

**DISEÑO E IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO DE
INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA PACIENTES QUE
PRESENTAN ENFERMEDADES PULMONARES CRÓNICAS
PERTENECIENTES AL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN
PULMONAR DEL INSTITUTO NEUMOLÓGICO DEL
ORIENTE S.A.**

MARÍA FERNANDA MARTÍNEZ VARGAS



UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA

ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

BUCARAMANGA

2011

**DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE
INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA PACIENTES QUE
PRESENTAN ENFERMEDADES PULMONARES CRÓNICAS
PERTENECIENTES AL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN
PULMONAR DEL INSTITUTO NEUMOLÓGICO DEL
ORIENTE S.A.**

MARÍA FERNANDA MARTÍNEZ VARGAS

Psicóloga Pasante

Esp. LUZMAR QUINTERO DELGADO

Asesora de Pasantía

UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA

ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES

FACULTAD DE PSICOLOGIA

2011

NOTA DE ACEPTACIÓN: _____

PRESIDENTE DEL JURADO: _____

JURADO 1: _____

FLORIDABLANCA, _____

Agradecimientos y Dedicatoria

Primero agradecer a Dios por ofrecerme las facultades necesarias para mi desarrollo personal y profesional, por haberme guiado por este camino de metas y logros cumplidos.

Agradecer a mis padres y mi familia quienes con su amor acompañaron mi proceso de desarrollo, me apoyaron en todas las etapas de la vida y me enseñaron la importancia del amor, el respeto, la responsabilidad, el compromiso y la entrega por lo que queremos realizar.

Agradecer a mi hijo por acompañarme en este proceso educativo, porque desde que lo sentí en mí por primera vez, supe que se convertiría en mi fuente de inspiración y fortaleza para desempeñarme en la vida, ahora soy una mejor persona gracias a él.

Agradecer al Instituto Neumológico del Oriente S.A. y a todas las personas que conforman esta linda familia, porque me dieron la oportunidad de escalar un peldaño más en mi carrera profesional. A Karen Aceros porque con paciencia y esmero me guio por un camino profesional, compartiendo conmigo conocimientos de su experiencia profesional.

A mi novio, familiares por ser parte de mi vida y por compartir conmigo este gran logro, gracias.

María Fernanda Martínez Vargas

Pasante de Psicología

2011

Tabla De Contenido

Resumen.....	8
Abstract.....	9
Introducción.....	10
Justificación.....	11
Objetivos General y Específicos.....	14
Contextualización de la Institución.....	15
Referente Conceptual.....	16
Metodología.....	30
Diseño.....	30
Población/Muestra.....	30
Instrumentos.....	30
Procedimiento.....	31
Resultados.....	34
Discusión.....	41
Conclusiones.....	45
Sugerencias y Recomendaciones.....	47
Referencias Bibliográficas.....	48
Anexos.....	51

Índice de Tablas

Tabla 1: Datos Socio-demográficos de los Pacientes de Rehabilitación Pulmonar.....	34
Tabla 2: Enfermedades Pulmonares Crónicas.....	35

Índice de Gráficos.

Gráfico 1: Distribución Porcentual por Edades.....	35
Gráfico 2: Enfermedades Pulmonares Crónicas (Porcentajes).....	36
Gráfico 3: Factores de Riesgo para el Desarrollo de la EPOC.....	36
Gráfico 4: Implementación del Protocolo de Intervención Psicológica.....	37
Gráfico 5: Resultados de la Escala de Zung, Pacientes con Valoración Inicial y Final.....	38
Gráfico 6: Resultados Escala de Zung, Pacientes con Valoración Final.....	39
Gráfico 7: Resultados Escala de Zung, Valoración Inicial.....	39
Gráfico 8: Comparación Resultados Escala de Zung, Pre y Pos de la Implementación del Protocolo de Intervención Psicológica.....	40

Índice de Anexos

Anexo 1: Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung (SDS) (Zung, 1965).....	52
Anexo 2: Evaluación de Conciencia de Enfermedad y Autocuidados (Lista de Chequeo).....	53
Anexo 3: Protocolo de Intervención Psicológica para Pacientes que Pertenecen al Programa de Rehabilitación Pulmonar del Instituto Neumológico del Oriente S.A.	54
Anexo 4: Protocolo de Intervención Psicológica para Pacientes que Pertenecen al Programa de Clínica de Asma Infantil del Instituto Neumológico del Oriente S.A.....	76

RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

TITULO: DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA PACIENTES QUE PRESENTAN ENFERMEDADES PULMONARES CRÓNICAS PERTENECIENTES AL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN PULMONAR DEL INSTITUTO NEUMOLÓGICO DEL ORIENTE S.A.

AUTOR: MARÍA FERNANDA MARTÍNEZ VARGAS

FACULTAD: PSICOLOGÍA

ASESOR: Ps. LUZMAR QUINTERO DELGADO

Resumen

El presente informe describe el proceso de pasantía en psicología que se realizó durante el primer semestre del presente año en el Instituto Neumológico del Oriente S.A.. A partir de la necesidad latente de diseñar un Protocolo de Intervención Psicológica para los pacientes que pertenecen al programa institucional de Rehabilitación Pulmonar, se estructuraron los pasos a seguir teniendo como objetivo principal educar al paciente en el desarrollo de estrategias que le permitieran generar conciencia de la enfermedad y actuar activamente frente al desarrollo de un nuevo estilo de vida saludable, a través del manejo adecuado de los síntomas relacionados con la enfermedad pulmonar como el estrés o la depresión, además de psicoeducar en habilidades que mejoraran su calidad de vida, aumentando la adherencia al tratamiento indicado por el médico neumólogo. Logrando atender al 99 pacientes del total de la población y notando que posterior a la implementación del protocolo se presento una disminución de los síntomas depresivos.

Palabras claves: Protocolo de intervención, Rehabilitación Pulmonar, Adherencia al Tratamiento, Depresión, Calidad de Vida, Estilos de Vida Saludables.

GENERAL SUMMARY OF WORK OF DEGREE

TITLE: DESIGN AND IMPLEMENTATION OF
A PSYCHOLOGICAL INTERVENTION
PROTOCOL FOR PATIENTS WITH CHRONIC LUNG
DISEASES BELONGING TO PULMONARY
REHABILITATION INSTITUTO NEUMOLOGICO DEL
ORIENTE S.A.

AUTHOR: MARIA FERNANDA MARTINEZ VARGAS

FACULTY: PSYCHOLOGY

DIRECTOR: Ps. LUZMAR QUINTERO DELGADO

Abstract

This report describes the process of internship in psychology that took place during the first half of this year, at Instituto Neumológico del Oriente S.A. Since the underlying need to design a protocol of psychological interventions for patients who belong to the institutional Pulmonary Rehabilitation program is structured to follow the steps with the main objective to educate the patient in developing strategies that allow you to generate awareness of the disease and actively work against the development of a new healthy lifestyle, through proper management of symptoms associated with lung disease such as stress or depression, as well as psychoeducational skills that improve their quality of life, increasing adherence to the treatment prescribed by the physician pulmonologist. Reached with the 99 patients of the total population, noting that after the implementation of the protocol showed a decrease in depressive symptoms.

Keywords: Intervention Protocol, Pulmonary Rehabilitation, Treatment Adherence, Depression, Quality of Life, Healthy Lifestyles.

Introducción

El presente informe describe el proceso de pasantía realizado en el Instituto Neumológico del Oriente S.A., durante el primer semestre del 2011, el cual tuvo como objetivo principal diseñar e implementar un Protocolo de Intervención Psicológica para Pacientes que presentan enfermedades pulmonares crónicas del programa institucional de Rehabilitación Pulmonar.

Esta necesidad nace de la revisión teórica realizada al inicio del proceso, la cual apunta que los pacientes con enfermedades crónicas poseen más altas probabilidades de presentar síntomas depresivos o inestabilidades emocionales, al estar expuestos a cambios no solo fisiológicos sino también psicológicos.

El Protocolo de Intervención Psicológica para pacientes del programas de Rehabilitación Pulmonar, está diseñado para ser efectuado en cuatro sesiones, las cuales tienen como objetivo general brindar al paciente estrategias y habilidades de afrontamiento que contribuyan al manejo adecuado de los síntomas emocionales negativos asociados a las patologías respiratorias que presentan.

Los resultados obtenidos, después de la implementación del protocolo, refuerzan lo encontrado en la teoría, ya que se encontró una disminución del 22% en la presencia de síntomas depresivos leves o moderados, contrastando los resultados finales de los pacientes a los que se les implemento el Protocolo con los que terminaron el programa sin la implementación del Protocolo de Intervención Psicológica.

Justificación

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2005) las enfermedades crónicas son de larga duración y generalmente de progresión lenta, son responsables del 60% de las muertes en el mundo y entre ellas se encuentran; la diabetes, las enfermedades cardíacas, los infartos, las enfermedades respiratorias y el cáncer.

Dentro de las enfermedades respiratorias se encuentran el asma, que generalmente se asocia con la edad pediátrica y la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), la cual está asociada al hábito tabáquico. Dichas enfermedades tienen como factor común alteraciones en los pulmones las cuales conllevan a limitaciones y complicaciones respiratorias y sistémicas, no solo fisiológicas sino que por sus implicaciones en la vida cotidiana también tienen componentes psicológicos (Giraldo-Estrada, 2008).

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es descrita como un trastorno heterogéneo de las vías respiratorias bajas, las cuales se ven seriamente obstruidas por inflamación causada por agentes externos, como el humo de cigarrillo, que dificulta el paso del flujo aéreo y aumenta la fatiga en el paciente (Izquierdo-Alonso & Arroyo-Espliguero, 2005).

Esta fatiga o disnea es el síntoma más característico de la EPOC, además de la tos con flema; se desarrolla de forma gradual hasta limitar la actividad física diaria del paciente como bañarse, vestirse o bajar una grada. Este tipo de enfermedad es de evolución lenta y progresiva, presenta periodos de agudización en los que se empeora la situación respiratoria y se hace necesario intensificar el tratamiento (Peces-Barba, Barbera, Agustí, Casanova, Casas, Izquierdo, et al, 2008; Rodés, Piqué & Trilla, 2007).

Del mismo modo, en el desarrollo de la EPOC se evidencian factores psicológicos como el estrés, la ansiedad, la depresión, entre otros síntomas relacionados con la limitación física, el aislamiento social, desmotivación y desvalorización por la propia persona, y el deterioro en la autoestima, todo esto debido a la carga emocional que contiene sobrellevar una enfermedad crónica y su repercusión en el estilo de vida del paciente y en su entorno familiar.

De esta manera se crea la necesidad de diseñar e implementar protocolos de intervención psicológica en pacientes con enfermedades crónicas, con el fin de promover el mejoramiento de la calidad de vida generando grandes avances en el proceso de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, que a su vez protegen la integridad personal y le permite al paciente obtener un mayor control o disminución de los síntomas, además de aumentar la adherencia terapéutica y la satisfacción frente a la atención primaria (Gómez, 2008).

Es por ello que en la atención primaria se requiere de la intervención de un grupo interdisciplinario, de manera que se desarrolle desde los protocolos una sección asistencial por parte del área de psicología de la salud, que ayude al paciente y a su familia a comprender y manejar adecuadamente tanto los síntomas como las repercusiones de estos a las diferentes esferas del paciente y todas las situaciones relacionadas que llegan a desestabilizar el estado emocional y en ocasiones deteriorar la calidad de vida de quien padece una enfermedad de las características de la EPOC (Gómez, 2008).

Los pacientes que asisten al programa de Rehabilitación Pulmonar que se realiza en el Instituto Neumológico del Oriente S.A. tienen la posibilidad de permanecer en el programa durante 4 o 18 meses (dependiendo de la entidad

prestadora de salud a la que estén vinculados) y se espera que en ese intervalo de tiempo el paciente disminuya las exacerbaciones o crisis de la enfermedad, las hospitalizaciones y las idas a urgencias, así como también que mejore el estilo y la calidad de vida, controle o disminuya los síntomas, utilice adecuadamente los medicamentos y reproduzca los ejercicios físicos asignados para la rehabilitación pulmonar en casa. Ya que el programa es de carácter educativo, implica una psicoeducación dirigida al paciente y a su familia, desde las diferentes disciplinas que intervienen (psicología, nutrición, fisioterapia, enfermería y medicina especializada –neumología-), desde lo cual se fortalecen las redes sociales de apoyo que ayudan a disminuir las afectaciones emocionales o sentimientos de abandono y angustia, y promueven adherencia al tratamiento, permitiendo mejorar el desempeño físico del paciente, logrando los objetivos del programa y haciendo posible llevar una buena calidad de vida a pesar de padecer la EPOC (Rodés, Piqué & Trilla, 2007).

Objetivo General

Desarrollar e implementar un protocolo de intervención psicológica para pacientes del programa de Rehabilitación Pulmonar del Instituto Neumológico del Oriente S.A., con el fin de psicoeducar al paciente en estrategias de afrontamiento que contribuyan al manejo adecuado de su enfermedad y mejoramiento de su calidad de vida.

Objetivos Específicos

Realizar valoración por áreas, afectiva, emocional, familiar y social, que ayude a identificar factores de riesgo a los que está expuesto el paciente con EPOC para tratarlos en la intervención.

Ofrecer al paciente una intervención basada en estrategias de afrontamiento que contribuya al manejo de los síntomas, control de las emociones emergentes de las enfermedades respiratorias.

Reconocer y reforzar habilidades individuales como conciencia de enfermedad, conductas de autocuidado y manejo de emociones en los pacientes, que ayuden a incrementar la motivación y la adherencia a las diferentes actividades del programa de rehabilitación pulmonar.

Reforzar en el paciente de rehabilitación pulmonar habilidades y recursos personales, favorecedores del proceso de recuperación y de adaptación de la enfermedad y adopción de estilos de vida saludable.

Contextualización de la Institución

El Instituto Neumológico del Oriente S.A. es una institución privada que se dedica a la atención integral de todo tipo de pacientes con enfermedad respiratoria o en riesgo de presentarla. La Institución es la ÚNICA I.P.S. que reúne el equipo de trabajo en Neumología más consolidado de la región, conformado por 3 Neumólogos Pediatras y 8 Internistas Neumólogos altamente calificados y reconocidos en su especialidad. Además, cuenta con el soporte de un grupo multidisciplinar, Fisioterapia, Nutrición, Psicología, Enfermería y el apoyo tecnológico de punta que fortalece los procesos diagnósticos en esta área para la región.

Su misión es prestar servicios de salud especializados en el cuidado integral y efectivo de la población con enfermedades respiratorias, conservando una alta calidad científica-profesional, y generando conocimiento para el beneficio de la sociedad, apoyados en una atención personalizada, humana y ética, para todos nuestros pacientes. Es por esto que la visión del Instituto Neumológico del Oriente S.A. es ser en el año 2014 la institución de referencia, acreditada con estándares de calidad en el cuidado y manejo de las enfermedades respiratorias. La institución será un centro de investigación científica y desarrollará la docencia en el campo de la Neumología.

El Instituto Neumológico cuenta con diferentes programas institucionales en los cuales se encuentran; Rehabilitación Pulmonar, Clínica de Asma (adultos e infantil), Clínica de Tabaquismo, Programa Educativo de EPOC y otras enfermedades respiratorias, y por último el programa Cuidando mi Corazón para pacientes diabéticos, en los cuales se tienen inscritos 450 pacientes en total.

Referente Conceptual

Desde el momento de la concepción el ser humano comienza su aprendizaje, basado en las percepciones, emociones y sentimientos que genera en él la vivencia de su madre, después del nacimiento al niño se le reconoce como una “tabula rasa”, es decir, como un tablero en blanco, en donde se van plasmando sus conocimientos acerca de lo que es vivir. La adquisición de estos conocimientos dependen del medio donde se desarrolle el individuo; a partir de la cultura, las costumbres de sus padres y sus experiencias personales, se crea una percepción única del mundo que, en ciertos casos y en diferentes porcentajes, determinan el comportamiento y la conducta de la persona (Shaffer, 2000).

En la adolescencia, el ser humano no es solo producto de sus experiencias o cuestiones sociales, también priman factores únicos, íntimos y personales, importantes en su desarrollo; la autoestima y el auto concepto, determinan el cuidado que se tiene con la propia vida, pues existe una relación estrecha entre estos autoesquemas y el estilo de vida que tiene cada individuo, ya que la percepción que se tiene de sí mismo positiva o negativa es lo que puede llegar a determinar la posibilidad de padecer o no ciertas enfermedades (Pastor, Balaguer & García-Merita, 2006).

Según Castillo, Balaguer, García-Merita & Valcárcel (2004), los estilos de vida saludable son el factor fundamental para controlar factores de riesgo que disminuyan la exposición a diferentes enfermedades, además son los que se generan gracias a un proceso de aprendizaje sobre las diferentes conductas de salud que provocan sensación de bienestar, lo cual implica que la persona reconozca cuales situaciones son adversas para su salud y cuales son generadoras de bienestar.

Según Maya (2001), el estilo de vida que posee una persona tiene tres componentes importantes; aspecto social, aspecto material y la ideología. El aspecto social consta de la manera y forma en que está estructurada su familia y sus redes de apoyo, teniendo en cuenta que las relaciones interpersonales favorecen el desarrollo social del individuo. El aspecto material determina la necesidad de vivienda, alimentación y vestido, el cual está determinado por la cultura en donde se desenvuelve la persona y por último, el aspecto ideológico abarca la manera cómo piensa, actúa y se desenvuelve el sujeto, guiado por las creencias, valores e ideas que tiene acerca del mundo. Cuando se tiene una balanza equitativa entre los tres aspectos anteriores, se puede deducir que el individuo está construyendo un estilo de vida propio, contribuyendo al desarrollo de su personalidad y a su actuar frente al mundo exterior; cabe aclarar que los estilos de vida pueden ser saludable o no.

El estilo de vida de una persona comienza a ser saludable cuando aquellos procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, las conductas y los comportamientos giran en torno al bienestar tanto físico como mental y satisface las necesidades humanas que logren alcanzar una calidad de vida (Maya, 2001).

Los jóvenes, en la mayoría de los casos, son evaluados constantemente por su grupo de pares, quienes en algunos casos, tienden a ser exigentes, controladores y persuasivos e influyen en las conductas de los miembros más vulnerables, por lo tanto, y en muchas oportunidades, se ven expuestos a conductas de riesgo como el fumar, consumir bebidas alcohólicas y sustancias psicoactivas, tener relaciones sexuales sin protección y conducir a altas velocidades, todo esto adoptado como estrategia para hacer parte de un grupo o cumplir con los ideales o expectativas de sus pares (Balaguer & Pastor, 2001). Este tipo de acciones aumenta los factores de riesgo y los expone frecuentemente a atentar contra su propia vida, incrementando las

posibilidades de contraer diferentes tipos de enfermedades como, enfermedades de transmisión sexual, enfermedades cardiovasculares o neumológicas, adicciones, entre otras (Ramírez & De Andrade, 2005).

En la actualidad, se han identificado estilos de vida inadecuados, pues están determinados por la práctica de hábitos inapropiados, relacionados con mala alimentación, falta de actividad física, hábitos de sueño inadecuados, sedentarismo, hábitos de fumar, entre otros; conductas que constituyen factores de riesgo y complican la salud generando insuficiencias del cuerpo como: deterioro en glándulas y/o hormonas, por ejemplo, la insulina que es la hormona encargada del aprovechamiento de los nutrientes consumidos en la alimentación, especialmente de los carbohidratos, por lo tanto el déficit de esta hormona genera un descontrol en los niveles de azúcar en sangre, originando la diabetes mellitus o enfermedades coronarias, también llamadas enfermedades cardiovasculares (Balaguer, 2004; Especialistas Medicinas Alternativas, 2007).

Asociado a malos hábitos, especialmente al hábito tabáquico y la exposición a sustancias tóxicas inhaladas, se encuentra el desarrollo de enfermedades respiratorias como la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). Según Frías (2000), la EPOC se refiere a tres enfermedades pulmonares, bronquitis crónica, enfisema y las enfermedades de las pequeñas vías aéreas; estas comparten un denominador común, la obstrucción crónica del flujo aéreo, la cual es progresiva y poco reversible.

Para Rodríguez-Marín (1998), es necesario que las personas que están expuestas a factores de riesgo como los mencionados anteriormente (hábito tabáquico, sedentarismo, consumo de alcohol o sustancias psicoactivas) reciban una

atención preventiva y educativa que ayude a disminuir la incidencia de estas enfermedades, las cuales están afectando la integridad y el bienestar, tanto físico como mental y emocional, de las personas y de sus familias.

Entre las enfermedades crónicas más emergentes en los últimos años se encuentra la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), esta se ha convertido en una de las enfermedades con mayor frecuencia en la atención primaria. A nivel mundial y según los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2005) la EPOC para el año 2020 pasará de ser la enfermedad número 12 de causa de muerte, a ser la número 5 (Valero & Franky, 2006).

Según Pino, Álvarez & Rivero (2011) la EPOC produce altas tasas de morbilidad y mortalidad en todo el mundo. El ministerio de Salud por medio de su estudio “Carga de la Enfermedad en Colombia” estableció que la EPOC ocupa el séptimo lugar como causa de años de vida sana perdida (AVISA) en Colombia, (Maldonado, Bermúdez, Caballero, Roa & Torres, 2003) y es catalogada como una enfermedad evitable que depende, en gran medida, del hábito de fumar, además contribuye a la intolerancia al ejercicio, influye en la calidad de vida, desarrolla compromisos sistémicos, entre los que se incluye la debilidad muscular (Montenegro Álvarez, Gutiérrez Ortega, Gómez de Terreros, Cabanes Mariscal, Sánchez López & Hijosa Pedregosa, 2011).

La Sociedad Mexicana de Neumología y Cirugía de Tórax en el 2003, en consenso define a la EPOC como una:

“Enfermedad caracterizada por limitación al flujo aéreo la cual no es totalmente reversible y es usualmente progresiva. Esta limitación se asocia con una respuesta inflamatoria anormal de los pulmones y la vía

aérea cuyos factores de riesgo más importantes son la exposición a partículas nocivas y gases, principalmente derivados del consumo de tabaco y exposición al humo de leña”

Según Álvarez et al (2001; citado por Vinaccia, Quiceno, Zapata, Obeso & Quintero, 2006) la EPOC es una enfermedad que afecta la población adulta de edad avanzada y tiene una prevalencia mayor en población urbana de sexo masculino, siendo una enfermedad más severa en personas alcohólicas; produce un impacto importante en la calidad de vida del paciente que la sufre, ya que la obstrucción al flujo aéreo es el mecanismo primario que define la enfermedad y causa su síntoma principal: la disnea o fatiga de esfuerzo y agotamiento crónico (Parmet, 2003; citado por Vinaccia et al, 2006), esta limitación se da gracias al proceso inflamatorio anormal de las vías aéreas, causado por partículas tóxicas inhaladas por vía respiratoria (Agusti, 2005), los síntomas principales de la enfermedad son la tos, la disnea y la expectoración, los cuales se dan como respuesta al daño tóxico causado por las toxinas que componen el humo de cigarrillo y otros factores como el humo de la combustión de la leña y la exposición a sustancias tóxicas de industria (Housset, 2001)

Otros factores causantes del inicio de la EPOC son la contaminación ambiental y un porcentaje genético que contribuye a que la persona sea más propensa a adquirir la enfermedad, aunque la enfermedad está totalmente asociada con el hábito tabáquico, los síntomas se evidencian hasta 10 años después del inicio del hábito (Agusti, 2005).

Según Jiménez-Murillo & Montero (1999) la espirometría es el examen más confiable para dar un diagnóstico certero de la EPOC y ayuda a la clasificación de la

gravedad de la misma. La evolución del paciente está marcada por las exacerbaciones, con agudizaciones con fases de intercrisis en la que se evidencia un alto deterioro de la calidad de vida.

Al retomar el síntoma principal de la EPOC, la disnea, Goldman & Braunwald (2000), la describen como una sensación subjetiva de falta de aire o dificultad para respirar, que afecta a los pacientes de forma aguda y crónica, asociado directamente con la ansiedad y distrés emocional, provocando una gran incapacidad y limitación física. La disnea suele presentarse cuando ya existe un daño pulmonar importante y el esfuerzo que realiza la persona para poder respirar es la primera razón de consulta. La disnea al ser progresiva interviene directamente con la calidad de vida al volverse limitación física que afecta la ejecución de actividades cotidianas o rutinarias y a su vez en el desarrollo integral de la persona (Pleguezuelos, 2008),

Como se ha mencionado anteriormente en pacientes con EPOC se ve altamente disminuida la calidad de vida, para Schwartzmann, (2003; citado por Vinaccia et al, 2006) la calidad de vida está relacionada con la salud y el bienestar de la persona preocupándose, entre otras cosas, por la experiencia del sujeto, el desarrollo de su vida social y la adaptación a esta, la actividad cotidiana y el cuidado de la propia salud. También está relacionada con el resultado de cómo se siente el paciente actualmente con respecto a la enfermedad y los limitantes que esta le ocasiona, con relación al estado en el que el paciente desea estar; por lo tanto la calidad de vida se vuelve subjetiva, para muchos pacientes que padecen una enfermedad crónica sus prioridades cambian y comienzan a tener una visión de la vida enfocada en la recuperación de su enfermedad (Ruiz-Rey, 2007).

Estos deterioros en la calidad de vida incentiva que desde la psicología de la salud se desarrollen programas de intervención encaminados a recobrar la integridad física, mental y emocional del paciente, a través de la implementación de métodos de prevención de la enfermedad y promoción de la salud; interviniendo en el cambio de conductas, retomando estilos de vida saludables como una adecuada alimentación, una rutina de actividad física diaria, buenos hábitos de sueño, entre otros, además de una conciencia de enfermedad y adherencia al tratamiento (Rodríguez-Marín, 1998).

Del mismo modo, la independencia y la autonomía de las personas con enfermedades crónicas se ve severamente afectada, lo que concluye que la salud no solo se debe medir por la ausencia o presencia de enfermedad, sino que se debe tener en cuenta la afectación de todas las esferas del individuo, pues la discapacidad en estas personas no solo acarrea el riesgo de morir sino que los limitantes físicos y psicológicos determinan la percepción negativa de sí mismos, de los demás y del mundo (Menéndez, Guevara, Arcia, León-Díaz, Marín & Alfonso, 2005).

Para Vinaccia & Orozco (2005) la calidad de vida abarca el bienestar físico, social, psicológico y espiritual de la persona; el bienestar físico está determinado por la actividad funcional, la fuerza o la fatiga, el sueño y el reposo, el dolor y entre otros, dichos aspectos, según la incidencia de una enfermedad como la EPOC, se ven seriamente afectados, lo que a su vez deteriora la calidad de vida del paciente. El bienestar social, tiene que ver con las funciones y las relaciones, el afecto y la intimidad, el aislamiento, el trabajo, el entretenimiento, la apariencia, la situación económica y el sufrimiento familiar, este aspecto se ve claramente afectado en el paciente con EPOC ya que lo primero a que se enfrentan, es con una incapacidad medica que puede llegar a sobrepasar el año, lo que interfiere directamente con su desarrollo profesional y la economía, directamente relacionada con la situación

familiar, además de la carga emocional que embarga a la familia desde el diagnóstico del familiar enfermo.

Por último, el bienestar psicológico, es el que está relacionado con el temor que se da en el paciente hacia las crisis y las hospitalizaciones, la ansiedad, la depresión y la angustia que genera en ellos el tratamiento largo y continuo, y la misma enfermedad, que generalmente no entienden muy bien. Muchos pacientes, por el hecho de ser, en su mayoría, adultos mayores, su bienestar espiritual lo refuerzan en pro de la resignación, la fortaleza interior y la esperanza de vida, aunque en ellos no deja de evidenciarse la incertidumbre de lo que significa para ellos la misma enfermedad (Vinaccia & Orozco, 2005).

La evaluación de la calidad de vida ha cobrado gran importancia en el desarrollo de programas de intervención terapéutica e interdisciplinar, ya que como bien lo plantea Ruiz-Rey (2007) “enfermos con la misma patología y, aun con sintomatología similar, presentan reacciones subjetivas y ajustes funcionales diferentes”; por lo tanto dicha evaluación conlleva a que las intervenciones interdisciplinarias sean mejores, ofreciéndole al paciente programas de rehabilitación que logren un control real de los síntomas. Este tipo de evaluaciones deben tener en cuenta variables independientes como las emociones, la familia, el ambiente social y hasta el lugar de residencia, así como también tener en cuenta variables dependientes como las dimensiones físicas, sociales y emocionales (Vinaccia & Orozco, 2005).

Para Peguezuelos (2008), la sensación de limitación en el paciente con EPOC es lo que más interviene en su calidad de vida, esto se refleja en la capacidad de ejercicio, el estado de la musculatura respiratoria y la percepción de la disnea. La intensidad de los síntomas clínicos que acarrea la enfermedad y los programas de

rehabilitación respiratoria se correlacionan directamente con la calidad de vida, ya que actividades cotidianas como bañarse, ponerse los zapatos o subir una grada de su casa, pasa a ser un trabajo difícil y un gasto de energía extra, la cual necesitan en su esfuerzo por respirar mejor. La EPOC como enfermedad crónica debe poseer un tratamiento encaminado a mejorar la función pulmonar y la calidad de vida del paciente, siendo importante el diagnóstico temprano y oportuno de la enfermedad, que contribuya a una correcta intervención terapéutica manejada desde el consejo antitabaco y la educación (Calvo-Corbella, 2002).

Desde la Psicología, se han realizado intervenciones que promueven y mantienen el bienestar físico y mental de los pacientes, a partir, del empleo de conocimientos, métodos y destrezas de la práctica profesional enmarcadas en el campo de la salud, con el fin de incentivar, motivar y promover la adopción de conductas saludables que reduzcan el aumento de enfermedades y acrecienten las conductas favorecedoras de estados de salud. Teniendo en cuenta que el tratamiento de las enfermedades crónicas es el que genera más gastos en el país, las acciones antes descritas favorecen al estado de salud pública, el cual gasta gran cantidad de recursos anuales en el desarrollo de programas de intervención primaria (Rodríguez-Marín, 1998).

Las enfermedades crónicas como la EPOC afectan de manera importante varios aspectos de la vida del paciente, se evidencia disminución en la actividades diarias y limitaciones constantes, como las anteriormente mencionadas, lo que genera desvalorización del autoconcepto y del sentido de la vida, además de provocar episodios depresivos (Vinaccia et al, 2006).

Según Ayuso Mateos (2004) los trastornos depresivos son muy comunes en atención primaria y llevan asociada una importante discapacidad funcional. La depresión afecta directamente la capacidad y el bienestar del individuo, irrumpiendo en el área ocupacional, disminuyendo el desempeño laboral, en el área social; alejándolo de las actividades sociales y debilitando las relaciones interpersonales, y en el área familiar, por ser la familia el principal soporte de los cuidados del enfermo.

La Escala de Zung y el Inventario de Beck para Depresión, son los instrumentos más utilizados en Colombia para determinar la prevalencia de trastornos depresivos en pacientes con enfermedades crónicas (Campo-Arias, Díaz-Martínez, Rueda-Jaimes & Barros-Bermúdez, 2005), estos instrumentos ayudan a guiar la intervención que se realiza desde el área de psicología de modo que se brinde un apoyo continuo y este contribuya a la mejoría de los síntomas a los pacientes. La depresión es un componente estresor que se adhiere al proceso de rehabilitación, interrumpiéndolo o frenando su progreso generando en el paciente incertidumbre, desconsuelo y desanimo, lo que minimiza la adherencia a los programas de intervención interfiriendo así con el logro de objetivos direccionados hacia el control de los síntomas y el aumento en la calidad de vida.

Van Manen et al (2002, citado por Vinaccia et al, 2006) realizo un estudio epidemiológico con 162 pacientes con EPOC y 359 pacientes sin ninguna enfermedad, que funciono como grupo control, y encontró que la prevalencia de depresión en el grupo de EPOC es mayor que en el grupo sano. Este tipo de estudios demuestran la incidencia de enfermedades relacionadas con la parte psicológica del paciente crónico.

Para Wyszynski & Wyszynski (2006) la depresión es un factor común en pacientes que sufren de una neumopatía como la EPOC y se ha demostrado que los síntomas vegetativos del trastorno son parecidos a los síntomas característicos de la enfermedad crónica; el cansancio físico, el insomnio y la pérdida del interés por las actividades, además de los síntomas secundarios de los medicamentos que en algunas ocasiones causan cambios en el estado de ánimo.

Por lo tanto es de gran importancia que la intervención, en pacientes crónicos, este encaminada hacia una educación que promueva la salud, el cambio de conducta que lleve a manejar un estilo de vida saludable que reduzca, o al menos controle, los síntomas e incluya acciones que disminuyan los riesgos o complicaciones para su estado, una modificación que no solo este direccionada a los hábitos personales sino que esté relacionada también con la reestructuración de los esquemas mentales (Becoña, Vázquez & Oblitas, 2004).

La psicología de la salud es una forma de pensamiento en salud, la cual considera la dimensión psicosocial en el proceso salud-enfermedad, siendo una rama de la psicología que se dedica al estudio de los componentes subjetivos tanto de la salud como de la enfermedad y de la atención en salud; le interesa la determinación del estado de salud, en el riesgo de enfermar, la condición de enfermedad y la recuperación, es por esto que se orienta en la realización de acciones útiles para la promoción de salud, la prevención de la enfermedad, la atención de los enfermos, entre otros, (Martin-Alfonso, 2003). Además esta rama de la psicología posee un papel importante en el desarrollo de programas de intervención interdisciplinar, ya que integra los conocimientos de la psicología clínica, la psicología médica, la psicología comunitaria y la medicina conductual, implementando aportes que ayudan al desarrollo integral de intervenciones complejas, orientadas al control de los

síntomas y el fortalecimiento de habilidades de afrontamiento (Reynoso & Seligson, 2005).

Del mismo modo, otro de los temas que han sido investigados en relación a las enfermedades crónicas, corresponde a los estilos de afrontamiento y su repercusión en el desarrollo, curso y evolución de las mismas. Según Reynoso & Seligson (2005), la intervención realizada mediante el refuerzo de habilidades de afrontamiento ayuda al paciente a manejar la relación individuo-ambiente, previniendo y controlando las situaciones que se puedan presentar en el transcurso de la vida o de la enfermedad. El afrontamiento, es ese esfuerzo que realiza el individuo para manejar situaciones estresantes, mejorar la relación con el ambiente y solucionar los conflictos o problemas de una manera más acertada, por lo tanto, al paciente con enfermedad crónica se debe instruir y orientar en el afrontamiento dirigido a la aceptación de la enfermedad, al control de las emociones que se desprenden de esta, al manejo adecuado de los síntomas y de las enfermedades psicológicas asociadas como ansiedad y depresión, y con ella aumentar las posibilidades de sobrevivir y de tener una mejor calidad de vida; lo cual contribuye a la evolución del paciente, pues llega a mejorar la percepción que tiene de sí mismo, de la enfermedad y del entorno.

Es por esto que desde el área de la psicología de la salud se lideran grupos de investigación orientados hacia la prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, la identificación de factores de riesgo para la salud, la mejora de la salud en el paciente crónico y la modificación de factores de comportamiento implicados en la ayuda de la rehabilitación física y mental (Brannon & Feist, 2001; citado por León-Rubiano, 2004)

Según Nicassio, Meyeromitz & Kerns (2004, p. 132; citado por Joseph, Gierlach, Housley & Beutler, 2005) las intervenciones que se lideran desde la psicología de la salud incluyen objetivos claros que impactan sobre la reducción del estrés, la mejora de la calidad de vida, el suministro de apoyo, el reforzamiento del sistema inmune, la promoción de las recomendaciones médicas, la reducción de la discapacidad y el incremento en la educación y la toma conciencia.

Para Rodríguez-Marín (1998), el cambio en la conducta del paciente crónico es el paso más importante que permite disminuir los síntomas de la enfermedad y apropiarse del liderazgo de la prevención de la misma y la promoción de la salud; este cambio de conducta debe iniciarse con la reestructuración del concepto de enfermedad y el impacto que esta ha tenido en la vida del paciente y de su familia. Es por esto que el trabajo interdisciplinar adquiere importancia de modo que se abarca en su totalidad las necesidades del paciente crónico, por medio de intervenciones individuales y grupales reforzadoras del proceso educativo que generan confianza frente al tratamiento, la rehabilitación y la actuación eficiente frente a posibles crisis (Gómez, 2008).

Según Giraldo-Estrada (2008) la psicoeducación logra mejorar la funcionalidad del paciente, por medio de la implementación del concepto de conciencia de enfermedad, en el cual el paciente entiende, acepta y actúa adecuadamente frente a su patología, de la siguiente manera:

Entender: se relaciona con los conceptos de la enfermedad, por qué se generó, cómo se obtuvo, cuál es su desarrollo y su afectación en la salud, cuáles son los síntomas y cómo se pueden controlar, cuáles son los tratamientos y el

procedimiento médico a seguir, con lo que se genera que el paciente sea agente activo en el proceso de su enfermedad.

Aceptar: después de conocer su enfermedad, se da paso a la aceptación de esta en la vida del paciente, facilitando la adherencia al tratamiento y la rehabilitación, acudiendo a controles médicos y realizando los cuidados indicados por el personal asistencial, asumiendo nuevos estilos de vida que apunten a mejorar la salud, por medio de procesos mentales que refuercen el cambio.

Actuar: al entender y aceptar la enfermedad el paciente comienza una etapa de actuación donde se reconoce como agente de cambio, evidencia la mejoría debido al control o disminución de los síntomas, aumenta la motivación y satisfacción en el proceso de rehabilitación, mejora las relaciones sociales y su calidad de vida.

Es por ello que la intervención psicológica debe tener diseñado un protocolo adecuado a las necesidades del paciente, el cual este acorde con las características del mismo, para poder brindar un programa centrado en la rehabilitación pulmonar que contribuya a mejorar la calidad de vida.

Metodología

El proyecto se enmarco en una metodología mixta pues incluyo el enfoque cuantitativo y cualitativo.

Diseño

El diseño utilizado en el proyecto fue el no experimental de corte trasversal.

Población/Muestra

El Instituto Neumológico cuenta en total con 450 pacientes, distribuidos en los diferentes programas institucionales. La muestra seleccionada para la pasantía fue el programa institucional de Rehabilitación Pulmonar, en el cual se atendieron 99 pacientes, de los cuales 47 eran mujeres y 52 hombres, con un rango de edad entre 18 y 93 años, y un promedio de 69 años.

Instrumentos

La Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung (SDS) (Zung, 1965) es una escala de tipo encuesta corta, que se auto administra para determinar si hay presencia o ausencia de rasgos depresivos, teniendo como punto de referencia los últimos quince días vividos por el paciente (ver anexo 1). Consta de 20 ítems los cuales indican las cuatro características más comunes de la depresión: el efecto dominante, los equivalentes fisiológicos, otras perturbaciones, y las actividades psicomotoras; valorando así el estado de ánimo y síntomas cognoscitivos y somáticos. Esta Escala a través de la aparición de respuestas emocionales negativas o positivas, permite analizar factores psicológicos que pueden estar influyendo en el proceso de rehabilitación y en la calidad de vida percibida por el paciente con EPOC.

Cabe resaltar que diez preguntas están estructuradas de manera positiva y otras diez de manera negativa, cada pregunta se evalúa en una escala de 1 a 4 (poco tiempo, algo de tiempo, una buena parte del tiempo y la mayor parte del tiempo). La puntuación total no se correlaciona significativamente con edad, sexo, estado civil, nivel educacional o económico ni inteligencia. El rango de puntuación total va de 20 a 80, distribuyéndose de 25-49 Rango Normal, 50-59 Ligeramente Deprimido, 60-69 Moderadamente Deprimido y 70 o más, Severamente Deprimido.

La Escala de Zung esta validada, internacionalmente, según la Sociedad Española de Neumología y Cirugía de Torácica (SEPAR) para ser aplicada a los pacientes con todo tipo de patología respiratoria y detectar en ellos factores que puedan llevar a un desequilibrio en el estado de ánimo del paciente.

Para la identificación y evaluación del grado de conciencia de enfermedad y adherencia al tratamiento se estipulo una lista de chequeo, la cual contribuye a lograr el objetivo de la intervención (la lista de chequeo se encuentra en proceso de validación, es aplicada como prueba piloto).

Procedimiento

Fase 1: Revisión Teórica

Se inicia con la observación del proceso realizado por el paciente al ingresar al programa de Rehabilitación Pulmonar, dando paso a la revisión teórica sobre las enfermedades respiratorias, reconociendo su evolución, sus efectos colaterales y sus tratamientos, y conocimiento práctico a través de la experiencia de cada uno de los profesionales que tienen a cargo este tipo de pacientes, como el médico neumólogo, la enfermera, la nutricionista y la fisioterapeuta especialista en rehabilitación

pulmonar. Estos acercamientos teórico-prácticos, fueron las bases necesarias y relevantes para identificar el proceso de enfermedad por el que pasa un paciente con enfermedades respiratorias, sus limitaciones físicas y su inestabilidad emocional, además de reconocer los avances de la intervención psicológica en este tipo de patologías.

Fase 2:

Se inicia y termina el diseño del protocolo de intervención psicológica, según lo encontrado en la revisión teórica y las necesidades del paciente del programa, incluyendo los instrumentos estandarizados para ser aplicados en este tipo de población como la Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung (Zung, 1965) y La Evaluación de Conciencia de Enfermedad y Autocuidados (lista de chequeo) (Ver anexo 2).

Fase 3: Implementación

En esta tercera fase se dio inicio a la implementación del protocolo de intervención psicológica a cada uno de los pacientes que hacían parte del programa de Rehabilitación Pulmonar y aquellos que ingresaban. El protocolo de intervención tiene como objetivo general desarrollar en el paciente estrategias de afrontamiento necesarias para el manejo adecuado de la enfermedad, motivando al paciente al cambio hacia un estilo de vida saludable que mejore su calidad de vida. El protocolo se estructuró en cuatro sesiones psicoeducativas, en las cuales se abordan diferentes temáticas: inoculación del estrés, el manejo de síntomas depresivos, estrategias de afrontamiento, conciencia de enfermedad y estilos de vida saludables, todo esto articulado a la necesidad del paciente con enfermedad respiratoria. Al iniciar con la intervención psicológica el programa de Rehabilitación Pulmonar

contaba con 60 pacientes inscritos, número que aumento con el transcurrir del proceso de pasantía, hasta llegar a los 99 pacientes activos.

La aplicación del instrumento de medición, se realizó según indica en el protocolo (ver anexo 3), una valoración inicial y una valoración final (al cuarto mes), lo cual ayudo en la relación del antes y después, sistema que se utilizó como medición y evaluación del impacto del protocolo.

Fase 4

Una vez terminado el proceso de pasantía se procedió a la construcción del presente informe.

Resultados

El objetivo principal de la pasantía realizada en el Instituto Neumológico del Oriente S.A. se basó en el desarrollo de un protocolo de intervención psicológica de base psicoeducativa para el programa de Rehabilitación Pulmonar, que contribuyo al manejo adecuado de la enfermedad, tanto del paciente como de su familia, fortaleciendo el estado emocional del paciente y generando conciencia de enfermedad.

Realizado el protocolo se implementó con una muestra de 99 pacientes que asistían activamente al programa, tanto en la jornada de la mañana como en la jornada de la tarde.

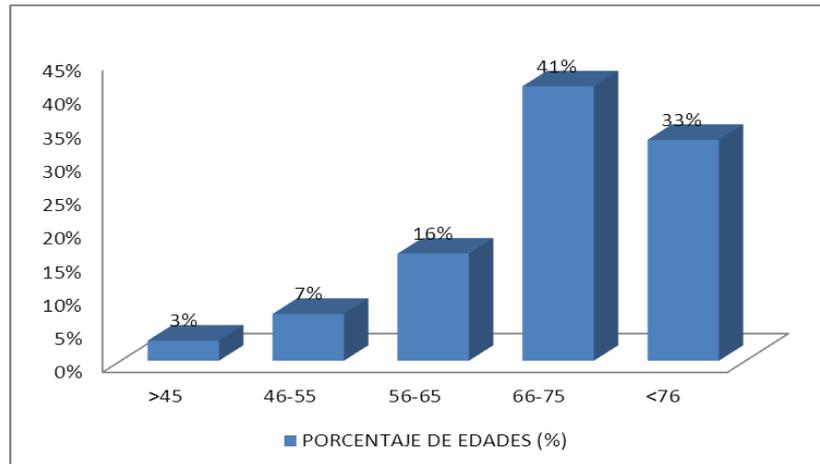
La muestra tuvo una edad promedio de 69 años, se evidenciaron cinco intervalos de edades. Teniendo en cuenta la Entidad Prestadora de Salud (E.P.S) a la que pertenecen los pacientes, se evidencio que el 45% pertenecen a la Nueva E.P.S. sección Foscal (Ver tabla 1).

Tabla 2:

Datos Socio-Demográficos de los Pacientes de Rehabilitación Pulmonar.

	GENERO		RANGO DE EDADES					E.P.S			
	F	M	>45	46-55	56-65	66-75	76>	NUEVA EPS-FOSCAL	ECOPEPETROL	SANITAS	OTRAS
Nº PACIENTES	47	52	3	7	16	40	33	44	12	14	29
TOTAL	99		99					99			
% PACIENTES	47%	53%	3%	7%	16%	41%	33%	45%	12%	14%	29%
TOTAL	100%		100%					100%			

Gráfico 1: Distribución porcentual por edades.



En el Gráfico 1 se puede notar como el 3% de la población se encuentra en el intervalo de menos de 45 años, el 33% en 76 años o más y el 41% entre 66 y 75 años.

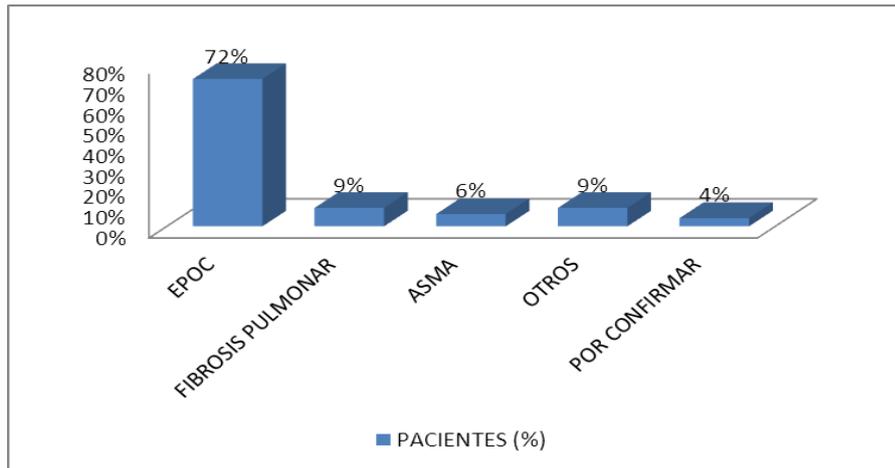
Los pacientes son remitidos al programa de Rehabilitación Pulmonar por indicación del médico neumólogo el cual ha dado un diagnóstico de Enfermedad Respiratoria Crónica. En la tabla 2 se encuentra la distribución por las diferentes enfermedades respiratorias:

Tabla 2:

Enfermedades Pulmonares Crónicas.

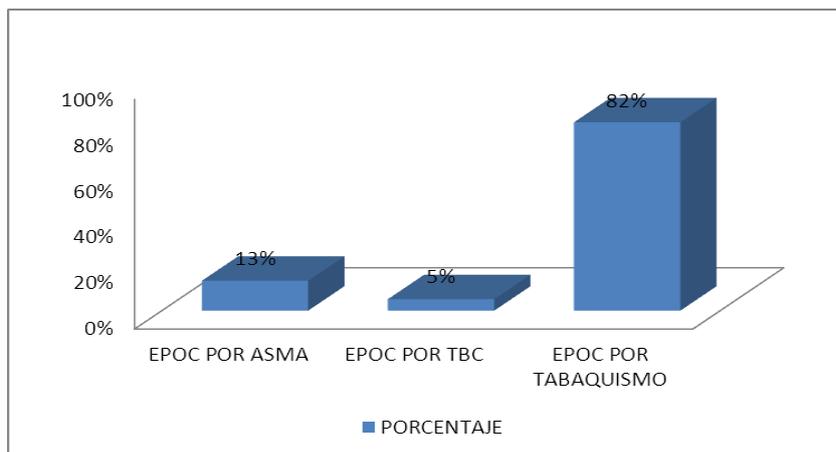
ENFERMEDAD RESPIRATORIA	PACIENTES	PORCENTAJE
EPOC	71	72%
FIBROSIS PULMONAR	9	9%
ASMA	6	6%
OTROS	9	9%
POR CONFIRMAR	4	4%
TOTAL	99	100%

Gráfico 2: Enfermedades Pulmonares Crónicas (Porcentajes)



En el gráfico 2 se puede ver que el 72% de los pacientes remitidos al programa son por EPOC, el 9% por Fibrosis pulmonar y otros, el 6% por Asma y el 4% no tienen una patología pulmonar diagnosticada.

Gráfico 3: Factores de riesgo para el desarrollo de la EPOC



En el gráfico 3 se describe la distribución porcentual del 82% de los pacientes que presentan EPOC es debido al consumo de tabaco en algún momento de su vida. El 13% de los pacientes presentan una relación de su patología asmática con el desarrollo de la EPOC.

Al iniciar el proceso de implementación del protocolo de intervención psicológica se encontró que el 34% de los pacientes pertenecientes al programa de rehabilitación pulmonar ya estaban en fase tres o cuatro, por lo tanto con estos 34 pacientes se realizó solo la valoración final, y egresaron del programa.

Con el 53% de los pacientes del programa de Rehabilitación Pulmonar, se inició la implementación del protocolo desde la primera sesión, de los cuales al 38% se le realizó la valoración inicial y se encuentran en este momento en primera, segunda y tercera fase del programa por lo tanto no han tenido la valoración final. Con el 15% restante se realizó la implementación completa del protocolo, o sea, desde la primera hasta la cuarta sesión.

Al 12% de los pacientes no se les pudo aplicar ninguna valoración, ya que se encontraban hospitalizados, en urgencias, habían sufrido alguna lesión o estaban graves de salud, lo que les impidió asistir a las citas asignadas por el área de psicología.

Un 1% de los pacientes falleció durante el programa de Rehabilitación Pulmonar. (Ver gráfico 4).

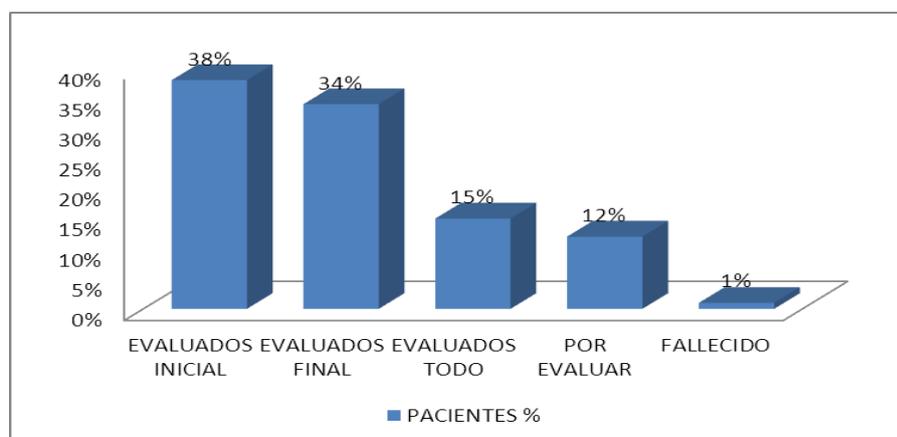


Gráfico 4: Implementación del Protocolo de Intervención Psicológica.

Con respecto a las valoraciones de la Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung (1965), se registraron dos tipos de resultados de los pacientes a los cuales se les implemento el protocolo de intervención psicológica, los iniciales y los finales. (Ver gráfico 5):

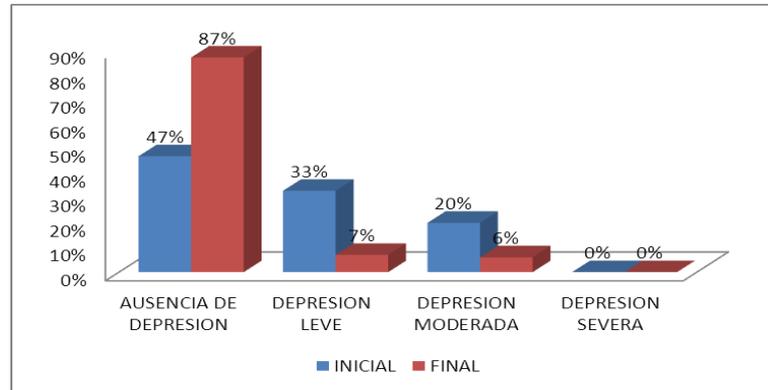
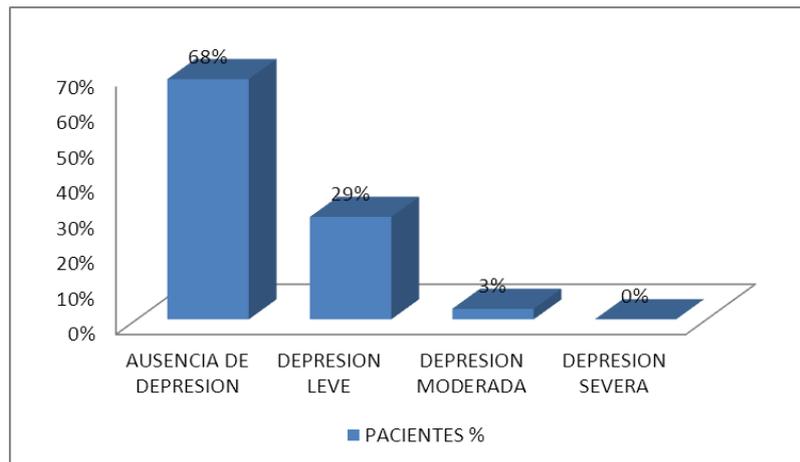


Gráfico 5: Resultados de la Escala de Zung, Pacientes con Valoración Inicial y Final.

En el Gráfico 5 se evidencia que en la valoración inicial, el 47% de los pacientes presenta ausencia de depresión, y en la valoración final el porcentaje de pacientes aumenta en un 40%. En la valoración inicial el 53% de los pacientes presentan algún tipo de síntoma depresivo, leve o moderado, y en la valoración final este porcentaje se reduce en un 40%.

De los pacientes que se les realizo solo la valoracion final porque ya se encontraban en fase tres o cuatro del programa de Rehabilitacion Pulmonar, se encontraron los siguiente resultados (ver gráfico 6):

Gráfico 6: Resultados Escala de Zung (Zung, 1965), pacientes con Valoración Final.



En el Gráfico 6 se puede ver que el 68% de los pacientes que finalizaban el programa de rehabilitación presentaron ausencia de depresión, el 29% de los pacientes presentaron síntomas depresivos leves, al terminar la Rehabilitación Pulmonar. El 3% de los pacientes, al terminar el programa de rehabilitación pulmonar, presentó síntomas depresivos moderados y por último ningún paciente presentó síntomas depresivos severos.

De los pacientes que se encuentran actualmente en el programa de Rehabilitación Pulmonar, a los cuales se les realizó la valoración inicial, se encontraron los siguientes resultados en la Escala de Zung (Zung, 1965):

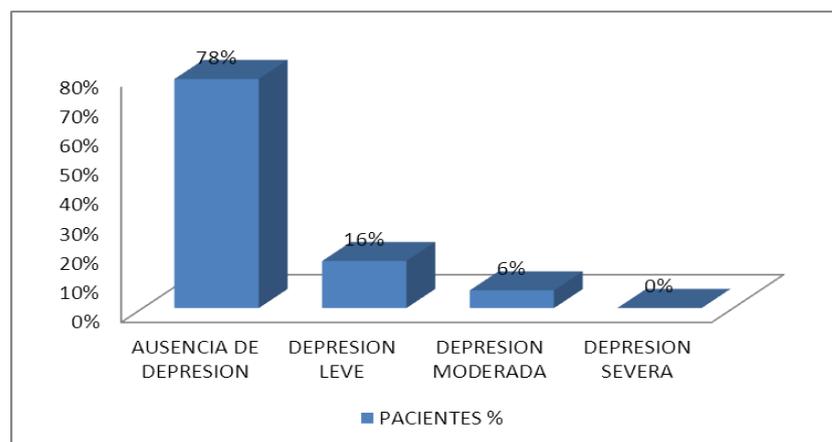
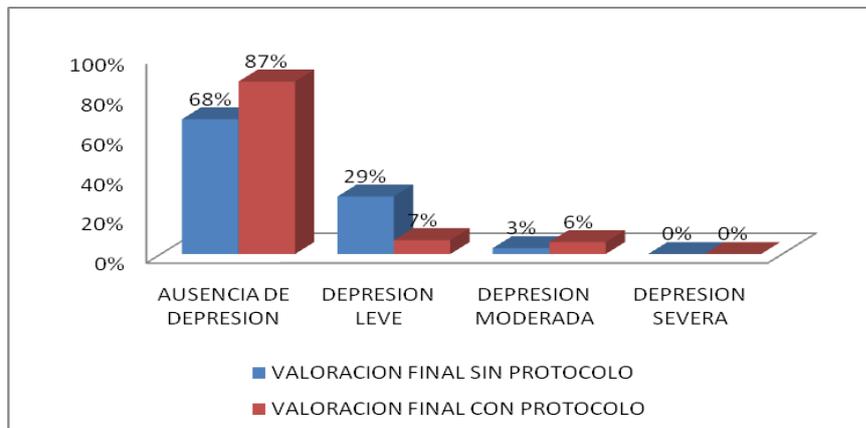


Gráfico 7: Resultados Escala de Zung, valoración inicial.

En el gráfico 7 se puede ver que el 78% de los pacientes que iniciaron el programa de Rehabilitación Pulmonar presentaron ausencia de depresión. El 16% de los pacientes que ingresaron al programa presentaron síntomas depresivos leves. El 6% de los pacientes presentaron síntomas depresivos moderados y ningún paciente que ingreso al programa presento síntomas depresivos severos.

En cuanto a los resultados obtenidos en la valoración final según la Escala de Zung (ZUNG, 1965), de los pacientes con los cuales se implementó todo el protocolo de intervención, y de los pacientes que no se pudo implementar porque solo tuvieron la valoración final, (ver gráfico 8):

Gráfico 8: Comparación Resultados Escala de Zung, Pre y Post implementación del Protocolo de Intervención Psicológica.



En el Gráfico 8 se evidencia un incremento del 19% en ausencia de síntomas depresivos en los pacientes con los cuales se implementó el protocolo de intervención psicológica y una reducción del 22% en la presencia de síntomas depresivos leves al terminar el programa de rehabilitación en los pacientes con los cuales se implementó el protocolo de intervención psicológica.

Discusión

El proceso de pasantía que se realizó en el Instituto Neumológico del Oriente S.A. durante el primer semestre del año 2011, fue de gran experiencia y aprendizaje debido a que se logró el objetivo primordial trazado durante el plan de trabajo presentado anteriormente y que consistía en desarrollar e implementar un protocolo de intervención psicológica, el cual pretendió psicoeducar al paciente con enfermedad respiratoria contribuyendo así al manejo adecuado de su enfermedad.

Durante la intervención psicológica se encontró que el 74% de los pacientes exceden los 65 años de edad, perteneciendo, según las etapas del ciclo vital, a la etapa de la tercera edad o adultos mayores, tal como plantea Álvarez et al (2001; citado por Vinaccia, Quiceno, Zapata, Obeso & Quintero, 2006) quien refiere que la EPOC es una enfermedad que afecta la población adulta de edad avanzada, ya que ésta puede surgir después de 10 años de haber dejado el hábito tabáquico, y tiene una prevalencia mayor en población urbana de sexo masculino, lo cual se evidencia claramente en los resultados, ya que el 53% de los pacientes atendidos pertenecen al género masculino.

Al obtener los resultados de la implementación de protocolo se evidenció que el 72% de los pacientes que asisten al programa de Rehabilitación Pulmonar tiene un diagnóstico de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), enfermedad que se caracteriza por una limitación permanente del flujo aéreo causada por anomalías de las vías aéreas y del parénquima pulmonar en forma de enfisema, de evolución lenta y progresiva. Datos que corresponden a lo planteado por Valero & Franky, (2006), los cuales afirman que la EPOC ha aumentado su frecuencia en la atención

primaria, siendo la enfermedad prevenible número doce de causa de muertes en el mundo.

El desarrollo de la EPOC está relacionado con el consumo del cigarrillo, ya que del 72% de pacientes que están diagnosticados con esta enfermedad, el 82% su factor de riesgo principal fue el consumo de cigarrillo. Estos resultados reafirman, lo planteado por Agusti (2005), la EPOC está totalmente asociada con el hábito tabáquico.

La EPOC es una enfermedad que se desarrolla, generalmente, en la tercera edad, ya que la enfermedad puede surgir después de 10 años de haber dejado el hábito tabáquico (Agusti, 2005), situación que se evidencia en los resultados arrojados, ya que el 74% de los pacientes que pertenecen al programa de Rehabilitación exceden los 65 años de edad.

Al observar los resultados, se evidencia una disminución significativa en la presencia de rasgos depresivos, medidos por la Escala de Zung (Zung, 1965), ya que después de implementar el protocolo se encontró que el 40% de los pacientes pasaron de un estado depresivo leve a tener ausencia de síntomas depresivos. Igualmente se encuentra una disminución significativa en los intervalos de depresión moderada y depresión leve. Estos resultados se relacionan con lo planteado por Rodríguez-Marín (1998), es importante que a los pacientes, expuestos a factores de riesgo que lleven al desarrollo de una enfermedad crónica, se les ofrezca una intervención interdisciplinaria encaminada a tomar conciencia de enfermedad que contribuya al manejo adecuado de síntomas emocionales como estrés y depresión, relacionados con el proceso de enfermedad.

La tercera edad es fácilmente relacionada con presencia de enfermedad y limitaciones físicas, visión presente en muchos de los pacientes atendidos en consulta, y al sumar a esta percepción al estado de salud real de un paciente con enfermedad respiratoria, se evidencia la presencia de síntomas depresivos relacionados con el proceso de enfermedad (Ayuso Mateos, 2004).

Se encontró que el 53% de los pacientes que iniciaron el programa de rehabilitación con la implementación del protocolo presentaron algún síntoma depresivo, leve o moderado, relacionado con la influencia del desarrollo de la enfermedad en su vida, ya que los síntomas de la enfermedad como tos, disnea (fatiga) y cansancio físico, limitan la realización de sus actividades cotidianas (Wyszynski & Wyszynski, 2006).

Gracias al tratamiento de la enfermedad, por medio de la medicación y la rehabilitación pulmonar, sumado a la implementación del protocolo de intervención psicológica, se evidencio disminución significativa de los síntomas depresivos, leves o moderados, encontrados en los pacientes en la primera sesión. El protocolo de intervención psicológica es de carácter educativo y tiene como objetivo contribuir al manejo adecuado de la enfermedad, aceptación de la misma y adherencia al tratamiento. Lo cual se evidencia en los resultados obtenidos, al comparar los resultados finales en la Escala de Zung (Zung, 1965) de los pacientes los que se les implemento el programa y los que terminaron el programa sin la intervención psicológica.

En dichos resultados se encontró un incremento del 19% en pacientes que al terminar el programa presentaron ausencia de síntomas depresivos, con los cuales se implementó el protocolo de intervención psicológica, lo que indica que el proceso

educativo se desarrolló con éxito y se logró el objetivo del protocolo, lo cual corrobora el objetivo de la psicología de la salud, en el que se enmarcó el proyecto, puesto que se logró contribuir positivamente el proceso de rehabilitación, prevención de recaídas, mejor manejo de la enfermedad, disminución de exacerbaciones y estancias clínicas (Becoña, Vázquez & Oblitas, 2004) .

Como se puede ver, es claro que la implementación del protocolo de intervención psicológica es de gran ayuda para los pacientes que asisten al programa de Rehabilitación Pulmonar, ya que aprenden a manejar adecuadamente los síntomas de su enfermedad relacionados con el área emocional, disminuyendo los síntomas depresivos que acompañan las patologías respiratorias como la EPOC, aumentando la adherencia al tratamiento, la comprensión y aceptación de la enfermedad, de manera que tanto el paciente como su familia se adapten a un nuevo estilo de vida, el cual sea saludable y que disminuya los factores de riesgo.

Conclusiones

El proceso de Rehabilitación Pulmonar en pacientes que tienen diagnósticos de patologías respiratorias crónicas es de gran importancia para lograr el control de los síntomas e intentar retrasar el progreso de la misma.

Los programas de Rehabilitación Pulmonar deben proporcionarle al paciente una intervención multidisciplinar, entre ellos, una intervención psicológica que contribuya al manejo adecuado de la enfermedad, aumentando la adherencia al tratamiento, la aceptación y comprensión de la patología, lo que conlleva a una mejoría en la calidad de vida del paciente.

Gracias al trabajo realizado en la pasantía se determinaron los factores más importantes a trabajar, logrando desarrollar un protocolo de intervención psicológica el cual apunta al desarrollo de habilidades y estrategias de afrontamiento, tanto del paciente como de su familia, que contribuye al manejo adecuado de la enfermedad respiratoria y el control y disminución de síntomas depresivos relacionados con dichas patologías.

Los pacientes que presentan patologías respiratorias presentan una tendencia a presentar síntomas depresivos, los cuales deben ser tratados oportunamente, por medio de la implementación de protocolos de intervención los cuales refuercen en el paciente aquellas habilidades personales, las cuales ayuden a disminuir la posibilidad de presentar inestabilidad en el estado de ánimo.

La adherencia al tratamiento y la motivación del paciente por ser parte de un programa de Rehabilitación Pulmonar, como el ofrecido en el Instituto, juegan un papel importante en el progreso que tenga el paciente, ya que depende de él mismo

su recuperación y proceso de aprendizaje, el cual llevará a un avance en el manejo adecuado de la patología respiratoria.

De igual forma, el aprendizaje adquirido durante el proceso de pasantía fue significativo dado que se conoció una nueva estrategia de intervención psicológica, la cual mejorará el proceso del programa de Rehabilitación Pulmonar, que de no haber sido elaborada oportunamente pudo desencadenar consecuencias en la satisfacción del paciente.

El reconocimiento por el trabajo realizado es gratificante y de suma importancia pues sienta un precedente para que se sigan utilizando adecuadamente los recursos, tanto humanos como materiales, que posee el Instituto Neumológico del Oriente, aumentando la calidad del servicio ofrecido a entidades prestadoras de salud (EPS), a los pacientes y su familia.

Sugerencias y Recomendaciones

Es de vital importancia continuar con la implementación del protocolo de intervención psicológica realizado para los pacientes que pertenecen al programa de Rehabilitación Pulmonar, pues este aumentara la eficacia del tratamiento médico, ya que el paciente posee más recursos para enfrentar las situaciones de dificultad que trae la EPOC y otras enfermedades respiratorias crónicas.

Garantizar al paciente la implementación de cada una de las sesiones estipuladas en el protocolo de intervención psicológica, para que el objetivo del mismo se pueda lograr, dando mejores resultados en las estadísticas del Instituto ante las EPS.

Incentivar procesos psicoeducativos por medio del desarrollo e implementación de protocolos de intervención psicológica dirigida a cada uno de los programas ofrecidos por el Instituto, ofreciendo un servicio multidisciplinar estructurado y organizado, el cual puede ofrecer indicadores de medición claros y estandarizados de cada uno de los pacientes.

Generar en el grupo interdisciplinario la importancia de la implementación del protocolo de intervención psicológica, la cual actúa de manera positiva en el progreso del paciente con enfermedad respiratoria.

Reconocer la importancia de la intervención psicológica en cada uno de los programas ofrecidos por el Instituto Neumológico, sobre todo en el programa de Rehabilitación Pulmonar, la cual este dirigida por un psicólogo especialista en psicología clínica que direcciona, de manera adecuada, los procesos psicológicos de los pacientes.

Referencias Bibliográficas

- Agusti, A. & Celli, B. (2005). *Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica*. Barcelona: MASSON, S.A.
- Ayuso Mateos, J. L. (2004). *Depresión: una prioridad en salud pública*. Barcelona. España: Med Clin. 123(5):181-6
- Balaguer, V. (2004). Control y prevención de las enfermedades cardiovasculares en el mundo. *Revista Española de Cardiología*, 57(6), 487-494.
- Balaguer, I. & Pastor, Y. (2001). *Un estudio acerca de la relación entre el auto concepto y los estilos de vida saludables en la adolescencia*. España: CIOPA (Congreso Internacional Online de Psicología Aplicada).
- Becoña, E., Vázquez, F. & Oblitas, L. (2004). *Promoción de los Estilos de Vida Saludables*. Bogotá, Colombia: ALAPSA
- Calvo-Corbella, E. (2002). *Atención al Paciente con Asma y EPOC en la Consulta del Médico de Familia*. Barcelona, España: MASSON S.A.
- Campo-Arias, A., Díaz-Martínez, L., Rueda-Jaimes, G. & Barros-Bermudez, J. (2005). Validación de la Escala de Zung para Depresión en Universitarias de Bucaramanga, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34(1), 54-62.
- Castillo, I., Balaguer, I., García-Merita, M. & Valcárcel, P. (2004). El Papel de la Familia y de los Pares en el Estilo de Vida de los Adolescentes. *Encuentros en Psicología Social*, 2(1), 20-26.
- Especialistas Medicinas Alternativas, (2007). *Guías de Consulta y prevención: Terapias Naturales para la Curación Integral, Diabetes*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Lea S.A.
- Frías, A. (2000). *Salud pública y educación para la salud*. Barcelona, España: MASSON S.A.
- Giraldo-Estrada, H. (2008). *EPOC Diagnóstico y Tratamiento Integral: Con Énfasis en la Rehabilitación Pulmonar*. Bogotá, Colombia: Editorial Medica Internacional Panamericana
- Goldman, L. & Braunwald, E. (2000). *Cardiología en Atención Primaria*. Madrid: EDISIONES HARCOURT, S.A.
- Gómez, M. (2008). *Estado Actual de la Rehabilitación en la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica: Valoración Psicológica y Social*. Málaga, España: Unidad de Rehabilitación Cardio-Respiratoria HU
- Housset, B. (2001). *Neumología*. Barcelona: MASSON, S.A.

- Izquierdo- Alonso, J. & Arroyo-Espliguero, R. (2005). EPOC y Riesgo Cardiovascular. *Archivos de Bronconeumología*. 41(8), 410-2.
- Jiménez-Murillo, L. & Montero, J. (1999). *Medicina de Urgencias y Emergencias: Guía diagnóstica y protocolos de actuación*. España: MMIV Elsevier
- Joseph, L., Gierlach, E., Housley, J. & Beutler, L. (2005). La Evolución de un Campo: Examen del Desarrollo y la Aceptación de la Psicología Clínica de la Salud. *Papeles del Psicólogo*. 26(091), 39-46.
- León-Rubiano, V. (2004). *Psicología de la Salud y de la Calidad de Vida*. Barcelona: Editorial UOC
- Maldonado, D., Bermúdez, M., Caballero, A., Roa, J. & Torres, C. (2003). Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica: Diagnostico y manejo integral, recomendaciones. *Revista Colombiana de Neumología*. 15(supl), S1-S34.
- Martín-Alfonso, L. (2003). Aplicaciones de la psicología en el proceso salud enfermedad. *Revista Cubana de Salud Pública*. 29(3), 275-81.
- Maya, L. (2001). *Los Estilos de Vida Saludables: Componente de la Calidad de Vida*. Costa Rica: FUNLIBRE
- Menéndez, J., Guevara, A., Arcia, N., León-Díaz, E., Marín, C. & Alfonso, J. (2005). Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 17(5/6), 353-61.
- Montenegro Álvarez, P., Gutiérrez Ortega, C., Gómez de Terreros, J., Cabanes Mariscal, M., Sánchez López, P. & Hijosa Pedregosa, M. (2011). Análisis del Metabolismo Muscular en la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. *Revista de Patología Respiratoria*. 14(1), 4-9.
- Pastor, Y., Balaguer, I. & García-Merita, M. (2006). Relaciones entre el Autoconcepto y el Estilo de Vida Saludable en la Adolescencia Media: Un Modelo Exploratorio. *Psicothema*. 18(001), 18-24.
- Peces-Barba, G., Barbera, J., Agustí, A., Casanova, C., Casas, A., Izquierdo, J., Jardim, J., López, V., Monsó, V., Montemayor, T. & Viejo, J. (2008). Guía Clínica SEPAR-ALAT de Diagnóstico y Tratamiento de la EPOC. *Archivos de Bronconeumología*. 44(5), 271-81.
- Pino, R., Álvarez, O. & Rivero, J. (2011). Enfermedad Pulmonar Obstructiva crónica. *Revista Científica Médica de Cienfuegos*. 10(1), 109-131.
- Pleguezuelos, E., Miranda, G., Gómez, A. & Capellas, L. (2008). *Rehabilitación Integral en el Paciente con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica*. Madrid: EDITORIAL MEDICA PANAMERICANA, S.A.

- Ramírez, M. & De Andrade, D. (2005). La Familia y los Factores de Riesgo Relacionados con el Consumo de Alcohol y Tabaco en los Niños y Adolescentes (Guayaquil-Ecuador). *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 13(número especial), 813-8.
- Reynoso, L. & Seligson, I. (2005). *Psicología Clínica de la Salud: Un Enfoque Conductual*. Guadalajara, México: Editorial El Manual Moderno, S.A de C.V.
- Rodés, I., Piqué, J. & Trilla, J. (2007). *Libro de la Salud del Hospital Clínic de Barcelona y la Fundación BBVA*. Bilbao: Fundación BBVA.
- Rodríguez-Marín, J. (1998). *Psicología de la Salud y Psicología clínica*. Alicante, España: Papeles del Psicólogo
- Ruiz-Rey, F. (2007). Calidad de Vida en Medicina: Problemas Conceptuales y Consideraciones Éticas. *Psicología. Revista Internacional On-Line* . 11(2).
- Shaffer, D. (2000). *Psicología del Desarrollo: Infancia y Adolescencia*. México: International Thomson Editores S.A. de C.V.
- Valero, A. & Franky, M. (2006). Prevalencia de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica y su asociación a factores de riesgo en población mayor de 40 años en las veredas: La Concepción, San Francisco, San Isidro y San Onofre del municipio de Combita en Boyacá, Colombia. *Revista Colombiana de Neumología*. 18(4), 144-50.
- Vinaccia, S. & Orozco, L. (2005). *Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas*. Medellín, Colombia: Universidad de San Buenaventura.
- Vinaccia, S., Quiceno, J., Zapata, C., Obeso, S. & Quintero, D. (2006). Calidad de Vida Relacionada con la Salud y Emociones Negativas en Pacientes con Diagnóstico de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). *Psicología desde el Caribe*. 18, 89-108.
- Wyszynsky, A. & Wyszynky, B. (2006). *Manual de Psiquiatría para Pacientes con Enfermedades Médicas*. Barcelona: MASSON, S.A.
- Zung WW. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry* 12: 63-70.

ANEXOS

ANEXO 1: Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung (SDS) (Zung, 1965)

Nombre: _____ Fecha: _____ Programa: _____

Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung (SDS)

Por favor lea cada enunciado y decida con qué frecuencia el enunciado describe la forma en que usted se ha sentido en los últimos días.

Por favor marque (✓) la columna adecuada.	Poco tiempo	Algo del tiempo	Una buena parte del tiempo	La mayor parte del tiempo
1. Me siento decaído y triste.				
2. Por la mañana es cuando me siento mejor.				
3. Siento ganas de llorar o irrumpo en llanto.				
4. Tengo problemas para dormir por la noche.				
5. Como la misma cantidad de siempre.				
6. Todavía disfruto el sexo.				
7. He notado que estoy perdiendo peso.				
8. Tengo problemas de estreñimiento.				
9. Mi corazón late más rápido de lo normal.				
10. Me canso sin razón alguna.				
11. Mi mente está tan clara como siempre.				
12. Me es fácil hacer lo que siempre hacía.				
13. Me siento agitado y no puedo estar quieto.				
14. Siento esperanza en el futuro.				
15. Estoy más irritable de lo normal.				
16. Me es fácil tomar decisiones.				
17. Siento que soy útil y me necesitan.				
18. Mi vida es bastante plena.				
19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.				
20. Todavía disfruto de las cosas que disfrutaba antes.				

Zung WW. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry* 12: 63-70.

Puntuación: _____



institutoneumologico@telebucaramanga.net.co

Carrera 35a No. 52-136 / Tel: 6478493 - 6573161
Cel. 313 2832309 / Bucaramanga - Colombia

Anexo 2: Evaluación de Conciencia de Enfermedad y Autocuidados (Lista de Chequeo)

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO, CONCIENCIA DE ENFERMEDAD Y AUTOCUIDADOS
LISTA DE CHEQUEO

Nombre: _____ Fecha: _____ Programa: _____

Por favor lea atentamente cada uno de los enunciados y marque con una (X) la opción mas correcta para describir su comportamiento.

Nº	ENUNCIADOS	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	POCAS VECES	NUNCA
1	Tengo conocimiento sobre mi enfermedad.					
2	Reconozco factores que aumentan los sintomas de mi enfermedad.					
3	Asisto a controles medicos y asistenciales puntualmente.					
4	Mi alimentación es inadecuada					
5	Realizo ejercicio fisico al menos tres veces por semana.					
6	Mis relaciones familiares relacionadas con mi enfermedad son conflictivas.					
7	Comparto tiempo con personas de mi misma edad.					
8	Desconozco la importancia de los medicamentos prescritos por el especialista.					
9	Mi motivación frente al tratamiento es baja.					
10	Tomo mis medicamentos a la hora indicada por el medico.					
11	Me agrada asistir a las citas de control interdisciplinario.					
12	Aun cuando tengo mucho trabajo recuerdo y sigo las indicaciones medicas.					
13	Olvido tomar mis medicamentos.					
14	Si los medicamentos me sientan mal, los suspendo sin consultar mi medico.					
15	Uso los medicamentos y dispositivos según las indicaciones del especialista y el equipo de salud.					
16	Recibo apoyo de mi familia en el manejo y tratamiento de mi enfermedad.					

Puntaje Total: _____



institutoneumologico@telebucaramanga.net.co

Carrera 35a No. 52-136 / Tel: 6478493 - 6573161
Cel. 313 2832309 / Bucaramanga - Colombia

Anexo 3: Protocolo de Intervención Psicológica para Pacientes que Pertenecen al Programa de Rehabilitación Pulmonar del Instituto Neumológico del Oriente S.A.

PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA PACIENTES DEL
PROGRAMA DE REHABILITACIÓN PULMONAR



INTRODUCCIÓN

El Instituto Neumológico del Oriente, como Institución Prestadora de Servicios de Salud (I.P.S.) está dedicada a la atención integral de todo tipo de paciente con enfermedad respiratoria o en riesgo de presentarla. Entre sus servicios ofrece el Programa de Rehabilitación Pulmonar el cual tiene como objetivo principal, estabilizar el estado físico y psicopatológico del paciente, buscando el retorno a su vida diaria con la más alta capacidad funcional permitida por la lesión pulmonar.

El proceso de rehabilitación pulmonar que enfrenta un paciente con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) implica, como parte interdisciplinar del proceso, una intervención psicológica encaminada a fortalecer aspectos relacionados con mejorar la calidad de vida, generando en el paciente estilos de vida saludables que aumenten su conciencia de enfermedad y logre involucrar a la familia como parte del proceso psicoeducativo (Sivori, et al, 2004).

El programa tiene una duración de cuatro meses y cuenta con un proceso de seguimiento, que dependiendo de la Entidad Prestadora de Salud (EPS) a la que pertenezca el paciente, puede variar de 6 a 14 meses; durante los cuatro meses de duración del programa, según el protocolo de intervención realizado por la Organización Colombiana de Neumología (2003), el paciente cuenta con consultas mensuales con el grupo multidisciplinario conformado por la psicóloga, la nutricionista, la enfermera, la fisioterapeuta (encargada de la Rehabilitación Pulmonar) y consultas oportunas con el médico neumólogo (según necesidad y severidad de la enfermedad), además de ello, el paciente cuenta con conferencias educativas, las cuales se realizan cada tres semanas, en estas se refuerzan los temas y recomendaciones dadas en las consultas individuales.

La intervención psicológica se encuentra estructurada para realizarse en cuatro sesiones, aproximadamente, una por mes, cada una con un objetivo específico que conlleve al cumplimiento del objetivo principal, el cual está enfocado en mejorar la calidad de vida del paciente por medio de la psicoeducación, donde se promueven estilos de vida saludables y conciencia de enfermedad, lo cual aumenta los auto cuidados y la adherencia al tratamiento; aspectos importantes

para el control de los síntomas, disminución de las exacerbaciones de la enfermedad y la estancia clínica.

La intervención psicológica inicia con la construcción de la historia clínica, a partir de la cual se identifican aspectos del estado actual del paciente tanto de condiciones físicas y psicológicas como de las afectaciones que padece; además ayuda a reconocer en el paciente su mejoría frente a su situación de salud, ya que este elemento se alimenta en cada una de las sesiones a las que asiste el paciente y constituye una fuente de información que precisa si la intervención que se está realizando es adecuada y si se adaptada a las necesidades con las que ingreso el paciente, describiendo así el proceso que se realiza y sus resultados.

El paciente con EPOC está expuesto a variaciones físicas ya que esta enfermedad está fuertemente relacionada con limitaciones físicas y estados de incapacidad, lo cual se debe a la falta de oxígeno producida por la disminución del flujo del aire, razón por la cual se aumenta la disnea (fatiga) y la tos, que a su vez impide que el paciente duerma de una manera adecuada, aumentando la sensación de cansancio, desaliento y desanimo al realizar actividades que anteriormente disfrutaba (Gómez-González, 2008).

Estas limitaciones aumentan la probabilidad de presentar síntomas depresivos como sentimientos de tristeza y desesperanza por su situación actual, y sentimientos de angustia por presentar exacerbaciones o ser hospitalizados, situación que los conduce a un aislamiento social, ya que al percibir la enfermedad como un problema sin solución se presenta inestabilidad emocional, y al observar que las estrategias de afrontamiento se agotan o fracasan aparece un sentimiento de frustración que dificulta la búsqueda de nuevas soluciones sumergiéndolos en una situación paralizante (Reynoso, & Seligson, 2005).

El diagnóstico y tratamiento oportuno por parte del médico especialista, es de gran importancia ya que se identifican factores de riesgo, se educa al paciente en el proceso de su enfermedad y se aumenta el sentimiento de control logrando una adherencia al tratamiento adecuada, y así por medio del tratamiento farmacológico, controlado por el médico neumólogo, la realización de actividad física guiada por la fisioterapeuta y la intervención psicológica, se logra que el paciente desarrolle una estabilidad emocional y una mejoría en sus síntomas (Álvarez-Sala, et al, 2001).

La intervención psicológica busca que el paciente entienda su enfermedad y su tratamiento, aumente la confianza en los profesionales a cargo, genere aceptación de su nueva condición de salud y mejore la disposición frente las modificaciones de rutinas y hábitos que debe asumir para tener un estilo de vida saludable que promueven calidad de vida. Este proceso conlleva la identificación, control y/o cambio de pensamientos y emociones negativas que se pueden presentar asociados a los síntomas o a la enfermedad en general, actuando de manera práctica y efectiva frente a situaciones de adversidad como exacerbaciones, recaídas, hospitalizaciones, conflictos familiares, entre otros.

El primer paso es dar a conocer al paciente la información necesaria sobre su enfermedad y su proceso de rehabilitación que ayude a reforzar la confianza hacia el tratamiento, fortaleciendo o eliminando creencias que tenga el paciente sobre su enfermedad y aumentando la adherencia al tratamiento (Peces-Barba, et al, 2008).

Así mismo, teniendo en cuenta que la EPOC es una enfermedad progresiva, el trabajo debe centrarse en el manejo de los síntomas de estrés y depresión asociados, de modo que el paciente y su familia cuente con estrategias cognitivas-conductuales que le permitan manejar adecuadamente las situaciones a las que está expuesto debido a la patología respiratoria (Sivori, et al, 2008).

El proceso de psicoeducación guía al paciente a que visualice el estado de salud no solo como ausencia de enfermedad sino como un proceso de bienestar físico, mental y espiritual para que no se limite en su proceso y pueda desarrollar habilidades frente a su situación actual. Además, valora el impacto que ha tenido la enfermedad y sus síntomas en el desarrollo del paciente y su familia debido al deterioro orgánico al que está expuesto.

En lo anterior se describe el proceso de intervención psicológica, donde se espera que el paciente encuentre en su proceso de rehabilitación un acompañamiento continuo y un aprendizaje que le de apoyo, para él y su familia, el cual contribuye al manejo de los síntomas y a la adaptación a la condición de enfermedad crónica a la que está expuesta el paciente con EPOC.

OBJETIVO GENERAL

Desarrollar estrategias de afrontamiento que le permitan al paciente generar conciencia de enfermedad y actuar activamente frente al desarrollo de un nuevo estilo de vida saludable, a través de la intervención en factores de riesgo que contribuyen al manejo adecuado de los síntomas relacionados con la enfermedad pulmonar como el estrés o la depresión, y la psicoeducación en habilidades que mejoren la calidad de vida del paciente.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Generar conciencia de enfermedad en el paciente de rehabilitación pulmonar que favorezca el proceso de adaptación al diagnóstico, a la intervención o tratamiento y a la rehabilitación en general.
- Orientar al paciente hacia la aceptación de su limitación y adaptación a un nuevo estilo de vida saludable, el cual estará guiado por el desarrollo de estrategias de afrontamiento que le permitan reducir factores de riesgo posteriores, que pueden empeorar la evolución de su enfermedad.
- Psicoeducar al paciente en el manejo emocional asertivo ante la presencia de síntomas propios de su enfermedad.
- Identificar, evaluar e intervenir reacciones físicas (insomnio y estrés) y psicológicas (ansiedad, depresión, miedo, aislamiento, dependencia, culpa, cambios en la autoestima, entre otros) asociadas a la EPOC, de modo que se contribuya al mejoramiento de la calidad de vida del paciente.

PROCEDIMIENTO

La intervención psicológica está estructurada en cuatro sesiones que se describen a continuación:

Primera Sesión

Objetivo:

Recolectar información detallada del paciente, evaluando su estado actual por medio de instrumentos de medición que ayuden a identificar rasgos depresivos y factores de riesgo a los que está expuesto, para guiar de manera adecuada la intervención psicológica.

Estructura:

1. Bienvenida:

Se da la bienvenida al paciente que ingresa al Programa de Rehabilitación Pulmonar, lo cual incluye la presentación del programa y los profesionales vinculados. Se enfatiza sobre información importante que el paciente debe conocer para garantizar el buen funcionamiento de todo el proceso, como las normas institucionales y los acuerdos preestablecidos con enfermería.

2. Historia Clínica:

La historia clínica es un instrumento que permite obtener información acerca de la problemática que presenta el paciente, es un elemento importante en el procedimiento clínico, en ella se registra la información relacionada con aspectos físicos, afectivos, cognitivos y conductuales, del paciente, su familia, su entorno social y su enfermedad (Reynoso, L., Seligson, I., 2005),

además de la evaluación de indicadores de medición que contribuyan a la definición de la intervención a realizar, teniendo en cuenta la descripción de las conductas y respuestas del paciente (Ver anexo 1).

3. Indicadores de medición: Depresión

A través de la valoración cuantitativa por medio de la Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung, se desea ofrecer datos puntuales y validados que indiquen la presencia o ausencia de rasgos depresivos en los pacientes. Con el resultado cuantitativo obtenido, sumado a la entrevista personal y observación del paciente se puede determinar el estado emocional que presenta el paciente y su evolución durante la intervención.

- **Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung (SDS) (Zung, 1965)**

La Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung (SDS) (Zung, 1965) es una escala de tipo encuesta corta, que se auto administra para determinar si hay presencia o ausencia de rasgos depresivos, teniendo como punto de referencia los últimos quince días vividos por el paciente. Consta de 20 ítems los cuales indican las cuatro características más comunes de la depresión: el efecto dominante, los equivalentes fisiológicos, otras perturbaciones, y las actividades psicomotoras; valorando así el estado de ánimo y síntomas cognoscitivos y somáticos. Esta Escala a través de la aparición de respuestas emocionales negativas o positivas, permite analizar factores psicológicos que pueden estar influyendo en el proceso de rehabilitación y en la calidad de vida percibida por el paciente con EPOC.

Cabe resaltar que diez preguntas están estructuradas de manera positiva y otras diez de manera negativa, cada pregunta se evalúa en una escala de 1 a 4 (poco tiempo, algo de tiempo, una buena parte del tiempo y la mayor parte del tiempo). La puntuación total no se correlaciona significativamente con edad, sexo, estado civil, nivel educacional o económico ni inteligencia. El rango de puntuación total va de 20 a 80, distribuyéndose de 25-49 Rango Normal, 50-59 Ligeramente

Deprimido, 60-69 Moderadamente Deprimido y 70 o más, Severamente Deprimido (ver anexo 2).

Para la identificación y evaluación del grado de conciencia de enfermedad y adherencia al tratamiento se estipulo una lista de chequeo, la cual contribuye a lograr el objetivo de la intervención (la lista de chequeo se encuentra en proceso de validación, es aplicada como prueba piloto).

- **Lista de Chequeo para la Evaluación de Conciencia de Enfermedad y Autocuidado**

La Evaluación de Conciencia de Enfermedad y Autocuidado es una lista de chequeo la cual está conformada por 16 preguntas estructuradas, algunas de forma positiva y otras de forma negativa, a través de dicho listado se exploran hábitos, habilidades y conocimientos inherentes al paciente crónico y en especial a su enfermedad pulmonar. Se indaga sobre conceptos como autocuidado, conciencia de enfermedad y adherencia al tratamiento. Cada pregunta tiene cinco (5) opciones de respuesta tipo likert; nunca, pocas veces, a veces, casi siempre y siempre (ver anexo 3). Cada respuesta tiene un valor que van de 1 a 5, que realizan una descripción cualitativa de la percepción que tiene el paciente de su enfermedad y el cumplimiento del tratamiento, cuestionando el uso adecuado de los recursos brindados en el programa, su medicamento, sus citas médicas e interdisciplinarias, entre otros.

Segunda Sesión

Objetivo:

Psicoeducar al paciente en estrategias de afrontamiento que contribuyan al manejo adecuado de su enfermedad, partiendo de las necesidades y falencias

observadas en el paciente e identificadas por medio de las escalas de medición aplicadas en la primera sesión.

Estructura:

1. Realimentación de la sesión anterior:

Se indaga sobre la situación actual del paciente, su evolución y/o cambios generados entre sesión y sesión; se hace un breve recuento de la sesión anterior, socializando los resultados obtenidos por medio de la Escala Autoaplicada para la Depresión de Zung (Zung, 1965), y la Evaluación de Conciencia de Enfermedad y Autocuidado (Prueba piloto); todo esto con el objetivo de generar en el paciente una mayor apropiación y motivación en el proceso de intervención, además de indagar sobre las posibles causas de los resultados obtenidos, con el propósito de generar conciencia de cambio.

2. Asesoría Psicológica:

La asesoría psicológica está guiada por la psicoeducación dirigida al paciente reforzando habilidades en las que se encuentren falencias en pro del manejo adecuado de la enfermedad y los procesos emocionales que esta conlleva, los temas que serán tratados en esta segunda sesión son:

- **Conciencia de Enfermedad:**

La conciencia de enfermedad se refiere al estado de aceptación que presente el paciente por su enfermedad. Comienza con la recolección de información adecuada para entender su proceso de evolución, lo cual ayuda al paciente a entender su diagnóstico, su tratamiento y lo que puede esperar de este proceso. Es de gran importancia que el paciente reconozca el grado de afectación que la enfermedad respiratoria trae para su vida y con qué estrategias la puede afrontar. Según Jenike, Baer & Minichiello (2001) la conciencia de enfermedad está relacionada con la fortaleza de convicción sobre una creencia, creer si realmente se está enfermo, creencias sobre el

tratamiento, etc. El deseo de recuperarse y limitar los síntomas de la enfermedad que tiene el paciente indica una madura conciencia de enfermedad, aunque no siempre están en relación, y puede estar anclada a actitudes y creencias falsas. Por ello la intervención psicológica debe pretender psicoeducar al paciente para que actúe efectivamente frente a su situación de salud actual y contribuya en el manejo adecuado de los síntomas

- Estilos de vida saludables:

El estilo de vida saludable está relacionado con el concepto de salud, ya que según en la forma que se vive, se determina el modo en el que se muere. El estilo de vida de una persona está influenciado por conductas, actitudes y creencias acerca de las prácticas saludables, de riesgo y enfermedad; es por esto que un estilo de vida no saludable puede llegar a ser generador de enfermedades como el cáncer, la diabetes mellitus, la EPOC entre otras (Reynoso & Seligson, 2005). En la etapa de la adolescencia o de la adultez joven se presentan, con mayor probabilidad, exposiciones a conductas denominadas de alto riesgo como el tabaquismo, el uso de alcohol y drogas, alimentación inadecuada, entre otras; factores que repercuten en la salud de las personas, por lo tanto es de vital importancia que el profesional de la salud revise la presencia de estos antecedentes en sus pacientes, de modo que se logre estimar el grado de afectación que se puede presentar.

Para disminuir el grado de mortalidad y morbilidad es importante adoptar, desde una edad temprana, un estilo de vida saludable ya que es la mejor aproximación para disminuir la probabilidad de aparición de algunas enfermedades y mejorar la salud y el bienestar de las personas.

El cambio a estilos de vida saludables en un paciente con enfermedad respiratoria se debe empezar con el reconocimiento de conductas saludables y de riesgo, reforzando las conductas positivas y disminuyendo las negativas, así mismo promover el cambio con la misma experiencia, llevando al paciente a la realización de tareas cortas y claras que mejoran su estado de salud y, a través de la utilización de técnicas

conductuales para modificar, sistematizar y mantener los cambios (Reynoso & Seligson, 2005).

- Inoculación del estrés:

La inoculación del estrés es una forma sistemática sobre cómo enseñar a los pacientes a relajarse y afrontar una gran variedad de experiencias estresantes. El entrenamiento en inoculación del estrés consta de tres fases: 1) conceptualización; en donde se realiza la recolección de la información de problema y se le informa al paciente sobre las habilidades fallidas y las deficientes, explicando en que consiste el manejo del estrés, 2) adquisición de habilidades; se realiza el entrenamiento, evaluación y rectificación de habilidades de afrontamiento como la comunicación, la solución de problemas, el uso del apoyo social, manejar las expresiones de afecto, estas estrategias se pueden valorar por medio del juego de roles, y 3) aplicación y seguimiento; en la cual el paciente debe aplicar las habilidades adquiridas (Reynoso & Seligson, 2005).

- Manejo de síntomas depresivos:

Para el manejo de los síntomas depresivos es necesario reconocer las percepciones del paciente relacionadas consigo mismo, con el entorno y con el futuro, ya que estas dependen de los errores cognitivos, los cuales comprenden inferencias arbitrarias, abstracción selectiva, sobregeneralización, y magnificación o minimización de los hechos. Es por ello que se inicia con una interpretación del tipo de pensamiento que posee el paciente, autoobservación o registro de “pensamientos automáticos” para hacerlos conscientes y una aplicación de reglas de evidencia y de lógica. La auto observación es la estrategia fundamental para que el paciente vaya descubriendo por sí mismo y poco a poco el papel perturbador de sus pensamientos, al tiempo que va implementando otras interpretaciones, sin necesidad de una intervención tan directa del profesional (Reynoso & Seligson, 2005).

- Estrategias de afrontamiento:

El afrontamiento es un proceso a través del cual el paciente maneja las demandas de la relación individuo-ambiente, las cuales reconoce como estresantes y tiene en cuenta las emociones que esto le genera. En los pacientes con enfermedad respiratoria se trabajan estrategias de afrontamiento dirigidas al problema específico, el cual es su enfermedad. Las alternativas deben ser evaluadas según su costo-beneficio lo que permite que el paciente no gaste más de lo que recibe, reconociendo los recursos que posee como su grado de salud, creencias positivas, técnicas para la resolución del problema, habilidades sociales, apoyo social y recursos materiales. Los recursos que se resalten en el paciente deben ser utilizados como base para consolidar las estrategias de afrontamiento, ya que la presencia de un recurso en un momento no significa que será útil en otro contexto. Es por ello que el afrontamiento debe ser efectivo, ósea, en concordancia con los valores, objetivos, compromisos y creencias del paciente. Reconocer y actuar efectivamente frente a una situación adversa o estresante es el puente para generar tranquilidad y aceptación frente a la enfermedad respiratoria (Reynoso & Seligson, 2005).

Tercera Sesión

Objetivo:

Fortalecer conocimientos y habilidades de afrontamiento necesarias para el manejo adecuado de los síntomas de la enfermedad y la aceptación de la misma.

Estructura:

1. Realimentación de la sesión anterior:

Se repasan los conceptos vistos en la sesión anterior, visualizando en el paciente los posibles cambios realizados desde la consulta previa, reforzando las estrategias de afrontamiento abordadas.

2. Evaluación del paciente: Se valora el estado actual, cambios desde la última sesión y novedades en cuanto a la enfermedad. En el caso que el paciente presente o siga presentando rasgos de depresión o ansiedad asociados a su situación de enfermedad, o si percibe que se necesita intervenir a profundidad en aspectos como control de emociones, motivación, conciencia de enfermedad, ideas negativas en relación a sus limitaciones, entre otras: se procederá a incluir estos aspectos en la intervención, como parte del trabajo específicamente orientado a mejorar las condiciones en la calidad de vida del paciente.

3. Refuerzo de conductas positivas:

El refuerzo de conductas positivas es de gran importancia en el proceso de psicoeducación, ya que incrementa la capacidad del paciente para adoptar comportamientos saludables, por medio de las estrategias de afrontamiento de una manera socialmente apropiada. Los procedimientos asertivos son utilizados para facilitar la expresión de sentimientos positivos, como el afecto o el elogio, aumentando la adherencia al tratamiento y la efectividad de la intervención al contribuir en el aumento de la autoestima y el manejo adecuado de la enfermedad respiratoria (Reynoso & Seligson, 2005).

Cuarta Sesión

Objetivo:

Evaluar el proceso de aprendizaje realizado por el paciente valorando su estado final por medio de los instrumentos de medición y el seguimiento realizado, reforzando acciones positivas que contribuyan al manejo oportuno de situaciones negativas que se pueden presentar, realizando la respectiva retroalimentación.

Estructura:

1. Realimentación de la sesión anterior:

Se guía al paciente para que realice una autoevaluación de su proceso durante la intervención psicológica. Identificando, en conjunto con el paciente, los elementos trabajados, cambios obtenidos, beneficios o perjuicios del proceso, además de identificar que los cambios en el estado de ánimo influyen en la presencia de agudizaciones o mejoría de la EPOC.

2. Refuerzo del proceso psicoeducativo:

Al finalizar el proceso de psicoeducación realizado en las sesiones anteriores, en relación al desarrollo de estrategias de afrontamiento que contribuyen al refuerzo de conductas de autocuidado, control de la depresión, y el manejo emocional adecuado frente a recaídas, es importante realizar un refuerzo que consolide lo aprendido por el paciente para que se mantenga en el tiempo, ya que el paciente debe aprender a ejecutar la nuevas conductas en su entorno familiar y social, sin el apoyo del terapeuta. Del mismo modo se orienta al paciente para que evalúe el uso que ha realizado de las herramientas y las habilidades adquiridas a lo largo de la rehabilitación desde las diferentes áreas de intervención (fisioterapia, nutrición, enfermería y medico neumólogo), con ello se pretende indagar sobre el real cumplimiento de los objetivos planteados en el programa.

3. Indicadores de medición: Depresión

Como parte del proceso de evaluación final se realiza la valoración cuantitativa para ofrecer datos puntuales y validados que indiquen la

presencia o ausencia de rasgos depresivos en los pacientes, por medio de la Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung (Zung, 1965). A partir del resultado cuantitativo de la escala de Zung, sumada a la entrevista personal y observación del paciente se puede evaluar el estado emocional que con la que se egresa el paciente del programa.

4. Cierre de la intervención psicológica:

Se realiza el cierre de la intervención con el repaso de las estrategias aprendidas por el paciente, resaltando los cambios positivos en la conducta, los cogniciones autorreguladas y las estructuras cognitivas novedosas que fortalecen el estado de salud mental.

Controles

La intervención psicológica está diseñada en cuatro sesiones, descritas anteriormente, pero en el momento en que el profesional a cargo evidencie la necesidad de llevar a cabo controles intersesiones, por diferentes factores de riesgo que presente el paciente, que tengan que ver con su enfermedad respiratoria o su aspecto personal, estas se deben realizar oportunamente. Por ejemplo: si un paciente ingresa al programa de rehabilitación y en la primera sesión de la intervención psicológica se evidencia que presenta un episodio depresivo es necesario que se realice controles semanales o quincenales hasta que se logre una estabilidad emocional. Con estos controles se pretende reforzar el proceso de psicoeducación que se realiza con el paciente para contribuir en el manejo adecuado de su enfermedad.

Sesiones Grupales

Las sesiones grupales están establecidas por medio de un cronograma semestral institucional, donde cada paciente se compromete con el programa a asistir a estos espacios de refuerzo educativo. Las conferencias educativas se

realizan desde las diferentes áreas de intervención: médico neumólogo, enfermería, fisioterapia, psicología y/o nutrición; con una periodicidad de una sesión educativa grupal cada tres semanas. En psicología se abordan temas relacionados con la calidad de vida, el manejo adecuado del estrés, la ansiedad, la depresión y la sexualidad en enfermedades respiratorias. Cada una de las sesiones grupales tiene una duración aproximada de una hora y al finalizar se realiza realimentación por medio de un espacio de preguntas e inquietudes, y se evalúa el contenido e información de la sesión a través de un formato de evaluación institucional, el cual es diligenciado por los pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Álvarez-Sala, J.L., Cimas, E., Masa, J.F., Miravittles, M., Molina, J., Naberan, K., Simonet, P. & Viejo, J.L., (2001). Recomendaciones para la Atención al Paciente con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. *Archivos de Bronconeumología*. (37), 269-278.

Gómez-González, A., (2008). *Estado Actual de la Rehabilitación en le Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica: Valoración Psicológica y Social*. Málaga, España: H.U. Virgen de la Victoria.

Jenike, M., Baer, L., & Minichiello, W., (2001). *Trastornos Obsesivo-Compulsivos: manejo practico*. España: Ediciones Harcourt, S.A.

Peces-Barba, G., Barbera, J.A., Agusti, A., Casanova, C., Casas, A., Izquierdo, J.L., Jardim, J., López-Varela, V., Monsó, E., Montemayor, T., & Viejo, J.L., (2008). Normativa SEPAR: Guía clínica SEPAR-ALAT de Diagnóstico y Tratamiento de la EPOC. *Archivos de Bronconeumología*. 44(5):271-81.

Reynoso, L., Seligson, I., (2005). *Psicología Clínica de la Salud: Un Enfoque Conductual*. Guadalajara, México: Editorial Manual Moderno S.A. de C.V.

Sivori, M., Almeida, M., Benzo, R., Boim, C., Brassesco, M., Callejas, O., Capparelli, I., Conti, E., Diaz, M., Dragui, J., Franco, J., Gando, S., Giuliano, G., Guida, R., Jolly, E., Pesolano, F., Rabinovich, R., Ratto, P., Rhodius, E., Saadia, M., Salvado, A., Sobrino, E., & Victorio, C., (2008). *Nuevo Consenso Argentino de Rehabilitación Respiratoria: Actualización 2008*. Buenos Aires: Medicina 68:325-344

Sivori, M., Benzo, R., Rhodius, E., Jolly, E., Boim, C., Saadia, M., Conti, E., Guevara, I., Carles, D., Victorio, C., Santini, F., Ratto, P., Capparelli, I., Prieto, E., Azvalinsky, M., & Alais, M., (2004). *Consenso Argentino de Rehabilitación Respiratoria*. Buenos Aires: Medicina 64:357-367

Zung WW. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry* 12: 63-70.

PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA PACIENTES DEL
PROGRAMA DE REHABILITACIÓN PULMONAR

ANEXOS



ANEXO 1. HISTORIA CLINICA



**HISTORIA CLINICA
PSICOLOGIA**

DATOS DEL PACIENTE	
Nombre del Paciente	_____
Seguridad - Salud	_____ Teléfono _____
Domicilio	_____
Fecha de Nacimiento	_____ Edad _____
Nombre del Padre o conyuge	_____ Ocupación _____
Personas con quien vive	_____ Minimental _____

Fecha:	Día	<input type="text"/>	Mes	<input type="text"/>	Año	<input type="text"/>
--------	-----	----------------------	-----	----------------------	-----	----------------------

VALORACION RELEVANTE POR AREAS

Familiar, Emocional y Afectiva	
Ocupacional	

--

Física	
Problemas Urgentes	
Diagnóstico	
Plan de Tratamiento	
Conclusiones y Recomendaciones	

Psicóloga.

--

ANEXO 2. ESCALA DE AUTOEVALUACION PARA LA DEPRESION DE ZUNG (SDS)

Nombre: _____ Fecha: _____ Programa: _____

Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung (SDS)

Por favor lea cada enunciado y decida con qué frecuencia el enunciado describe la forma en que usted se ha sentido en los últimos días.

Por favor marque (✓) la columna adecuada.	Poco tiempo	Algo del tiempo	Una buena parte del tiempo	La mayor parte del tiempo
1. Me siento decaído y triste.				
2. Por la mañana es cuando me siento mejor.				
3. Siento ganas de llorar o irrumpo en llanto.				
4. Tengo problemas para dormir por la noche.				
5. Como la misma cantidad de siempre.				
6. Todavía disfruto el sexo.				
7. He notado que estoy perdiendo peso.				
8. Tengo problemas de estreñimiento.				
9. Mi corazón late más rápido de lo normal.				
10. Me canso sin razón alguna.				
11. Mi mente está tan clara como siempre.				
12. Me es fácil hacer lo que siempre hacía.				
13. Me siento agitado y no puedo estar quieto.				
14. Siento esperanza en el futuro.				
15. Estoy más irritable de lo normal.				
16. Me es fácil tomar decisiones.				
17. Siento que soy útil y me necesitan.				
18. Mi vida es bastante plena.				
19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.				
20. Todavía disfruto de las cosas que disfrutaba antes.				

Zung WW. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry* 12. 63-70.

Puntuación: _____



institutoneumologico@telebucaramanga.net.co

Carrera 35a No. 52-136 / Tel: 6478493 - 6573161
Cel. 313 2832309 / Bucaramanga - Colombia

ANEXO 3. EVALUACION DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO, CONCIENCIA DE ENFERMEDAD Y AUTOCUIDADO (LISTA DE CHEQUEO)

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO, CONCIENCIA DE ENFERMEDAD Y AUTOCUIDADOS
LISTA DE CHEQUEO

Nombre: _____ Fecha: _____ Programa: _____

Por favor lea atentamente cada uno de los enunciados y marque con una (X) la opción mas correcta para describir su comportamiento.

Nº	ENUNCIADOS	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	POCAS VECES	NUNCA
1	Tengo conocimiento sobre mi enfermedad.					
2	Reconozco factores que aumentan los síntomas de mi enfermedad.					
3	Asisto a controles medicos y asistenciales puntualmente.					
4	Mi alimentación es inadecuada					
5	Realizo ejercicio físico al menos tres veces por semana.					
6	Mis relaciones familiares relacionadas con mi enfermedad son conflictivas.					
7	Comparto tiempo con personas de mi misma edad.					
8	Desconozco la importancia de los medicamentos prescritos por el especialista.					
9	Mi motivación frente al tratamiento es baja.					
10	Tomo mis medicamentos a la hora indicada por el medico.					
11	Me agrada asistir a las citas de control interdisciplinario.					
12	Aun cuando tengo mucho trabajo recuerdo y sigo las indicaciones medicas.					
13	Olvido tomar mis medicamentos.					
14	Si los medicamentos me sientan mal, los suspendo sin consultar mi medico.					
15	Uso los medicamentos y dispositivos según las indicaciones del especialista y el equipo de salud.					
16	Recibo apoyo de mi familia en el manejo y tratamiento de mi enfermedad.					

Puntaje Total: _____



institutoneumologico@telebucaramanga.net.co

Carrera 35a No. 52-136 / Tel: 6478493 - 6573161
Cel. 313 2832309 / Bucaramanga - Colombia

Anexo 4: Protocolo de Intervención Psicológica para Pacientes que Pertenecen al Programa de Clínica de Asma Infantil del Instituto Neumológico del Oriente S.A.

PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA PACIENTES DEL
PROGRAMA CLINICA DE ASMA INFANTIL



INTRODUCCIÓN

La Clínica de Asma Infantil es un programa de intervención multidisciplinar desarrollado en el Instituto Neumológico del Oriente el cual tiene como objetivo principal proporcionar los conocimientos y las habilidades necesarias para mejorar el autocuidado y el cumplimiento terapéutico que conlleve a un óptimo control de la enfermedad y una mayor autonomía para el paciente.

El asma es una de las enfermedades respiratorias crónicas más frecuente a nivel mundial, puede ser tratada eficientemente y la mayoría de los pacientes puede lograr un control adecuado de los síntomas, es por ello que los programas educativos para el control del asma apuntan a que el paciente reconozca factores de riesgo que aumentan los síntomas de la enfermedad, reduciendo la utilización de medicamentos de rescate, lo cual proporciona el desarrollo de una vida productiva y físicamente activa, evitando crisis severas o estancias clínicas (GINA, 2006).

Entre los síntomas del asma se encuentran episodios recurrentes de sibilancias, dificultad respiratoria, opresión torácica y tos, particularmente en la noche o madrugada, ya que la enfermedad es un trastorno inflamatorio crónico de las vías aéreas, lo que produce hiperreactividad bronquial, caracterizada por una obstrucción en el flujo de aire, al exponerse a factores de riesgo como el frío, el pólen de las plantas, los ácaros, el polvo, animales con pelo, humo de cigarrillo, entre otros (GINA, 2006).

Siendo el asma una enfermedad crónica que se presenta con mayor frecuencia en la etapa infantil, es importante que el pediatra detecte y trate oportunamente la enfermedad, para así poder minimizar la influencia de los síntomas mencionados en el desarrollo del infante, ya que al tratarse de una enfermedad respiratorio limita físicamente al paciente interviniendo en la realización de actividades típicas de la infancia como jugar, correr, saltar, entre otras (GINA, 2006).

Es por ello que el programa Clínica de Asma Infantil establece, como parte interdisciplinar del proceso, una valoración y seguimiento médico por parte del especialista neumólogo-pediatra, como también una intervención nutricional, una intervención fisioterapéutica y una intervención psicológica. Esta última, encaminada a fortalecer habilidades de afrontamiento que lleven al manejo

adecuado de la enfermedad y de sus repercusiones en el ámbito familiar, social y personal.

El programa Clínica de Asma Infantil tiene una duración de cuatro meses, dividida en cuatro fases de intervención, en las cuales se tiene una consulta con cada una de las especialidades. Debido a ello la intervención psicológica está estructurada para ser realizada en cuatro sesiones, teniendo como objetivo principal psicoeducar al paciente asmático y a su familia en habilidades de afrontamiento, para que actúen de manera práctica frente a las diferentes situaciones relacionadas con la enfermedad contribuyendo al manejo adecuado de la enfermedad.

El paciente asmático está expuesto a presentar limitaciones físicas, que aumentan al no tener un control adecuado de su enfermedad, estas limitaciones físicas pueden influir en el desarrollo de alteraciones psicológicas asociadas a la enfermedad. Una de las alteraciones más frecuentes en el niño asmático es la ansiedad, esta es una respuesta emocional que actúa frente a estímulos internos o externos, los cuales son mediados por las características del sujeto. Generalmente, los pacientes asmáticos presentan manifestaciones de ansiedad exagerada, la cual no es proporcional a la gravedad de la enfermedad sino que depende de la personalidad de cada paciente (Martín, 2008).

La ansiedad es un factor útil ya que, en estados normales, sirve de señal de alarma y conduce al paciente a adoptar las medidas terapéuticas adecuadas frente a una situación de crisis, pero cuando la ansiedad es anormalmente elevada o débil, puede tener consecuencias negativas (Magar, 1998; citado por Martín, 2008).

El nivel de autoeficacia está mediado por la capacidad de manejo que le dé el paciente asmático a las crisis, y ésta repercute en el nivel de severidad de la misma, es por ello que desde la intervención psicológica se quiere, de una manera guiada y educativa, que el paciente conozca el asma, generando conciencia de enfermedad que contribuya al manejo adecuado de emociones, mejore su calidad de vida, actuando de manera práctica y efectiva frente a exacerbaciones o estancias clínicas. Es por esto que se hace necesaria la intervención psicológica temprana, involucrando al paciente y su familia, evaluando la adaptación emocional de vivir con la enfermedad (Benítez, & Molina, 2005).

La intervención psicológica se realiza desde la teoría cognitivo-conductual comienza de modo que se le pueda ofrecer al paciente información importante y

necesaria sobre la enfermedad, corrigiendo conductas desadaptadas y creencias erróneas, entrenando en estrategias que disminuyan la frecuencia e intensidad de las crisis y la repercusión a nivel conductual y emocional (Benítez, & Molina, 2005).

El proceso de psicoeducación guía al paciente y a su cuidador a que visualice el estado de salud no solo como ausencia de enfermedad sino como un proceso de bienestar físico, mental y espiritual para que no se limite en su proceso y pueda desarrollar habilidades frente a su situación actual. Además, valora el impacto que ha tenido la enfermedad y sus síntomas en el desarrollo del paciente y su familia debido a la presencia de crisis y estancias clínicas a las que está expuesto.

En lo anterior se describe el proceso de intervención psicológica, donde se espera que el paciente y su familia encuentren, en su proceso educativo, un acompañamiento continuo y un aprendizaje de apoyo, el cual contribuye al manejo de los síntomas y a la adaptación a la condición de enfermedad crónica al que está expuesto el paciente con asma infantil.

OBJETIVO GENERAL

Desarrollar estrategias de afrontamiento que le permitan al paciente y su familia generar conciencia de enfermedad y actuar activamente frente al desarrollo de un nuevo estilo de vida saludable, a través de la intervención en factores de riesgo que contribuyen al manejo adecuado de los síntomas relacionados con la enfermedad pulmonar como el estrés o la ansiedad, y la psicoeducación en habilidades que mejoren la calidad de vida.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Psicoeducar al paciente y su familia en el desarrollo y proceso de enfermedad, ofreciendo información útil que conlleve a una comprensión de la misma, corrigiendo conductas desadaptadas y creencias erróneas.
- Evaluar presencia de ansiedad en el paciente asmático, por medio del Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAIC), para intervenir oportunamente en el control de los episodios ansiosos.
- Brindar asesoría psicológica que contribuya al manejo adecuado de la enfermedad y reacciones físicas como el estrés, ofreciendo estrategias de relajación muscular que mejore la calidad de vida del paciente asmático.

PROCEDIMIENTO

La intervención psicológica está estructurada en cuatro sesiones que se describen a continuación:

Primera Sesión

Objetivo

Recolectar información detallada del paciente, evaluando su estado actual por medio de instrumentos de medición que ayuden a identificar presencia de ansiedad y factores de riesgo a los que está expuesto, para guiar de manera adecuada la intervención psicológica

Estructura

4. Bienvenida:

Se da la bienvenida al paciente que ingresa al Programa de Clínica de Asma Infantil y a su acudiente, lo cual incluye la presentación del programa y los profesionales vinculados. Se enfatiza sobre información importante que el paciente debe conocer para garantizar el buen funcionamiento de todo el proceso, como las normas institucionales y los acuerdos preestablecidos con enfermería.

5. Historia Clínica:

La historia clínica es un instrumento que permite obtener información acerca de la problemática que presenta el paciente, es un elemento importante en el procedimiento clínico, en ella se registra la información relacionada con aspectos físicos, afectivos, cognitivos y conductuales, del paciente, su familia, su entorno social y su enfermedad (Reynoso & Seligson, 2005), además de la evaluación de indicadores de medición que contribuyan a la definición de la intervención a realizar, teniendo en cuenta la descripción de las conductas y respuestas del paciente (Ver anexo 1).

6. Indicadores de medición: Ansiedad

A través de la valoración cuantitativa por medio del Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAIC) (Castrillón, & Borrero, 2005) adaptación Colombiana, se desea ofrecer datos puntuales y validados que indiquen la presencia o ausencia de ansiedad en los pacientes asmáticos. Con el resultado cuantitativo obtenido, sumado a la entrevista personal y observación del paciente se puede determinar el estado emocional que presenta el paciente y su evolución durante la intervención (ver anexo 2).

- **Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAIC) (Castrillón, & Borrero, 2005) adaptación Colombiana.**

El Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAIC) (Castrillón, & Borrero, 2005) adaptación Colombiana es una prueba diagnóstica adecuada para evaluar ansiedad estado y ansiedad rasgo en la comunidad clínica infantil. Se origina del STAIC fue creado por Spielberger y cols (1973, 1982) en California, fue adaptado al español por Spielberger (1971) y fue validado para la población colombiana por Castrillón, & Borrero,(2005).

La prueba consta de dieciocho ítems, los cuales miden seis factores, dos factores que evalúan ansiedad estado; temor y tranquilidad, y cuatro factores que evalúan ansiedad rasgo; preocupación, evitación, somatización e ira y tristeza. Cada uno de los ítems tiene una valoración de 1 a 3.

En la calificación se suman los resultados de cada factor de manera independiente y esta puntuación bruta se convierte en centiles, según la tabla percentilar. Para la conversión de puntuaciones brutas en percentiles se tendrá en cuenta quede 1 a 15 y de 85 a 100, son considerados clínicamente significativos.

Segunda Sesión

Objetivo:

Psicoeducar al paciente en estrategias de afrontamiento que contribuyan al manejo adecuado de su enfermedad, partiendo de las necesidades y falencias observadas e identificadas por medio de las escalas de medición aplicadas en la primera sesión.

Estructura:

3. Realimentación de la sesión anterior:

Se indaga sobre la situación actual del paciente, su evolución y/o cambios generados entre sesión y sesión; se hace un breve recuento de la sesión anterior, socializando los resultados obtenidos por medio del El Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAIC) (Castrillón, & Borrero, 2005), todo esto con el objetivo de generar en el paciente una mayor apropiación y motivación en el proceso de intervención, además de indagar sobre las posibles causas de los resultados obtenidos, con el propósito de generar conciencia de cambio.

4. Asesoría psicológica:

Para iniciar con el proceso de asesoría psicológica es importante indagar la percepción que tiene el menor de su enfermedad. Por medio del dibujo el niño hace una representación de sus pensamientos y emociones.

Se le pide al niño que realice un dibujo por medio de la siguiente instrucción:

“En esta hoja y con este lápiz, vas a realizar un dibujo, en el cual describas cómo te sientes con relación a tu asma”.

Después de realizar el dibujo el niño debe explicar y exponer su dibujo, para realizar una mejor comprensión del mismo y no perder detalles. Por medio del dibujo el niño está creando su percepción de la enfermedad y como esta ha influenciado en su vida y desarrollo, a partir de esta percepción se realiza la asesoría psicológica la cual apunta al desarrollo de habilidades en las siguientes temáticas:

- Conciencia de Enfermedad:

La conciencia de enfermedad se refiere al estado de aceptación que presente el paciente por su enfermedad. Comienza con la recolección de información adecuada para entender su proceso de evolución, lo cual ayuda al paciente a entender su diagnóstico, su tratamiento y lo que puede esperar de este proceso. Es de gran importancia que el paciente reconozca el grado de afectación que la enfermedad respiratoria trae para su vida y con qué

estrategias la puede afrontar. Según Jenike, Baer & Minichiello (2001) la conciencia de enfermedad está relacionada con la fortaleza de convicción sobre una creencia, creer si realmente se está enfermo, creencias sobre el tratamiento, etc. El deseo de recuperarse y limitar los síntomas de la enfermedad que tiene el paciente indica una madura conciencia de enfermedad, aunque no siempre están en relación, y puede estar anclada a actitudes y creencias falsas. Por ello la intervención psicológica debe pretender psicoeducar al paciente para que actúe efectivamente frente a su situación de salud actual y contribuya en el manejo adecuado de los síntomas.

- Estrategias de afrontamiento:

El afrontamiento es un proceso a través del cual el paciente maneja las demandas de la relación individuo-ambiente, las cuales reconoce como estresantes y tiene en cuenta las emociones que esto le genera. En los pacientes con enfermedad respiratoria se trabajan estrategias de afrontamiento dirigidas al problema específico, el cual es su enfermedad. Las alternativas deben ser evaluadas según su costo-beneficio lo que permite que el paciente no gaste más de lo que recibe, reconociendo los recursos que posee como su grado de salud, creencias positivas, técnicas para la resolución del problema, habilidades sociales, apoyo social y recursos materiales. Los recursos que se resalten en el paciente deben ser utilizados como base para consolidar las estrategias de afrontamiento, ya que la presencia de un recurso en un momento no significa que será útil en otro contexto. Es por ello que el afrontamiento debe ser efectivo, ósea, en concordancia con los valores, objetivos, compromisos y creencias del paciente. Reconocer y actuar efectivamente frente a una situación adversa o estresante es el puente para generar tranquilidad y aceptación frente a la enfermedad respiratoria (Reynoso & Seligson, 2005).

Tercera Sesión

Objetivo:

Fortalecer conocimientos y estrategias en el manejo de la ansiedad asociada a la enfermedad por medio de técnicas de relajación muscular.

Estructura:

1. Realimentación de la sesión anterior:

Se repasan los conceptos vistos en la sesión anterior, visualizando en el paciente los posibles cambios realizados desde la consulta previa, reforzando las estrategias de afrontamiento abordadas.

2. Evaluación del paciente:

Se valora el estado actual, cambios desde la última sesión y novedades en cuanto la enfermedad. En el caso que el paciente presente o siga presentando ansiedad asociada a enfermedad, o si percibe que se necesita intervenir a profundidad en aspectos como control de emociones, motivación, entre otras: se procederá a incluir estos aspectos en la intervención, como parte del trabajo específicamente orientado a mejorar las condiciones en la calidad de vida del paciente.

3. Refuerzo de conductas positivas:

El refuerzo de conductas positivas es de gran importancia en el proceso de psicoeducación, ya que incrementa la capacidad del paciente y su familia para adoptar comportamientos saludables, por medio de las estrategias de afrontamiento de una manera socialmente apropiada. Los procedimientos asertivos son utilizados para facilitar la expresión de sentimientos positivos, como el afecto o el elogio, aumentando la adherencia al tratamiento y la efectividad de la intervención al contribuir en el aumento de la autoestima y el manejo adecuado de la enfermedad respiratoria (Reynoso & Seligson, 2005).

4. Técnica de relajación: Procedimiento de Relajación Muscular de Koeppen (2006)(ver anexo 3)

Las técnicas de relajación son utilizadas con los niños asmáticos ya que ayudan al manejo adecuado de los síntomas presentes en las crisis, además se ha encontrado evidencia que la relajación puede mejorar el funcionamiento pulmonar en los niños, funcionando como broncodilatador ya que actúa sobre el sistema simpático inhibiendo la bronconstricción y la ansiedad. El niño que utiliza la relajación como estrategia de control frente a su asma, tiene más garantías de disminuir la crisis y actuar efectivamente frente a la presencia de las mismas (Pál-Hégedus, 1988).

Cuarta Sesión

Objetivo:

Evaluar el proceso de aprendizaje realizado por el paciente valorando su estado final por medio de los instrumentos de medición y el seguimiento realizado, reforzando acciones positivas que contribuyan al manejo oportuno de situaciones negativas que se pueden presentar, realizando la respectiva retroalimentación.

Estructura:

5. Retroalimentación de la sesión anterior:

Se guía al paciente y su acudiente para que realice una autoevaluación del proceso realizado durante la intervención psicológica. Identificando, en conjunto, los elementos trabajados, cambios obtenidos, beneficios o perjuicios del proceso, además de identificar que los cambios en el estado de ánimo influyen en la presencia de agudizaciones o mejoría del asma.

6. Refuerzo del proceso psicoeducativo:

Al finalizar el proceso de psicoeducación realizado en las sesiones anteriores, en relación al desarrollo de estrategias de afrontamiento que contribuyen al refuerzo de conductas de autocuidado, control de la ansiedad, y el manejo emocional adecuado frente a recaídas y las limitaciones físicas, es importante realizar un refuerzo que consolide lo aprendido por el paciente para que se mantenga en el tiempo, ya que el paciente debe aprender a ejecutar las nuevas conductas en su entorno familiar y social, sin el apoyo del terapeuta. Del mismo modo se orienta al paciente para que evalúe el uso que ha realizado de las herramientas y las habilidades adquiridas a lo largo de la rehabilitación desde las diferentes áreas de intervención (fisioterapia, nutrición, enfermería y médico neumólogo), con ello se pretende indagar sobre el real cumplimiento de los objetivos planteados en el programa.

7. Indicadores de medición: Ansiedad

Como parte del proceso de evaluación final se realiza la valoración cuantitativa para ofrecer datos puntuales y validados que indiquen la presencia o ausencia de ansiedad en los pacientes, por medio del Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAIC) (Castrillón, & Borrero, 2005) adaptación Colombiana. A partir del resultado cuantitativo del STAIC, sumada a la entrevista personal y observación del paciente se puede evaluar el estado emocional que con la que se egresa el paciente del programa.

8. Cierre de la intervención psicológica:

Se realiza el cierre de la intervención con el repaso de las estrategias aprendidas por el paciente, resaltando los cambios positivos en la conducta, las cogniciones autorreguladas y las estructuras cognitivas novedosas que fortalecen el estado de salud mental.

Controles

La intervención psicológica está diseñada en cuatro sesiones, descritas anteriormente, pero en el momento en que el profesional a cargo evidencie la necesidad de llevar a cabo controles intersesiones, por diferentes factores de riesgo que presente el paciente, que tengan que ver con su enfermedad respiratoria o su aspecto personal, estas se deben realizar oportunamente. Por ejemplo: si un paciente ingresa al programa de rehabilitación y en la primera sesión de la intervención psicológica se evidencia que presenta algún síntoma ansioso es necesario que se realice controles semanales o quincenales hasta que se logre una estabilidad emocional. Con estos controles se pretende reforzar el proceso de psicoeducación que se realiza con el paciente para contribuir en el manejo adecuado de su enfermedad.

Sesiones Grupales

Las sesiones grupales están establecidas para realizarse una mensual, la metodología que se utiliza es la del juego y por medio de actividades lúdicas se refuerzan los conceptos y estrategias dadas a cuidadores y niños en las consultas individuales. El objetivo de los sesiones grupales es fortalecer esos conocimientos, y por medio de presentaciones de títeres, se ilustran situaciones cotidianas por las que puede atravesar un niño asmático y el correcto manejo que se le debe dar a la situación planteada. Las sesiones grupales contienen componentes de las diferentes áreas de intervención: médico neumólogo, enfermería, fisioterapia, psicología y/o nutrición. En psicología se abordan temas relacionados con la calidad de vida, el manejo adecuado del estrés y la ansiedad. Cada una de las sesiones grupales tiene una duración aproximada de una hora y al finalizar se realiza realimentación por medio de un espacio de preguntas e inquietudes, y se evalúa el contenido e información de la sesión a través de un formato de evaluación institucional, el cual es diligenciado por los cuidadores y niños.

Referencias Bibliográficas

Benítez, AM. & Molina, W., (2005). Aspectos Psicológicos del Asma Infantil. *Revista Pediatría de Atención Primaria*. VII(supl 2), 137-149.

Castrillón, D. & Borrero, P., (2005). Validación del Inventario de Ansiedad Estado – Rasgo (STAIC) en Niños Escolarizados entre los 8 y 15 Años. *Acta Colombiana de Psicología*. (13), 79-90.

GINA, (2006). Guía de Bolsillo para el Manejo y Prevención del Asma en Niños. Iniciativa Global para el Asma.

Jenike, M., Baer, L., & Minichiello, W., (2001). *Trastornos Obsesivo-Compulsivos: manejo práctico*. España: Ediciones Harcourt, S.A.

Martín, R., (2008). Estudio de las Variables Psicológicas, Calidad de vida e Intervención Psicoeducativa en el Asma Bronquial Infantil. Salamanca, España: Departamento de Obstetricia, Ginecología y Pediatría.

Pál-Hégedus, C., (1988). *Tratamiento Comportamental del Asma Infantil*. Bogotá, Colombia: Revista Latinoamericana de Psicología, 20 (001): 71-80

Reynoso, L. & Seligson, I., (2005). *Psicología Clínica de la Salud: Un Enfoque Conductual*. Guadalajara, México: Editorial Manual Moderno S.A. de C.V.

PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA PACIENTES DEL
PROGRAMA CLINICA DE ASMA INFANTIL

ANEXOS



2011

ANEXO 1: Formato Historia Clínica



ENTREVISTA PSICOLOGICA

FECHA: _____

NOMBRE DEL NIÑO: _____ EDAD: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

DIRECCION: _____ TELEFONO: _____

NOMBRE DE LA MADRE: _____

OCUPACION: _____ TELEFONO: _____

NOMBRE DEL PADRE: _____

OCUPACION: _____ TELEFONO: _____

ESCOLARIDAD

Estudias: SI ___ NO ___ Grado en Curso: _____

Te gusta ir al colegio: SI ___ NO ___
¿Porqué? _____

¿Realizas actividad física en el colegio?: SI ___ NO ___ ¿Por qué?

¿Cómo te llevas con tus compañeros del colegio?

FAMILIA

Ahora hablemos acerca de tu casa,

¿Quiénes viven contigo en casa?

Padre ___ Madre ___ Hermanos ___ Abuelos ___ Otros ___ ¿Quiénes?

¿Tienes alguna mascota? SI ___ NO ___ ¿Por qué? _____ ¿Cuál? _____

Cuéntame un poco acerca de las personas que viven contigo (padres, hermanos, etc.)

¿Tus papas trabajan? SI ___ NO ___

¿En que trabajan tus papas?

Madre: _____ Padre: _____

Cuéntame, ¿Cómo es tu casa, tu cuarto?

¿Con quién compartes más el tiempo cuando estas en casa?

Madre ___ Padre ___ Hermanos ___ Abuelos ___ Otro ___ ¿Quién? _____

¿Cómo es la relación con tus padres?

Madre:

Padre:

¿Cómo es la relación con tus hermanos? (si los tiene)

¿El niño(a) fue un hijo(a) deseado? SI ___ NO ___ ¿Por qué? _____

¿La madre tuvo cuidados prenatales? SI ___ NO ___ ¿Por qué? _____

¿El desarrollo del niño ha sido normal? SI ___ NO ___ ¿Por qué? _____

Nacimiento del niño: Parto Normal ___ Cesárea ___

¿Realizas alguna tarea en casa? SI ___ NO ___ ¿Cuál? _____

¿Quién maneja la disciplina en casa?

Padre ___ Madre ___ Hermano(a) ___ Abuelos ___ Otro ___ ¿Cuál? _____

Cuéntame, ¿Cómo maneja(n) la disciplina? (diálogo, castigo, gritos, golpes, indiferencia)

PERSONAL

Ahora hablemos de ti. ¿Qué te gusta y/o interesa hacer?

¿Tienes amigos? SI ___ No ___ ¿Qué te gusta hacer con ellos?

¿Cómo son tus amigos contigo?

EMOCIONAL

¿Qué tipo de cosas te hacen ser más feliz?

¿Qué tipo de cosas, es probable, que te hagan sentir triste?

¿Qué tipo de cosas te hacen sentir enojado?

Todas las personas nos asustamos a veces por ciertas cosas. ¿Qué cosas te hacen sentir asustado?

¿Cuáles son esas cosas que te preocupan?

AUTOCONCEPTO

¿Qué es lo que más te gusta de ti?

¿Qué es lo que menos te gusta de ti?

Cuéntame, ¿Cuál es la mejor cosa que te ha pasado?

Cuéntame, ¿Cuál es la peor cosa que te ha pasado?

¿Te vez en un futuro? SI ___ NO ___ ¿Cómo te ves en un futuro?

¿Qué quieres ser cuando seas grande?

¿Cuál es tu recuerdo más feliz y Cuál es tu recuerdo más triste?

CONDICIONES DE SALUD FISICA

¿Qué entiendes por ASMA?

¿Cómo te cuidas para que no te de asma?

¿El asma te impide realizar alguna actividad específica?

¿Cómo te sientes cuando te falta el aire, sientes mucha tos o estas hospitalizado?

¿Cómo crees que te puedes mejorar?

ANEXO 2: Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAIC) versión Colombiana

INVENTARIO DE ANSIEDAD ESTADO – RASGO (STAIC) (ADAPTACIÓN COLOMBIANA) (Castrillón & Borrero, 2005)

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha: _____

Marque con una equis (X) la respuesta que usted crea la más acertada al definir su estado actual.

Nº	ITEM	NUNCA	A VECES	SIEMPRE
1	Me siento angustiado			
2	Me encuentro confuso			
3	Me siento molesto			

4	Tengo miedo			
5	Me encuentro descansado			
6	Estoy relajado			
7	Me siento calmado			
8	Me preocupan las cosas del colegio			
9	Me preocupan cosas que puedan ocurrir			
10	Me preocupo demasiado			
11	Me cuesta decidirme en lo que tengo que hacer			
12	Me cuesta enfrentarme a mis problemas			
13	Me cuesta tomar una decisión			
14	Noto que mi corazón late más rápido			
15	Tengo sensaciones extrañas en el estómago			
16	Me cuesta quedarme dormido en las noches			
17	Me encuentro molesto			
18	Siento ganas de llorar			

Puntuación: _____



ANEXO 3: Técnica de Relajación Muscular para Niños de Koeppen

Procedimiento de Relajación Muscular de Koeppen

MANOS Y BRAZOS

Imagina que tienes un **limón** en tu mano izquierda. Ahora trata de exprimirlo, trata de exprimirle todo el jugo. Siente la tensión en tu mano y brazo mientras lo estás exprimiendo. Ahora déjalo caer. Fíjate cómo están ahora tus músculos cuando están relajados. Coge ahora otro limón y trata de exprimirlo. Exprímelo más fuerte de lo que lo hiciste con el 1º; muy bien. Ahora tira el limón y relájate. Fíjate qué bien se sienten tu mano y tu brazo cuando están relajados. Una vez más, toma el limón en tu mano izquierda y exprímelo todo el zumo, no dejes ni una sola gota, exprímelo fuerte. Ahora relájate y deja caer el limón. (Repetir el mismo procedimiento con la mano y el brazo derechos).

BRAZOS Y HOMBROS

Ahora vamos a imaginarnos que eres un **gato muy perezoso** y quieres estirarte. Estira (extiende) tus brazos frente a ti, levántalos ahora sobre tu cabeza y llévalos hacia atrás. Fíjate en el tirón que sientes en tus hombros. Ahora deja caer tus brazos a tu lado. Muy bien. Vamos a estirar otra vez. Estira los brazos frente a ti, levántalos sobre tu cabeza y tira de ellos hacia atrás, fuerte. Ahora déjalos caer. Muy bien. Fíjate como tus hombros se sienten ahora más relajados. Ahora una vez más, vamos a intentar estirar los brazos, intentar tocar el techo esta vez. De acuerdo. Estira los brazos enfrente a ti, levántalos sobre tu cabeza y tira de ellos hacia atrás, fíjate en la tensión que sientes en tus brazos y hombros. Un último estirón ahora muy fuerte. Deja caer los brazos, fíjate qué bien te sientes cuando estás relajado.

HOMBROS Y CUELLO

Ahora imagina que eres una **tortuga**. Imagínate que estás sentad@ encima de una roca en un apacible y tranquilo estanque relajándote al calor del sol, te sientes tranquil@ y seguro allí. ¡Oh! de repente sientes una sensación de peligro. ¡Vamos! mete la cabeza en tu concha. Trata de llevar tus hombros hacia tus orejas, intentando poner tu cabeza metida entre tus hombros, mantente así, no es fácil ser una tortuga metida en su caparazón. Ahora el peligro ya pasó, puedes salir de tu caparazón y volver a relajarte a la luz del cálido sol, relájate y siente el calor del sol. ¡Cuidado! más peligro, rápido mete la cabeza en tu casa, tienes que tener la cabeza totalmente metida para poder protegerte, O.K. ya puedes relajarte, saca la cabeza y deja que tus hombros se relajen. Fíjate que te sientes mucho mejor cuando estás relajado que cuando estás tenso. Una vez más. ¡Peligro! esconde tu cabeza, lleva los hombros hacia tus orejas, no dejes que ni un solo pelo de tu cabeza quede fuera de tu concha. Mantente dentro, siente la tensión en tu cuello y hombros. De acuerdo, puedes salir de tu concha, ya no hay peligro. Relájate, ya no va a haber más peligro, no tienes nada de qué preocuparte, te sientes seguro, te sientes bien.

MANDÍBULA

Imagínate que tienes un **enorme chicle** en tu boca, es muy difícil de masticar, está muy duro. Intenta morderlo, deja que los músculos de tu cuello te ayuden. Ahora relájate, deja tu mandíbula floja, relajada, fíjate qué bien te sientes cuando dejas tu mandíbula caer. Muy bien, vamos a masticar ahora otro chicle, mástacalo fuerte, intenta apretarlo, que se meta entre tus dientes. Muy bien, lo estás consiguiendo. Ahora relájate, deja caer la mandíbula, es mucho mejor estar así, que estar luchando con ese chicle. O.K., una vez más vamos a intentar morderlo. Muérdelo lo más fuerte que puedas, más fuerte, muy bien, estás trabajando muy bien. Bien, ahora relájate. Intenta relajar tu cuerpo entero, intenta quedarte como flojo, lo más flojo que puedas.

CARA Y NARIZ

Bueno, ahora viene volando una de esas **molestas moscas**, o **preciosa mariposa** y se ha posado en tu nariz, trata de espantarla pero sin usar tus manos. Intenta hacerlo arrugando tu nariz. Trata de hacer tantas arrugas con tu nariz como puedas. Deja tu nariz arrugada, fuerte. ¡Bien! has conseguido alejarla, ahora puedes relajar tu nariz, ¡oh! por ahí vuelve esa pesada mosca, arruga tu nariz fuerte, lo más fuerte que puedas. O.K. se ha ido nuevamente. Ahora puedes relajar tu cara. Fíjate que cuando arrugas tan fuerte tu nariz, tus mejillas, tu boca, tu frente y hasta tus ojos te ayudan y se ponen tensos también. ¡Oh! otra vez regresa esa vieja mosca, pero esta vez se ha posado en tu frente. Haz arrugas con tu frente, intenta cazar la mosca con tus arrugas, fuerte. Muy bien, ya se ha ido para siempre, puedes relajarte, intenta dejar tu cara tranquila, sin arrugas. Siente cómo tu cara está ahora más tranquila y relajada.

PECHO Y PULMONES

Vas a respirar hinchándote y deshinchándote como un **globo**. Vas a coger el aire por la nariz intentando llenar todos tus pulmones de aire... aguanta a respiración contando tres segundos y siente la presión en todo tu pecho luego sueltas el aire por la boca despacito poco a poco y cierras los ojos y comprueba como todo, todo tu cuerpo se va desinflando como un globo y como

todo tu cuerpo se va hundiendo y aplastando contra el sofá o la cama donde estás tumbado...con el aire suelta toda las cosas malas, todas las cosas que no te gustan, todas las cosas que te preocupan... ¡Fuera! ... ¡échalasi... y quédate respirando normal y notando esa sensación tan buena de tranquilidad, de dejadez de paz... respirando como tu respiras normalmente y notando como el aire entra y sale sin dificultad... ¡Vamos a respirar de nuevo profundamente ¡coge el aire por tu nariz...hincha el globo todo lo que puedas y cuenta hasta tres aguantando el aire...uno , dos y tres.... Y suelta por la boca, despacio, cerrando los ojos y convirtiéndote en un globo que se va deshinchando, deshinchando hundiéndose, hundiéndose... aplastándose y quedándose tranquilo...

ESTOMAGO

Imagina que estás tumbado sobre la hierba, ¡Vaya! mira, por ahí viene un **elefante**, pero él no está mirando por donde pisa, no te ha visto, va a poner un pie sobre tu estómago, ino te muevas! no tienes tiempo de escapar. Trata de tensar el estómago poniéndolo duro, realmente duro, aguanta así, espera, parece como si el elefante se fuera a ir en otra dirección. Relájate, deja el estómago blandito y relajado lo más que puedas. Así te sientes mucho mejor. ¡Oh! por ahí vuelve otra vez. ¿Estás preparado? Tensa el estómago fuerte, si él te pisa y tienes el estómago duro no te hará daño. Pon tu estómago duro como una roca. O.K., parece que nuevamente se va. Puedes relajarte. Siente la diferencia que existe cuando tensas el estómago y cuando lo dejas relajado. Así es como quiero que te sientas, tranquilo y relajado. No podrás creerlo pero ahí vuelve el elefante y esta vez parece que no va a cambiar de camino, viene derecho hacia ti. Tensa el estómago. Ténsalo fuerte, lo tienes casi encima de ti, pon duro el estómago, está poniendo una pata encima de tí, tensa fuerte. Ahora ya parece que se va, por fin se aleja. Puedes relajarte completamente, estar seguro, todo está bien, te sientes seguro, tranquilo y relajado.

Esta vez vas a imaginarte que quieres pasar a través de una **estrecha valla** en cuyos bordes hay unas estacas. Tienes que intentar pasar y para ello te vas a hacer delgado, metiendo tu estómago hacia dentro, intentando que tu estómago toque tu columna. Trata de meter el estómago todo lo más que puedas, tienes que atravesar esa valla. Ahora relájate y siente cómo tu estómago está ahora flojo. Muy bien, vamos a intentar nuevamente pasar a través de esa valla. Mete el estómago, intenta que toque tu columna, déjalo realmente metido, muy metido, tan metido como puedas, aguanta así, tienes que pasar esa valla. Muy bien, has conseguido pasar a través de esa estrecha valla sin pincharte con sus estacas. Relájate ahora, deja que tu estómago vuelva a su posición normal. Así te sientes mejor. Lo has hecho muy bien.

PIERNAS Y PIES

Ahora imagínate que estás parado, descalzo y tus pies están dentro de un **pantano lleno de barro espeso**. Intenta meter los dedos del pie dentro del barro. Probablemente necesitarás tus piernas para ayudarte a empujar. Empuja hacia dentro, siente como el lodo se mete entre tus pies. Ahora salte fuera y relaja tus pies. Deja que tus pies se queden como flojos y fíjate cómo estás así. Te sientes bien cuando estás relajado. Volvemos dentro del espeso pantano. Mete los pies dentro, lo más dentro que puedas. Deja que los músculos de tus piernas te ayuden a empujar tus pies. Empuja fuerte, el barro cada vez está más duro. O.K. salte de nuevo y relaja tus piernas y tus pies. Te sientes mejor cuando estás relajado. No tenses nada. Te sientes totalmente relajado.

IMAGEN POSITIVA

Ahora que has terminado todos los ejercicios vas a fijarte en lo que notas en tu cuerpo...cuando estamos relajados notamos diferentes sensaciones, pesadez, calor, cansancio, sueño, que nuestro cuerpo pesa y no nos podemos mover, o tal vez todo lo contrario que nuestro cuerpo no pesa y parece como que flotamos, podemos notar rosquillitas y hormigueo en los dedos de las manos ... busca tus sensaciones de relajación... fíjate en ellas y disfrútalas... tu mente y tu pensamiento se puede quedar con ellas...y repetir lo que notas... calor... calor... flotar... flotar...

Vas a elegir una imagen para ti... **TU IMAGEN POSITIVA**: un lugar, un sitio, real o imaginario, que hayas estado o no, un sitio que solo por estar allí ya estarías tranquilo y relajado...y te lo vas a imaginar lo mejor posible... lo que ves, lo que oyes, lo que notas en tu cuerpo, hasta puedes

imaginarte lo que hueles... y como estás allí tumbado...en la hierba , en la arena, flotando en el mar, flotando en una nube blanca de algodón, volando como una ave... tu imagen.

Y mantente en ella mientras que estás relajado...

¡Has terminado! No te levantes de golpe, estírate, abre los ojos, bosteza, sonríe... y ya te puedes levantar...

Al igual que todos los días comes y duermes, y te lavas las manos y juegas... puedes practicar la relajación solo son diez minutos y si lo haces descubrirás su secreto.

