previos sobre intervenciones psicosociales para otros trastornos psíquicos o físicos e intervenciones de este tipo específicamente diseñadas para pacientes con asma. Al momento de esta presentación, si bien el Programa de Intervención Psicosocial para pacientes con asma se encuentra aún en etapa experimental, aporta elementos suficientes que constituyen un aporte clínico para el abordaje integral de esta población clínica.

Palabras clave: Asma bronquial - Intervención Psicosocial – Programa protocolizado – Adultos/adolescentes

Introducción

El asma bronquial es una enfermedad inflamatoria crónica de las vías aéreas respiratorias caracterizada por la infiltración de la mucosa por células inmunes e inflamatorias. La inflamación genera un aumento de la hiperreactividad bronquial frente a distintos estímulos (humos, irritantes, frío, niebla, ejercicio, factores psicoemocionales y estrés) provocando episodios recurrentes de sibilancias, disnea, opresión torácica, tos y secreciones. Estos episodios se asocian a una obstrucción generalizada en el flujo aéreo pulmonar, que es parcial o totalmente reversible de forma espontánea o con tratamiento. En la actualidad se sabe que los mecanismos que conducen al desarrollo y expresión del asma, comprometen complejas interacciones entre genes y entre éstos y factores ambientales (Global

Initiative for Asthma [GINA], 2006, 2008; National Heart, Lung and Blood Institute [NHLBI], 2007).

En las últimas décadas la frecuencia de esta afección ha aumentando en todo el mundo (World Health Organization [WHO], 2004). A pesar de los importantes avances en el abordaje farmacológico de esta afección, aún no se dispone de un tratamiento curativo, por lo cual el objetivo principal de todo abordaje es el control de la enfermedad y la optimización de la calidad de vida de los pacientes (NHLBI, 2007; GINA, 2008). En este sentido durante las últimas décadas en diferentes partes del mundo se están implementando y evaluando programas de intervención psicosocial complementarios a los tratamientos médicos convencionales (Vázquez & Buceta, 1996; Arias Diaz, Pernas Gómez & Martín, 1998; Gallefoss, Bakke & Kjaersgaard, 1999; Lehrer, Smetankin & Putapova, 2000; Rietveld, Everaerda & van Beestb, 2000; Grover, Kumaraiah, Prasadrao & D'souza, 2002; Gibson & Powell, 2004; Ross, Davis & MacDonald, 2005). Sin embargo, en Argentina no se han reportado investigaciones controladas sobre este tema. Por este motivo se considera que el diseño y la evaluación de eficacia de programas de intervención psicosocial específicos para esta población clínica, tiene una prioridad asistencial en nuestra región. El presente trabajo forma parte de una investigación empírica en esta dirección que se está desarrollando en la actualidad y el objetivo de esta exposición es presentar el diseño de un Programa protocolizado de Intervención Psicosocial para pacientes adultos y adolescentes con asma bronquial (PIPs-A) particularmente en lo referido a:

- a) Objetivo general del programa
- b) Principios clínicos generales en los que se sustenta
- c) Población a la que está dirigido
- d) Duración y frecuencia
- e) Estructura del programa
- f) Organización de las sesiones
- g) Condiciones de aplicación (dispositivo grupal vs. individual)

Objetivo general del programa

El objetivo del PIPs-A es potenciar y complementar los tratamientos médico-farmacológicos para el asma bronquial, y mejorar el bienestar psicofísico y la calidad de vida de los pacientes con asma.

Este objetivo está sustentado en los postulados del modelo biopsicosocial (que considera la interdependencia entre los factores biológicos, psicológicos y

sociales), y en las investigaciones de los últimos años que han demostrado la función moduladora de diversos factores psicosociales en la evolución de esta enfermedad respiratoria (Vázquez & Buceta, 1996; Fasciglione & Castañeiras, 2007). Estos datos sugieren que si se trabaja terapéuticamente con estos factores, se podría optimizar el estatus de salud y la calidad de vida de los pacientes.

Principios clínicos generales en los que se sustenta

La intervención psicosocial es un dispositivo que busca generar cambios en distintos niveles de la dimensión psíquica y de impacto social del individuo, 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 PIPs-A fue diseñado a partir de los principios de la terapia cognitivo-comportamental (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, 2005). Según consideraciones de Aaron Beck (2005) y Judith Beck (1995), los principios de la TCC se podrían sintetizar de la siguiente manera:

- a) Formulación dinámica del paciente y sus problemas en términos cognitivos: implica identificar la naturaleza de las relaciones entre pensamientos, emociones y comportamientos implicados en la condición clínica.
- b) Establecimiento de una sólida alianza terapéutica
- c) 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 de las sensaciones que condujeron a su problema e investigar sus pensamientos automáticos y creencias disfuncionales asociados.
- d) Foco en el presente: las intervenciones se centran en el “aquí y ahora”. Se atiende a situaciones pasadas sólo cuando éstas pudieran ser significativas para el abordaje de problemáticas actuales.

f) 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.

g) Existencia de una amplia variedad de técnicas para la identificación, reflexión, confrontación y cambio de pensamientos, emociones y comportamientos disfuncionales.

Población a la que está dirigido

El PIPs-A está diseñado para ser aplicable a pacientes adolescentes (15 a 20 años) y adultos (21 en adelante) con diagnóstico clínico de asma bronquial *parcialmente controlada o no controlada* según los criterios de la GINA (2008).

La población asmática se caracteriza por su heterogeneidad, principalmente en lo que respecta a las manifestaciones clínicas según sea la severidad del paciente. Por este motivo, se considera que las intervenciones deben ajustarse a estas diferencias, ya que las problemáticas y necesidades de pacientes con asma controlada no serán las mismas de quienes 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 dirigida el PIPs-A que se presenta.

En otro orden de cosas debe destacarse que el deterioro de las facultades mentales superiores y/o la presencia de psicopatología grave son criterios de exclusión para la participación en este programa.

Duración y frecuencia

El Programa está organizado en diez sesiones con frecuencia semanal y dos sesiones quincenales de prevención de recaídas; por lo cual el PIPs-A se desarrolla durante tres meses y medio. Todos los encuentros tendrán una duración de 1 hora en el caso de las intervenciones individuales, y de 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 efectividad en psicoterapia y sobre tratamientos cognitivo-conductuales manualizados (Turner et al, 1995 citado en Echeburúa & de Corral, 2001; Caballo, 2002).

Estructura del programa

El PIPs-A está constituido por seis módulos que corresponden a los grandes ejes temáticos a trabajar:

- a) Presentación del PIPs-A y psicoeducación (sesiones 1 y 2).
- b) Significados y experiencia personal con la enfermedad e identificación de las relaciones pensamientos-emociones-conductas asociadas (sesiones 3, 4 y 5)
- c) Afrontamiento del estrés (sesiones 6 y 7)
- d) Regulación emocional **[1]** (sesiones 8 y 9)
- e) Optimización de la calidad de vida (sesión 10)
- f) Prevención de recaídas (sesiones 11 y 12)

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) tareas inter-sesión (autoregistros, lectura de bibliografía indicada, experimentos conductuales, entre otras).

Para cada sesión fue diseñada una “Guía para el terapeuta” y una “Guía para el paciente”. En las guías del terapeuta se describen los objetivos específicos del encuentro, la secuencia de las actividades a desarrollar para alcanzar los objetivos, y las técnicas a utilizar.

Las guías para el paciente consisten en: un dossier en el que se resumen los aspectos más importantes de la sesión, una hoja con las consignas, y las planillas de autoregistro para las tareas inter-sesión. Asimismo se anexan algunas hojas donde los pacientes podrán tomar las notas que crean necesarias durante el encuentro. Las guías del paciente son colocadas en un “Cuadernillo del Paciente” que es entregado en el primer encuentro y que se debe traer a cada sesión.

Condiciones de aplicación

El PIPs-A admite formatos de aplicación para dispositivos grupales e individuales. La estructura y los contenidos de las sesiones en cuanto a los principios que las regulan son equivalentes, las diferencias se presentan en el modo de implementación de algunos recursos técnicos para abordar los contenidos, con el

objetivo de potenciar los beneficios de uno u otro dispositivo y atender a las necesidades específicas. De hecho, este fue uno de los motivos que se consideró al establecer las dos condiciones experimentales para poder evaluar su eficacia diferencial.

Si bien este Programa de Intervención Psicosocial para pacientes con asma bronquial está en etapa experimental, los datos preliminares indican que puede constituir un aporte significativo para el abordaje integral de esta población clínica. En este sentido, 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 del asma bronquial. Asimismo, y en concordancia con Echeburúa & de Corral (2001) destacamos la importancia que deberían adquirir en la práctica psicoterapéutica los tratamientos basados en la evidencia. Para que ello suceda es necesario el diseño, la aplicación controlada y la evaluación de programas para su posterior difusión. El presente trabajo intenta formar parte de este proceso deseable para cualquier tratamiento que aspire a aplicarse y obtener resultados válidos.

Notas

1. Regulación emocional hace referencia a un conjunto de habilidades para manejar los estados anímicos, particularmente aquellos que pudieran tener impacto sobre procesos fisiológicos. Ejemplos de éstos son la ansiedad o los síntomas depresivos.

Bibliografía

- 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.
- Barlow, D. (2004). Psychological Treatments. *American Psychologist*, 59(9), 869-878.
- Beck, J. (1995). *Terapia cognitiva. Conceptos básicos y profundización*. Barcelona: Gedisa
- Beck, A., Rush, A.J., Shaw, B.F. & Emery, G. (2005). *Terapia cognitiva de la depresión*. (16°ed.). Bilbao: Desclée De Brouwer.

- Caballo, V.E. (2002). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. (2°ed.). Madrid: Siglo XXI de España Editores.
- 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.
- Fasciglione, M.P. & Castañeiras, C.E. (2007). Asma bronquial hoy: una perspectiva psicosocial. *Archivos de Alergia e Inmunología Clínica*, 38 (1), 12-18.
- 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. *Am. J. Respir Crit. Care Med*, 159 (3), 812-817.
- Gibson, P.G. & Powell, H. (2004). Written actions plans for asthma: an evidence-based review of the key components. *Thorax*, 59, 94-99.
- *Global Strategy for Asthma Management and Prevention*, Global Initiative for Asthma (GINA) 2008. Disponible en: <http://www.ginasthma.org>.
- Grover, N., Kumaraiah, V., Prasadrao, P.S. & D'souza, G. (2002). Cognitive behavioural intervention in bronchial asthma. *Journal Assoc Physicians India*, 50, 896-900.
- Iniciativa Global por el Asma. Estrategia Global para la Prevención y Manejo del Asma (GINA) 2006. Disponible en: <http://www.ginasthma.org>.
- Korta Murua J. et al. (2007). La educación terapéutica en el asma. *Anales de Pediatría*, 66(5), 496-517.
- 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.
- 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. Disponible en: <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/asthma/>
- Oblitas, L.A. (2006). *Psicología de la Salud y Calidad de Vida*. (2°ed.). México: Thomson International

- Rietveld, S., Everaerda, W. & van Beestb, I. (2000). Excessive breathlessness through emotional imagery in asthma. *Behaviour Research and Therapy* 38(10), 1005-1014.
- 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. *Clin Nurs Res*, 14(2), 131-157.
- Vázquez, M.I. & Buceta J.M. (1996). *Tratamiento Psicológico del Asma Bronquial*. Madrid: Pirámide.
- World Health Organization (2004). Practical Approach to Lung Health. Respiratory Care in Primary Care Services- a survey in 9 countries. Geneva: WHO, p.3.