

# Intervención psicológica en un caso de asma alérgica

MACARENA DE LOS SANTOS-ROIG (\*)

HUGO CARRETERO-DIOS (\*\*)

GUALBERTO BUELA-CASAL (\*\*\*)

## 1. INTRODUCCIÓN

El asma es un problema de salud crónico que afecta entre el 1 y el 30% de los niños (NHBI, 1993). La enfermedad, de acuerdo con la *American Thoracic Society* (1987), se caracteriza por un incremento de la hiperreactividad de las vías aéreas a varios estímulos, entre ellos alérgenos, irritantes no específicos (como contaminantes ambientales), ejercicio y aire frío. La manifestación fisiológica de esa hiperreactividad es la obstrucción variable de las vías aéreas, con síntomas de disnea, y tos.

Debido a que la inflamación de las vías respiratorias y sus consecuencias parecen importantes elementos en la patogénesis y persistencia del asma, el foco central en el tratamiento ha sido principalmente la terapia enfocada hacia la reducción del estado inflamatorio mediante medidas de control ambiental (Ernst, Fitzgerald & Spier, 1996). Otro aspecto muy importante en el tratamiento de esta enfermedad crónica, ha sido el promover la participación activa del paciente en su enfermedad (Creer, 1982). De hecho, es éste el responsable de llevar a cabo el mencionado control ambiental, evitando o eliminando el contacto con los posibles estímulos que desencadenen el ataque de asma (tales como alérgenos o irritantes), así como de detectar el estado de su función pulmonar y de tomar las decisiones adecuadas sobre cuándo comenzar o incrementar la medicación (Avery, March & Brook, 1980). Sin embargo, esta participación activa no se limitaría únicamente a estos aspectos antes comentados, sino que se extenderían a la toma de conciencia de todos aquellos estímulos, o factores de riesgo, que pueden desencadenar un ataque o exacerbar uno ya iniciado. Son éstos, principalmente, los componentes que forman parte de un programa psicoeducativo para pacientes con asma.

El control de las emociones también es un aspecto que se ha visto como necesario en el trata-

---

(\*) Facultad de Psicología. Departamento de Psicología Social y Metodología de las Ciencias del Comportamiento. Área de Metodología de las Ciencias del Comportamiento. Universidad de Granada. Campus La Cartuja. 18071 Granada, España. E-mail: disantos@ugr.es

(\*\*) Facultad de Psicología. Departamento de Psicología Social y Metodología de las Ciencias del Comportamiento. Área de Metodología de las Ciencias del Comportamiento. Universidad de Granada. Campus La Cartuja. 18071 Granada, España. E-mail: hugocd@ugr.es

(\*\*\*) Facultad de Psicología. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Universidad de Granada. Campus La Cartuja. 18071 Granada, España. E-mail: gbuela@ugr.es

miento de pacientes asmáticos. En otros trabajos se ha investigado la influencia de los factores psicológicos sobre los ataques de asma y las visitas de urgencia a los hospitales. En este caso, la frecuencia de las visitas a urgencias ha sido relacionada, no sólo con un conocimiento preventivo insuficiente por parte del paciente, con la poca adherencia al tratamiento o con factores socioeconómicos (Reed, Diggle, Cushley, Sleet & Tattersfield, 1985; Neville, Gribbein & Harrison, 1991; Padget & Brodsky, 1992), sino también con aspectos psicológicos (Janson-Bjerklie, Ferketich & Benner, 1993). Por ejemplo, estos últimos autores, afirman que el grado de estrés o ansiedad durante un episodio de asma, el peligro percibido y la ausencia de apoyo social, son predictores significativos de las visitas a las consultas de urgencia. Por su parte, Nouwen, Freeston, Labbe y Boulet (1999), realizaron un estudio con dos grupos de 30 sujetos asmáticos. Cada uno de estos grupos se formó con individuos que acudían a las consultas de urgencia frecuente o infrecuentemente. Tras evaluarlos mediante diferentes pruebas (Asthma Symptom Checklist, STAI, BDI, Multidimensional Health Locus of Control Scale, Revised Self-Consciousness Scale, Body Consciousness Scale, etc.), concluyen que lo que caracteriza a los sujetos que acuden frecuentemente a las consultas de urgencias es una baja auto-eficacia, altas puntuaciones en pánico-miedo y una alta interferencia subjetiva. Sin embargo, los resultados de estos autores indican, que en lo que se refiere a las variables psicológicas generales (ansiedad-depresión, atención focalizada en uno mismo, y locus de control) no se puede distinguir entre grupos.

Por otro lado, se ha podido constatar cómo las emociones intensas pueden desencadenar crisis asmáticas, así como las reacciones de ansiedad, debido a la hiperventilación que en ocasiones se encuentra asociada al broncoespasmo (Maganian, 1982). También hay una fuerte evidencia empírica en lo que se refiere a componentes de condicionamiento en la degranulación de los mastocitos (MacQueen y cols., 1989) o en el aumento de la histamina (Dark, Peeke, Ellman & Salfi, 1987). Ello implica que los programas de tratamiento psicológico para pacientes asmáticos en lo que se refiere a la aplicación de técnicas específicas, con el objetivo de controlar y prevenir ataques de asma (tales como la relajación, o la

desensibilización sistemática), es absolutamente necesaria para el control adecuado de la enfermedad.

Existe suficiente evidencia científica de que los programas psicológicos son beneficiosos para los pacientes asmáticos (Goldstein, Green & Parker, 1983; Whitman, West, Brough & Welch, 1985; Vázquez & Buceta, 1990, 1991; Castés y cols., 1999). Castés y cols. (1999), llevaron a cabo un estudio en el que se ponía de manifiesto la relevancia de los cambios obtenidos en cuanto al número de crisis asmáticas, el uso de medicación, la función pulmonar, e incluso cambios en lo que a funcionamiento del sistema inmune se refiere, a partir de la aplicación de un programa de intervención psicológica a un grupo de asmáticos de la Isla de Coche. El programa psicológico llevado a cabo constó de cuatro partes diferenciadas, en las que se trabajaron tanto aspectos cognitivos (psicoeducación), relajación e imaginación guiada, talleres para aumentar la auto-estima y educación para los padres. Los resultados, como se ha indicado anteriormente, fueron absolutamente beneficiosos para los niños asmáticos, no sólo a corto, sino también a largo plazo.

Para resumir, el control inadecuado de las situaciones ansiógenas o estresantes, puede tener consecuencias directas sobre el estado de la enfermedad. Es decir, como se ha visto anteriormente, la ansiedad o el control inapropiado de las emociones, puede provocar o exacerbar un ataque de asma, de modo que la intervención en este tipo de cuestiones sería útil en este sentido. De este modo, y para terminar, no se debe centrar la importancia de los programas únicamente en el manejo de las crisis, sino también en la importancia de la educación, y del conocimiento concreto sobre la enfermedad y de cómo prevenir los ataques de asma. Esto ayudará, sin duda, a controlar la enfermedad.

En este trabajo se presenta un programa de intervención psicológica, detallado en sus componentes, sesiones y resultados, aplicado a un paciente que acude a consulta con el diagnóstico médico de tos y rinoconjuntivitis alérgica. Una vez evaluado el caso, el tratamiento se centró en dos áreas u objetivos principalmente:

1. Psicoeducación sobre el asma
2. Control y manejo de las crisis de asma:  
Técnicas de respiración y de relajación.

## 2. MÉTODO

### 2.1. *Paciente*

El paciente, un niño de 10 años y 9 meses de edad, es llevado a consulta por sus padres. Éstos dicen que su hijo presenta «miedos excesivos», e «inseguridades» y creen que estos aspectos influyen en el estado alérgico del niño. El paciente presenta el **diagnóstico médico** de tos y rinoconjuntivitis polínica, desde los seis años de edad, siendo el alérgeno principal el polen del olivo. Cuando el alérgeno está presente, toma medicación antiasmática para aliviar sus síntomas (tos, dificultades respiratorias, sibilancias, etc.). En concreto su medicación se concreta en broncodilatadores, antiinflamatorios, a la vez que tratamiento sintomático de la rinoconjuntivitis. De igual forma, recibe inmunoterapia como tratamiento anterior a la presencia del alérgeno.

Los padres comunican que el paciente ha presentado una *crisis asmática* en un momento temporal en el que no estaba presente el alérgeno, por lo que les hace suponer la influencia de factores psicológicos como desencadenantes de esta crisis. Esta situación es la primera vez que sucede durante los cuatro años en los que el niño presenta su enfermedad. La crisis ocurrió en el mes de Septiembre. El niño, que formaba de un equipo de fútbol, se encontraba ese día a la espera de saber la lista de los niños que iban a formar parte del equipo A (primer equipo) o B (inferior categoría) de su club. El niño presentaba gran inquietud y nerviosismo ante este hecho. Esa misma noche, comenzó a toser y a tener dificultades respiratorias, según los padres, «por la ansiedad que había pasado anteriormente». Los padres comunican estar seguros de esto porque, estando el alérgeno presente, el paciente empeora ante situaciones importantes para él, tales como exámenes o partidos de fútbol.

A su vez, los padres del paciente afirman que su hijo es *temeroso*, y que tiene ciertas «características psicológicas» que les hacen suponer que deben estar influyendo en su enfermedad. La petición concreta de los padres es «*fortalecer psicológicamente*» al paciente en vistas a una mejora de su enfermedad y de su calidad de vida en general.

Tras cuatro sesiones de evaluación, en las que

se evalúa tanto aspectos relacionados con el diagnóstico médico del niño, como referentes al estatus psicológico de éste (ansiedad general, miedos específicos, etc.), se determina que:

1. El niño no presenta psicopatología alguna (ansiedad, fobias, etc.)
2. Con respecto al tema central de la evaluación, la alergia, se puede concluir que la ansiedad que el niño manifiesta se circunscribe a la propia enfermedad y no a otros aspectos de su vida. Además el niño, no juega un papel activo en el control de su enfermedad, y presenta un desconocimiento importante sobre ésta.
3. No se encuentran indicios de contextos estímulos condicionados elicitadores de la respuesta asmática.
4. Por parte de los padres, existe una excesiva preocupación sobre el problema del niño, ya que temen que llegue a ser un problema crónico, y les incomoda la excesiva medicación que tiene que tomar su hijo. Al mismo tiempo se advierte una falta de información importante sobre qué es la enfermedad de su hijo, y cómo afrontarla.

### 2.2. *Instrumentos*

Se describen, a continuación, los instrumentos que fueron utilizados para la evaluación del caso. Se expondrán en tres apartados; cuestionarios, autorregistros y medidor del pico de flujo máximo espirado (PFM).

#### 2.2.1. Cuestionarios

Se presentan en este apartado los diversos cuestionarios que han sido utilizados.

#### **Asthma Problem Behavior Checklist (APCB) (Creer, Marion & Creer, 1983).**

Se trata de un instrumento administrado en forma de autoinforme que permite obtener información de cuatro áreas principalmente: a) Información general acerca de las características del asma del paciente, b) Identificación de conductas importantes en la prevención de crisis, c) Conductas desarrolladas durante las crisis y d) Consecuencias conductuales del asma del niño y/o de los miembros de su familia.

En este caso, al igual que lo hicieran Vázquez y Buceta (1991), se decidió evaluar por separado estos aspectos. De este modo, los ítems de los apartados b) y c) se separan, y se agrupan bajo los siguientes epígrafes. El apartado b) se divide en; «*prácticas de autocuidado cuidado realizadas por los padres u otras personas del ambiente*» y «*prácticas de autocuidado del niño*» (Vázquez & Buceta, 1991). Ambos cuestionarios están formados por una serie de ítems cuya respuesta se debe plasmar en la siguiente escala: *nunca, a veces, frecuentemente y siempre*. Los ítems forman parte de tres componentes principales: conductas de prevención de crisis, conductas exhibidas ante el empeoramiento e información sobre la enfermedad por parte de la familia.

El apartado c), también fue dividido en dos cuestionarios independientes y fueron cumplimentados por los padres. Éstos son: «*consecuencias escolares del asma en el niño*» (Vázquez & Buceta, 1991) y «*consecuencias familiares del asma del paciente*» (Vázquez & Buceta, 1991). En este caso los cuestionarios hacen referencia a una serie de ítems verdadero-falso que preguntan sobre éstos aspectos.

**Cuestionario de Opiniones sobre el Asma (Vázquez, 1996), basado en el «Respiratory Illnes Opinion Survey (RIOS)»** (Kinsman, Jones, Matus & Schum, 1976), que evalúa distintos factores, como son:

- **Optimismo:** Este factor mide la percepción positiva que el niño tiene sobre su habilidad para manejar su asma.
- **Estigma:** Se refiere a la percepción de la enfermedad como una imperfección o como un defecto.
- **Independencia:** Se refiere a la capacidad de manejar el asma sin necesidad de la ayuda de otros.
- **Vigilancia:** Establece si el niño tiene o no una actitud vigilante ante los síntomas del asma.

Se pretende que el sujeto conteste el grado en el que está o no de acuerdo con los ítems. La escala de respuestas está compuesta de cinco opciones que son: Muy de acuerdo, Bastante de acuerdo, Algo de acuerdo, Algo en desacuerdo y Totalmente en desacuerdo.

#### **Inventario de Miedos (Pelechano, 1984):**

Es un inventario de administración individual destinado a los padres. La versión revisada, que es la que aquí se emplea, consta de un total de 100 ítems, cada uno de los cuales se evalúa dando «0» (Nada de miedo), «1» (Algo de miedo) o «2» (Mucho miedo). Este inventario comprende siete clases de miedos infantiles: miedos a los animales (gatos, ratas, serpientes, perros, etc.), miedo a los fenómenos naturales (truenos, relámpagos, tormentas), miedos relacionados con la enfermedad (sangre, inyecciones, médicos), miedo a la muerte (ataúdes, cementerios, cadáveres, etc.), miedos sociales (hablar en público, ser preguntado en clase), miedos a lugares cerrados (túneles, habitaciones desconocidas) y miedos diversos (oscuridad, películas de terror, brujas, ruidos fuertes, etc.).

La adaptación se ha hecho con niños de 4 a 9 años, aunque por la información que aporta no se desestima para su uso en edades superiores.

En el caso aquí presentado, este cuestionario fue usado con el niño. Aunque no está indicado para ello, se usó como guía de miedos a sondear.

#### **Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo en niños (STAI-C). (Spielberger, 1973; En su adaptación española de TEA, 1990).**

El STAI-C es un cuestionario que evalúa dos aspectos: *ansiedad estado* (es decir, la ansiedad como situación pasajera de un momento determinado) y *ansiedad rasgo* (como la tendencia a experimentar ansiedad de forma más duradera y constante a lo largo del tiempo).

Se trata de un cuestionario formado por una serie de ítems que se puntúan en una escala de tres opciones de respuesta, que van desde *nada a mucho*, para la escala estado, y desde *nunca a siempre*, para la escala rasgo.

#### 2.2.2. Autorregistros

Los autorregistros fueron utilizados, en un primer lugar, para la evaluación de las crisis de asma que el paciente presentaba. En ellos se establecían una serie de casillas donde el paciente debía apuntar; día, hora, intensidad de la crisis y valores PEFr, que serán explicados a continuación. Por otro lado, también fueron utilizados con el objetivo de determinar si la intervención

psicológica resultó efectiva o no. Se expondrá el objetivo concreto de cada autorregistro en el apartado de *resultados*.

### 2.2.3. Medidor del Pico de Flujo (PFM)

Es un instrumento sencillo, fácilmente transportable y económico que puede ser utilizado por el propio paciente, y que posibilita registrar fluctuaciones existentes en el funcionamiento pulmonar. Este instrumento nos proporciona los valores del Pico Máximo de Flujo Espirado (valores PEFR) que es la cantidad de aire espirado en 0,1 seg. inicial, siguiendo una inspiración máxima (Vázquez & Buceta, 1990).

### 2.3. Programa de Tratamiento

Se aplicó un programa de tratamiento a lo largo de 15 sesiones, de una hora cada una aproximadamente y con una frecuencia de una vez por semana. Los componentes terapéuticos fueron los siguientes:

1. Componente psicoeducativo sobre el asma y la alergia (3 a la 13) en el que se abordaron temáticas tales como: ¿qué es la alergia?; ¿cómo se desarrolla?; ¿cómo se diagnostica?; ¿qué es el asma alérgica?; ¿cuáles son sus síntomas?; ¿qué ocurre a nivel pulmonar?; ¿cuáles son los desencadenantes de una crisis de asma?; ¿qué tratamientos farmacológicos hay, y por qué son importantes?; ¿en qué puede ayudar un psicólogo?; ¿cómo se puede controlar el asma alérgica?; ¿cómo se puede prevenir una crisis de asma?.

Uno de los aspectos más importantes de estas sesiones fue el de enseñar al sujeto a detectar en qué valores PEFR se encontraba y a clasificar la gravedad de la crisis según el valor o la «zona» donde se encontraba. Así, el sujeto aprendió que cuando el valor que marca el PFM estaba por debajo del 80% de su valor normal (determinado mediante tablas de edad y peso de Cobos, Reverté & Liñan, 1996) se encontraba en «zona de alerta», y cuando estaba por debajo del 50% se encontraba en «zona de peligro». Las medidas aplicadas en uno u otro caso son diferentes, por lo que se enfa-

tizó este aspecto a lo largo de toda la intervención.

2. Componente de control emocional (sesiones de la 7 a la 14), en el que se trabajó la relajación muscular progresiva de Cautela y Groden (1978) y la variante particular de Kendall y Braswell (1986) robot-muñeco de trapo.
3. Componente de educación para la respiración (sesiones de la 11 a la 14), donde se entrenó un patrón de respiración lenta y diafragmática.
4. Componente de prevención de recaídas (sesiones de la 14 a la 15), en el que se presentaban posibles situaciones problema ante las que el niño debía aplicar los conocimientos adquiridos, describiendo los pasos a seguir. En la última sesión se trabajó con los padres resumiendo la intervención, haciendo un repaso general de los puntos centrales y aclarando posibles dudas acerca de los componentes vistos. Se establecieron las sesiones de seguimiento.

### 2.4. Procedimiento

El procedimiento, que a continuación se detalla, se llevó a cabo en tres fases diferenciadas pero complementarias. En concreto, la primera de ellas fue la evaluación pretratamiento, la segunda la intervención en sí misma (derivada evidentemente de los datos recabados en la evaluación inicial), y la tercera se consolidó en la evaluación postratamiento. Es necesario decir, que esta última fase estuvo totalmente intercalada con la fase de intervención, pero en este caso haremos una separación, puesto que los objetivos de una y otra son claramente diferentes.

#### 2.4.1. Evaluación Pretratamiento

La evaluación pretratamiento se llevó a cabo en dos bloques diferenciados. En primer lugar, un bloque donde se administraron, tanto a los padres como al paciente, una serie de cuestionarios. En el segundo bloque, se evaluaron las crisis del paciente según autorregistros que trataban de recoger datos sobre el estado pulmonar en que se encontraba.

En primer bloque de evaluación constó de cuatro sesiones y una quinta sesión de informa-

ción sobre datos recabados a los padres del paciente. A continuación se expondrá este bloque, sesión por sesión. El segundo bloque no será presentado aquí, aunque será comentado posteriormente.

En la *primera sesión*, se hizo, una entrevista conductual a los padres del niño, entrevista cuya unidad temática fue la enfermedad de éste. En esta misma sesión, se llevaron los padres una serie de questionarios sobre asma, que debían traer completados en la próxima cita. En concreto los cuestionarios fueron: *Prácticas de cuidado de los padres y otras personas del ambiente del niño*, *Consecuencias del Asma en el niño y/o su familia* y *Consecuencias del Asma en el colegio*.

Al obtener en esa primera entrevista, datos que parecían mostrar la relevancia de aspectos relacionados con la ansiedad que el niño presentaba ante determinadas situaciones y objetos, se decidió dedicar una *segunda sesión* de evaluación a realizar un sondeo en profundidad de los miedos a los que los padres aludían. De este modo, se realizó otra entrevista conductual sobre este tema.

La *tercera sesión (primera con el paciente)* tuvo los siguientes objetivos:

1. Establecimiento de una buena relación terapéutica.
2. Se realizaron preguntas referentes a la alergia; sobre los síntomas (cuáles son y cómo cambian), sobre las «crisis», se sondearon los conocimientos que el paciente tenía sobre su enfermedad (qué es y qué lo produce), y factores emocionales, como desencadenantes de crisis de tos.
3. También se centró esta sesión en evaluar los miedos del paciente independientemente de su enfermedad. Para ello se le administró el **Inventario de miedos**. Se utilizó este inventario por la información cualitativa que podría proporcionarnos. Para hacer la tarea más fácil al paciente, se utilizó un **indicador de miedos** {(un semáforo con tres colores; rojo (mucho miedo), amarillo (algo de miedo) y verde (nada de miedo))}. Los datos de este inventario no fueron relevantes, por lo que no se expondrán en el apartado *resultados*.
4. Se realizaron preguntas generales sobre la vida del niño: sobre el colegio (maestro,

compañeros), sobre su vida social (en el momento de acudir a consulta y en primavera, cuando el alérgeno está presente), y sobre las consecuencias de la enfermedad sobre su vida en general.

La *cuarta sesión* se dedicó principalmente a los siguientes objetivos:

1. La evaluación de la posible existencia de ansiedad. Para ello se completó en consulta el **Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo en niños, STAI-C**.
2. Se le pasaron diversos questionarios relacionados con el asma alérgico: **Prácticas de cuidado del niño y Cuestionario de Opiniones sobre el Asma**.

La *quinta sesión* se dedicó a devolver la información recabada en las sesiones de evaluación y principalmente, a exponer a los padres las conclusiones a las que se habían llegado. La fase final de esta evaluación consistió en presentar una propuesta de las líneas de intervención posibles a llevar a cabo.

#### 2.4.2. Tratamiento

Las líneas de intervención propuestas, según los datos que habían sido recogidos en la fase de evaluación, se centraron en el tratamiento de los aspectos relacionados con el asma alérgico del paciente. Se determinó la no existencia de ningún problema psicológico instaurado (trastornos de ansiedad, fobias, etc.).

En lo que respecta al tema central de la intervención, el asma alérgico, se decidió no intervenir hasta que ésta no estuviera próxima estacionalmente, y por tanto, hasta que el alérgeno no estuviera presente, ya que era, según la opinión de los autores, el modo más directo de intervenir sobre los problemas que tenía el paciente.

La intervención se llevó a cabo por dos terapeutas, en 15 sesiones programadas, de una hora de duración aproximadamente, con una frecuencia de una vez por semana. En todas las sesiones se encontraba el paciente a solas con los terapeutas, y solamente en algunas de ellas se daba a los padres información que se creyera de relevancia. Cuando esto era necesario, se dedicaban unos 15 minutos más al final de la sesión para llevarlo a cabo.

A continuación se detalla el esquema seguido en cada una de ellas.

### SESIÓN 1 y 2

Las primeras sesiones de intervención, no lo fueron en el sentido literal de la palabra. Realmente en estas sesiones se llevaron a cabo una serie de entrevistas sobre el «status psicológico y alérgico» del paciente, ya que habían pasado algunos meses desde el primer contacto. En este momento no presentaba síntomas de alergia. El esquema general de la sesión fue:

- Restablecimiento del contacto con el niño
- Entrevista semiestructurada sobre alergias
- Tareas para casa:
  - \* Autorregistro por si aparece una crisis de asma.

### SESIÓN 3

- Revisión de tareas para casa
- Entrevista sobre alergia. En esta sesión el niño ya presentaba síntomas.
- Recogida de información sobre la aparición de la alergia, los cambios en el estado a lo largo de la semana, y del día, etc...
- Educación sobre qué es una crisis y cómo autorregistrarla
- Tareas para casa:
  - \* Autorregistro de las crisis

### SESIONES 4 y 5

- Revisión de Tareas para Casa:
- Fomento de la autopercepción de los síntomas.
- Introducir el Medidor de Picos de Flujo (PFM) como medida objetiva de su estado pulmonar.
- Enseñar a medir con el PFM: Postura correcta, número de veces que es necesario, qué valor apuntar, etc.
- Tareas para casa:
  - \* Autorregistro PEFR en intervalos seleccionados, dos veces al día.

### SESIÓN 6

- Revisar tareas para casa:
- Comenzar la psicoeducación: Se trata de ir exponiendo en consulta el contenido de un folleto informativo realizado por los autores: ¿Qué es la alergia?, ¿qué ocurre?, ¿cómo se desarrolla?.

- Tareas para casa:
  - \* Seguir autorregistrando los valores de PEFR

### SESIÓN 7

- Revisión de tareas para casa
- Psicoeducación: Repaso de lo visto la semana pasada. Esta semana se educó sobre el papel de los pulmones: ¿Qué ocurre cuando se tiene una reacción alérgica de tipo asmática?, ¿por qué se estrechan las vías respiratorias?, ¿qué podemos hacer para que esto no ocurra, o al menos no así? (Medicación, Técnicas de respiración, Técnicas de relajación muscular). ¿Cuándo deberían ponerse en marcha estas estrategias?
- Información a los padres: ¿Cuáles son los procesos implicados en una crisis de asma?, ¿ante que desencadenantes se pueden producir?, ¿para qué sirve el PFM?, ¿de qué técnicas psicológicas se dispone para controlar o evitar una crisis?, ¿cuál es el objetivo de cada una y que explicación tiene su uso?, ¿qué se consigue con su aprendizaje?
- Tareas para casa:
  - \*Registro PEFR

### SESIONES 8, 9, 10, 11 y 12

- Revisión de Tareas para casa:
- Psicoeducación: Repaso de lo visto la semana pasada e introducción de contenidos nuevos
- Ejercicios de relajación muscular:
  - 1.º Paso por paso (brazos, piernas, cabeza, cuello, espalda, pecho y abdomen)
  - 2.º Directamente: Técnica del Muñeco de Trapo y del Robot.
- Ejercicios de respiración lenta
- Ejercicios de respiración diafragmática
- Fases:
  - 1) Relajación General Directa (RG)+ Respiración Lenta (RL)
  - 2) Entrenamiento en respiración diafragmática+ respiración lenta.
  - 3) RG +RL+RD.
- Posición: tumbado o sentado
- Tareas para casa:
  - \* Practicar los ejercicios 2 veces al día durante 20 minutos.
  - \* Rellenar autorregistro de relajación.
  - \* Apuntar si hay crisis o no

### SESIÓN 13 y 14

- Revisión de Tareas para casa
- Finalizar la Psicoeducación
- Entrega de un cuadernillo-diario con todos los contenidos de la psicoeducación, con el objetivo de posibilitar el repaso de la información al niño, a la vez que la lectura por parte de los padres, para posteriormente resolverle dudas y repasarla con ellos.
- Ensayo en consulta de la RL+RD de pie y/o andando y de la RG+RL+RD.
- Prevención de Recaídas
- Tareas Casa:
  - \* Practicar lo mismo que en consulta
  - \* Lectura por parte de los padres del cuadernillo de psicoeducación

### SESIÓN 15

- Revisión de tareas para casa
- Prevención de Recaídas
- Recogida de datos para el Postest
- Resolución de dudas a los padres y al paciente
- Establecimiento de la siguiente cita
- Despedida.

#### 2.4.3. Evaluación Postratamiento

La evaluación postratamiento se llevó a cabo en la última sesión. En este caso no se pasaron todos los cuestionarios anteriores, sino sólo aquellos que habían sido significativos en la evaluación pretratamiento. Los padres no volvieron a ser evaluados, ya que la intervención no había ido directamente dirigida a ellos (imposibilidad de asistencia a consulta por parte de los dos padres) y al niño se le pasaron los siguientes cuestionarios; **Prácticas de cuidado del niño y Cuestionario de Opiniones sobre el Asma**. La pasación de éstos tuvo lugar en la 15.ª sesión de tratamiento, momentos antes de que se llamara a los padres para resolver las dudas que pudieran haber aparecido tras la lectura del cuadernillo de psicoeducación.

### 3. RESULTADOS

Se presentarán los datos, tanto de la evalua-

ción pretratamiento, como de la evaluación postratamiento, en dos grandes grupos de instrumentos: **cuestionarios y autorregistros**.

#### 3.1. *Resultados de la Evaluación Pretratamiento*

##### 3.1.1. Cuestionarios

A LOS PADRES: En las dos primeras sesiones (primer bloque de evaluación), los padres contestan a una serie de cuestionarios. A continuación se detallan los resultados.

##### **- Conductas de cuidado sobre el asma:**

Este cuestionario fue pasado a los padres, debido a que cabía la posibilidad de que cada uno realizara tareas diferentes, o conductas distintas, en función de los roles que desempeñaban en el cuidado de la enfermedad de su hijo. Así, se pensó que podrían aparecer diferencias en las respuestas a ítems tales como; «limpio la casa con especial cuidado», o «cuando el niño tiene un nuevo profesor, me pongo en contacto con él para explicarle todo lo referente a su asma». Teniendo esto en cuenta, se obtuvieron las respuestas a todos los ítems por parte de cada uno de los padres, aunque sólo se expondrán aquellos resultados que signifiquen déficit o respuestas negativas (*nunca* o *a veces* para los ítems positivos, o *frecuentemente-siempre* para los negativos).

Con respecto a las conductas desplegadas para prevención de crisis, los padres presentan un comportamiento adecuado en las guías generales a seguir (limpieza, no fumar delante del niño, informarse de las dudas a través del médico). Sin embargo, existen puntos necesarios a tener en cuenta. Entre ellos, está el hecho de que los padres no se ponen en contacto con el nuevo profesor para explicarle lo que le ocurre a su hijo, ni se ocupan de que el niño realice ejercicios de relajación o respiración.

En lo que se refiere a las conductas exhibidas ante la crisis, aquí los resultados son claramente diferentes. Ambos padres admiten; no supervisar la realización de ejercicios respiratorios cuando el niño tiene una crisis, no preocuparse porque el niño realice ejercicios de relajación, ponerse muy nerviosos, sólo a veces incitan al niño a que



tome líquidos cuando tiene una crisis, no piensan que sean capaces de manejar con eficacia los ataques del niño y, ni otros miembros de la familia, ni los profesores, ni el personal médico u otras personas del ambiente manejan las crisis de forma que puedan ser rápida y eficientemente controladas (según la opinión de los padres).

En lo que se refiere al componente de información siempre hay acuerdo entre los miembros de la familia con respecto a lo que hacer en caso de crisis.

#### - Cuestionario de Consecuencias del asma:

##### 1. Consecuencias Familiares

En cuanto a los datos de las consecuencias familiares, sociales y psicológicas, los padres indican que lo más relevante es que el paciente presenta una imposibilidad de realizar actividades sociales del tipo «salir a la calle con sus amigos» cuando el alérgeno está presente. En cuanto a las consecuencias en la familia, los padres apuntan hacia que hay cierto proteccionismo y preocupación excesiva. Los miembros de la familia llegan a presentar niveles altos de ansiedad por el problema. En lo que respecta al niño, los padres perciben que debido a la alergia, el niño presenta miedos exagerados a situaciones o cosas y altos niveles de ansiedad.

##### 2. Consecuencias Escolares

Los resultados indican que no hay discrepancias entre las opiniones de los padres. Los datos, en el ámbito escolar señalan una total adaptación del niño. Sólo se encuentra en éste un impedimento para asistir a algunas clases de gimnasia cuando el alérgeno está en el ambiente, estando esto, por otro lado, aconsejado por el médico.

AL NIÑO: Le fueron administrados los siguientes cuestionarios

#### - Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo:

Los resultados indican que en ninguna de las dos escalas en las que se divide el test: *ansiedad rasgo* y *ansiedad estado*, se puntúa por encima del centil 75.

\* Ansiedad Rasgo: Puntuación: 25.

\* Ansiedad Estado: Puntuación: 5

#### - Cuestionario de Autocuidado en el asma:

Conductas de Prevención: En este sentido, el

niño generalmente realiza conductas preventivas tales como; evitar situaciones, tomar correctamente la medicación, etc. Sin embargo, el niño no toma por sí mismo la medicación y no realiza ejercicios que puedan ayudar a prevenir las crisis (como relajación, técnicas de respiración, etc).

Conductas ante el Empeoramiento: El niño actúa correctamente cuando tiene una crisis, tratando de relajarse y de respirar profundamente, aunque admite que frecuentemente se «pone nervioso», y a veces no se nota los síntomas que le ayuden a prevenir un empeoramiento de su estado de alergia.

#### - Cuestionario de Opiniones sobre el asma:

Los resultados en este cuestionario son los siguientes:

Optimismo: En general, el paciente es muy optimista sobre esta capacidad, aunque resalta un cierto pesimismo en cuestiones tales como: «puede que el hospital ayude a algunos, pero se da el alta a bastantes sin mejoría real», «hago las cosas también como cualquiera», «puedo sacar lo que quiera de la vida».

Estigma: En este factor, el niño opina que «cualquiera puede darse cuenta de que tengo un problema respiratorio» y «mis empeoramientos en el asma no tienen causa, aparecen sin más».

Independencia: En este factor, el niño opina que su salud depende de él, que tarde o temprano va a curarse y que es totalmente capaz de saber cómo se siente por dentro. Es decir, no depende de los demás para saber qué es lo que le ocurre.

Vigilancia: El niño opina que está algo en desacuerdo con los ítems: «generalmente me doy cuenta de si mi asma va a empeorar» y «siempre sé cuándo voy a tener un empeoramiento de mi asma por las sensaciones que tengo en el cuerpo».

#### 3.1.2. Autorregistros

Se realizaron una serie de autorregistros con dos objetivos diferentes; El primero de ellos fue evaluar las crisis que el paciente presentaba, de modo que se consiguiera tener una medida objetiva de los valores del funcionamiento pulmonar, intensidad, etc. Por otro lado, interesaba determinar si la intervención había sido eficaz. Cada uno de estos objetivos hace referencia a dos momentos distintos de todo el proceso, a sa-

GRÁFICA 1

**Total de crisis subjetivas e intensidad de éstas según el niño, a lo largo de dos semanas**



ber, la evaluación pretratamiento y la evaluación postratamiento. Ambas fases serán expuestas en este apartado.

\* **Autorregistro subjetivo de crisis:** Se pasó en la tercera sesión de tratamiento, sesión en la que se empezó el componente psicoeducativo. Hace referencia al número de crisis e intensidad de éstas según la opinión del niño.

Según se observa en la Gráfica 1, el niño informó de haber tenido 8 crisis en dos semanas. Se estableció una escala para que pudiera puntuar subjetivamente la intensidad de las crisis, que iba de 0 («estoy algo peor de lo normal»), 1 («estoy bastante peor de lo normal»), 2 («estoy mucho peor de lo normal»), hasta 3 («estoy fatal»). Como puede verse la mayoría de las crisis no supera el valor 1 en intensidad (7 de 8), si bien existe una que llega al 2.

\* **Autorregistro objetivo de crisis según valores PEFR:** Este autorregistro fue completado diariamente desde la cuarta sesión hasta la séptima.

Como ya se expuso en el apartado de los componentes del programa, el entrenamiento en relajación y respiración no comienza hasta la séptima sesión, por lo que todo el período anterior lo consideraremos el pretratamiento. El valor PEFR normal para la edad y el peso del paciente es 315 l/min, por lo que se determinó ese valor como el máximo que el niño alcanzaría en un período no alérgico, es decir, asintomático. Así, se estableció que una crisis sería aquella ocasión en la que el valor PEFR estuviera por debajo del 80% de

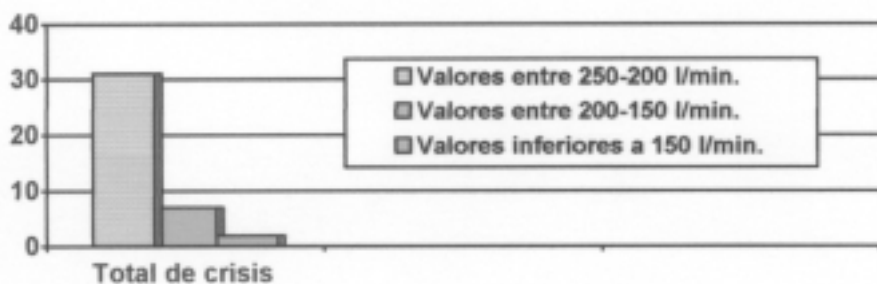
la capacidad normal en estado asintomático. Ese valor por tanto fue de 250 l/min, es decir, por debajo de éste se considera que el paciente tiene una crisis. Sin embargo, en la Gráfica 2 se presenta no sólo la frecuencia de las crisis con valores inferiores a 250 l/min, sino también las de menos de 200 l/min y de 150 l/min. La razón de realizar esta separación fue la siguiente; las conductas para controlar una crisis pueden ser diferentes en función de la gravedad de ésta, y el valor del PEFR es un índice que puede determinar la gravedad. De este modo, no son necesarias las mismas conductas para una crisis en la que los valores en el PEFR son de 210 l/min, que en una crisis cuyo valor es 150 l/min. En la primera de ellas, el valor indica al sujeto que debería estar «alerta», y podría controlarla con técnicas de relajación. Sin embargo en la segunda, además de poner en marcha estas técnicas, quizá puede ser necesario acudir a urgencias, o tomar medicación.

Como se puede observar en la Gráfica 2, la mayoría de las crisis (31 de 40) se sitúan en valores entre 250-200 l/min, lo que significa que son de leves a moderadas. Esto indica que el paciente se encuentra la mayor parte de las veces en «zona de alerta», y podría poner en práctica sus técnicas de control. Aparecen también algunas crisis (8 de 40) con valores por debajo de 200 l/min. (entre 200 y 150 l/min), y otras con valores incluso por debajo de 150 (2 de 40), lo que ya indica que el sujeto se encuentra en «zona de peligro» y debería desplegar otra serie de conductas.

En resumen, esta Gráfica permite apreciar

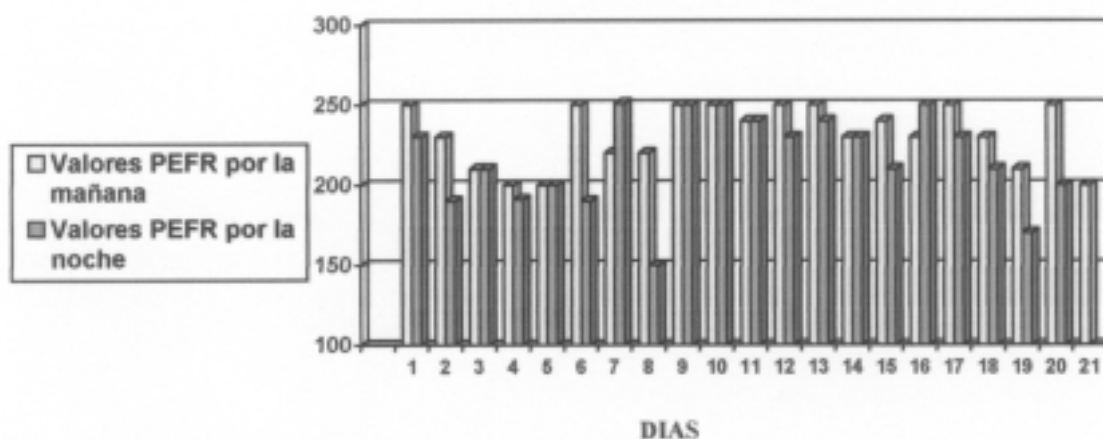
GRÁFICA 2

Total de crisis objetivas según los valores PEFR. Datos correspondientes a 21 días



GRÁFICA 3

Valores PEFR recogidos en dos momentos temporales diarios, durante tres semanas



que la mayoría de las crisis del sujeto no son graves, lo que indica que pueden ser bien controladas.

\* Autorregistro de valores PEFR: Datos recogidos desde la cuarta sesión hasta la séptima (antes de comenzar el tratamiento).

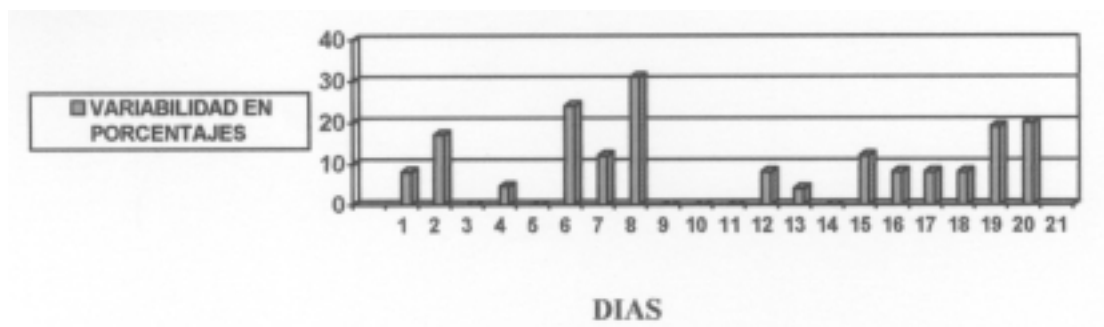
Como puede observarse en la Gráfica 3, la mayoría de los valores, que se tomaban una vez por la mañana (al levantarse) y otra por la noche (antes de irse a dormir), están entre 250-200 l/min. Ello indica que el sujeto se encuentra, en el período alérgico, por debajo del 80% de su capacidad normal. Si bien, es importante apreciar que sus valores casi nunca son inferiores al 60%.

No obstante, no son los anteriores los únicos datos relevantes, ya que como muestra la siguiente Gráfica (Gráfica 4), se puede determinar la **variabilidad** de los valores, es decir, si estos fluctúan demasiado en dos medidas más o menos consecutivas (por ejemplo dos al día; una por la mañana y otra por la noche). Ésta medida es otro índice de la gravedad del asma, que se refiere a su controlabilidad. Cuando el asma está bien controlada (hecho que debe perseguir tanto el tratamiento médico como el psicológico), la variabilidad debe ser menor del 30%.

En este caso, la variabilidad no es alta en la gran mayoría de las crisis, sólo en una de las crisis registradas supera mínimamente el límite del 30%. Esto indica un buen control sobre las

GRÁFICA 4

Variabilidad de los valores PEFR tomados dos veces al día, en un período de tres semanas



crisis, y unido a que, en el período de recogida de datos, los valores en su mayor parte están entre 250-200 l/min., indica que el asma alérgico del sujeto es, como hemos dicho anteriormente, de leve a moderado.

### 3.2. Resultados de la Evaluación Postratamiento

La evaluación postratamiento difirió significativamente de la evaluación pretratamiento. En primer lugar, no se volvieron a evaluar ni las opiniones, ni las conductas de cuidado de los padres, ya que sobre ellos no se realizó una intervención directa, aunque sí indirecta, por las razones ya expuestas. Es decir, a los padres les fue entregado el cuadernillo con todo lo que se había enseñado al paciente en las sesiones de psicoeducación, de modo que éstos tuvieran información sobre qué es la alergia, qué es el asma alérgico, qué ocurre, cómo se previene una crisis, etc. Por otro lado, al niño tampoco se le administraron los cuestionarios donde no había presentado, en la evaluación pretratamiento, ningún tipo de déficit o puntuación significativa. Tal es el caso del STAIC y del Inventario de Miedos.

Los resultados postratamiento se centrarán en el **cambio cognitivo**: *Cuestionario Opiniones sobre el asma*, y **conductual**: *Cuestionario de Autocuidado*, tras la intervención. También se presentarán en este apartado los resultados provenientes de los autorregistros.

#### 3.2.1. Cuestionarios

##### - Cuestionario de Autocuidado del asma:

**Conductas de Prevención:** Lo más llamativo de este apartado es que el niño admite que realiza, frecuentemente o siempre, ejercicios de respiración y relajación, además de tomar frecuentemente los medicamentos por sí solo.

**Conductas ante el Empeoramiento:** En este caso, el niño sigue afirmando que se pone muy nervioso, aunque ahora se ve capaz de controlar ese nerviosismo, y que no bebe agua para evitar que la crisis sea más intensa.

##### - Cuestionario de Opiniones sobre el asma:

Los resultados en este cuestionario son los siguientes:

**Optimismo:** En este caso, el paciente ya no cree que se de el alta a pacientes sin mejoría real, cree que hace las cosas como cualquier persona y piensa que puede sacar lo que quiera de la vida

**Estigma:** En este caso, el niño está totalmente en desacuerdo con la idea de que cualquiera puede darse cuenta de que tiene problemas respiratorios, y tampoco lo está con el ítem «mis empeoramientos en la alergia no tienen causa, aparecen sin más».

**Independencia:** Sigue puntuando lo mismo que en el pretratamiento, aspecto que ya era positivo.

**Vigilancia:** En este caso, las puntuaciones del niño han cambiado en el sentido de que ahora es-

tá de acuerdo con los ítems; «generalmente me doy cuenta de si mi asma va a empeorar» y «siempre sé que voy a tener un empeoramiento de mi asma por las sensaciones que tengo en el cuerpo».

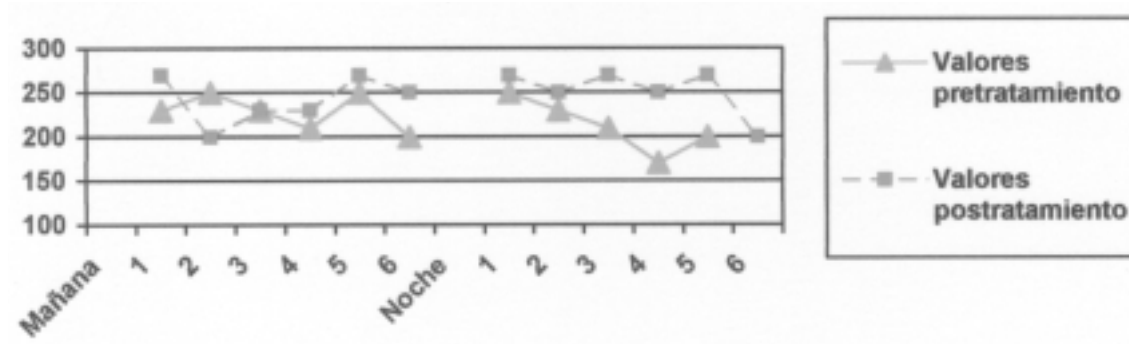
### 3.2.2. Autorregistros

\* **Autorregistro subjetivo de crisis:** Los últimos quince días de tratamiento el paciente informó de no tener ninguna crisis, al menos subjetivamente. Es necesario decir que, en este período el paciente afirma haber puesto en práctica las estrategias psicológicas (estrategias de rela-

jación y respiración lenta y diafragmática) ante la presencia de síntomas de crisis y haber conseguido «abortarlas».

\* **Autorregistro de valores PEFR:** Fue recogido la última semana de tratamiento y en él aparecen los valores PEFR por la mañana y por la tarde, tanto de la última semana de intervención como de la fase pretratamiento. Si se observa la Gráfica 5 se puede comprobar que los valores PEFR han aumentado en la mayoría de los casos, aunque es más evidente en los valores tomados por la noche que en los de la mañana. Además, los valores postratamiento no fueron inferiores a

GRÁFICA 5  
Valores PEFR recogidos en la última semana de pretratamiento y en la última de intervención

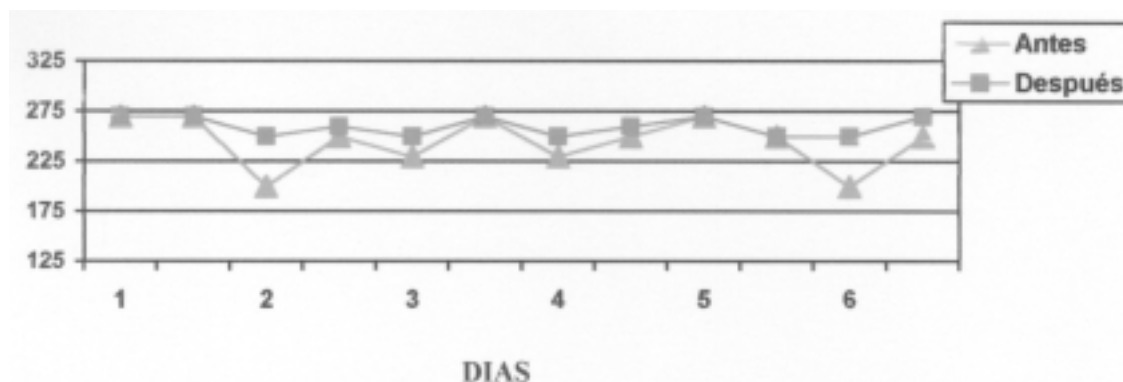


GRÁFICA 6  
Variabilidad de las medidas de PEFR entre valores tomados por la mañana y por la noche en la última semana de tratamiento



GRÁFICA 7

Valores PEFR anteriores y posteriores a la realización de ejercicios de relajación y respiratorios. Datos recogidos en una semana dos veces al día



200 l/min., en ninguno de los casos, estando la mayoría de ellos por encima del 80% (250 l/min.) del valor que corresponde al paciente por razones de peso y edad.

Al igual que en el apartado de pretratamiento, es interesante mostrar la variabilidad de las medidas tomadas (Gráfica 6). En este caso las puntuaciones que aparecen son mejor aún que las anteriores, ya que la variabilidad no pasa del 20%, lo que indica más controlabilidad aún si cabía.

#### \* Autorregistro de eficacia de técnicas de relajación y respiración en valores PEFR

Finalmente, se presentan datos que resultan interesantes y que tras realizar una intervención cualquier profesional se debería preguntar; ¿son eficaces las técnicas que se han entrenado para obtener los objetivos marcados? En respuesta a esta pregunta se puede observar la Gráfica 7, donde aparecen los valores anteriores y posteriores a la realización de ejercicios respiratorios y de relajación. En esta gráfica se puede comprobar que en ningún caso, el valor es inferior al valor de partida. Es cierto, que en algunos casos el valor se mantiene constante, precisamente cuando éste es un valor por encima del 80% de la capacidad normal (250 l/min). Sin embargo, en muchos de los casos, el valor aumenta. Es necesario decir en esta Gráfica, que el paciente no tomó medicación para aumentar sus valores, ya

que en caso contrario no se sabría a qué podría haberse debido el incremento de los valores PEFR

#### 4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Como se estableció al inicio de este trabajo, se decidió abordar la enfermedad alérgica, ya que el paciente presentaba determinados déficits y conductas inadecuadas, que podrían provocar una exacerbación de las crisis asmáticas y un mal control de la enfermedad. Este gran objetivo se abordó, al principio con un componente psico-educativo, cuya necesidad fue detectada en la evaluación, y posteriormente con el entrenamiento en técnicas específicas de control y manejo de crisis (respiración y relajación).

Para comentar los resultados obtenidos se seguirá el esquema desde el que se partió en la intervención. De este modo, se comenzará exponiendo los resultados obtenidos en la evaluación pretratamiento, para posteriormente discutir los resultados obtenidos tras el tratamiento.

Como se puede observar en los resultados expuestos en las Gráficas (2 y 3) la mayoría de las crisis no eran inferiores al 60% de la capacidad normal del paciente. Esto indica que su asma alérgica, no es excesivamente grave. Además, y tal y como se representa en la Gráfica 4, la variabilidad de esta no es superior al 30%, lo que in-

dica que el asma alérgica del sujeto está muy controlada.

Es necesario decir, que estando el sujeto bajo la medicación prescrita por el médico (antiinflamatorios y broncodilatadores), las crisis estaban bien controladas. Sin embargo, son los padres los que, desde el principio, se muestran en contra de esta «excesiva» medicación y los que tratan de conseguir que la medicación sea prácticamente nula. Esto evidentemente es imposible, y así es puesto de manifiesto por parte de los terapeutas. Lo cierto es que, ni en este caso ni en ningún otro, la intervención psicológica pretende eliminar la medicación, puesto que esto no es competencia suya, ni es parte de sus objetivos.

Su objetivo principal es el de hacer al paciente más partícipe de su enfermedad, y aumentar su conocimiento y control sobre ella. De hecho los autores de este artículo están de acuerdo en lo que otros han establecido acerca de la importancia de otorgar al paciente un papel activo que le permita tomar decisiones en cuanto a su medicación, a su estado pulmonar, etc. (Avery, March & Brook, 1980; Creer, 1982). El conocimiento y control de la enfermedad puede llevar a que el sujeto determine no tomar la medicación broncodilatadora ante los síntomas de una crisis, antes de esperar a que sus ejercicios de relajación y respiración resulten efectivos. O bien, puede llevar a que el paciente, detecte los síntomas (o los valores) que indiquen que una crisis va a comenzar y ponga en marcha sus recursos psicológicos antes que los farmacológicos. Con ello se pretende resaltar la importancia del control de la enfermedad y del aumento de las estrategias para ejercer este control. Muchas veces, ante el miedo a que unos síntomas se hagan más intensos se toma medicación que quizás no hubiera sido necesaria con buenos conocimientos sobre el funcionamiento pulmonar y sobre el papel que pueden desempeñar las estrategias de respiración lenta y de relajación.

El objetivo de esta intervención fue, en definitiva, el intento de hacer que el sujeto tomase decisiones, en un momento determinado, teniendo en cuenta múltiples elementos y un mayor bagaje de estrategias de los que tenía en un principio. Éste ha sido uno de los aspectos principales que se han perseguido con la psicoeducación.

En las entrevistas a los padres, y en los cuestionarios sobre asma, tanto para los padres como

para el paciente, se detectaron ciertas lagunas que debían ser abordadas en la intervención. Así, se vio que los padres no tenían excesivos problemas para controlar las crisis del paciente. Sin embargo, no le aconsejaban realizar ejercicios de relajación, ni de respiración, quizás por que no sabían que existían tales técnicas. Por otro lado, el niño, tenía un papel absolutamente pasivo a la hora de medicarse, y de tomar las decisiones necesarias sobre la medicación, además no reconocía los síntomas que indicaban el inicio de un episodio asmático. El componente psicoeducativo sirvió, a la vista de los resultados, para varias cosas. Por un lado, para que el paciente supiera en qué consiste su enfermedad, ya que carecía de esta información. Por otro, y de más importancia, para que la conociera. Es necesario, en ese intento de establecer cierto control sobre las enfermedades, conocer ante qué situaciones se pueden desencadenar los síntomas, cuáles son precisamente estos síntomas y cómo evitar que éstos sigan «su marcha» hasta llegar a un ataque de asma. Por ello fue necesario en este apartado, la introducción del Medidor del Pico de Flujo (PFM), de modo que permitiera al niño la evaluación y retroalimentación constante sobre su estado y funcionamiento pulmonar, para que, de este modo, pudiera tomar las decisiones más convenientes según el momento y la situación.

Por otro lado, las técnicas de respiración y de relajación ya han demostrado ser eficaces en un gran número de estudios (Alexander, Cropp & Chai, 1979; Loew y cols., 2001), y no es este el primer ni el último caso donde se entrenan con resultados positivos. En este caso en particular, es cierto que la mayoría de las crisis del paciente no eran inferiores al valor PEFr de 200 l/min., lo que indica que éstas no eran graves, pero aún así, la efectividad de la intervención se ha visto apoyada. Tanto es así, que el paciente (tal como aparece en la Gráfica 7) ha adquirido la capacidad de aumentar estos valores mediante las técnicas entrenadas. Este es, para los autores, el mayor de los logros obtenidos en este caso.

En el aspecto preventivo, que es en el que básicamente se centra esta intervención (ya que las crisis están circunscritas a un momento temporal concreto, y éstas están en su mayor parte bien controladas), la intervención ha resultado ser eficaz. De hecho, el paciente se encuentra ahora en disposición de afrontar cualquier situa-

ción de crisis asmática, incluso cuando el alérgico no esté presente, con un conjunto de técnicas o estrategias que antes no tenía. Para ello se dedicaron especialmente dos sesiones a la «prevención de recaídas», cuyo objetivo no sólo fue que el paciente estableciera los pasos entrenados ante una crisis, sino que también usara esas técnicas en situaciones de la vida real que nada tenían que ver con su enfermedad (exámenes, partidos de fútbol, etc.), y que probablemente servirían para que no se volviera a repetir una crisis «fuera de temporada», como la que se presentó en Septiembre.

Para finalizar, quizá sea el momento de comentar un aspecto importante del que no se ha hablado hasta ahora. En el aire queda una cuestión claramente importante y que es la siguiente; ¿utilizará el paciente todas las habilidades adquiridas en la próxima primavera?, ¿reducirá los valores PEFR tan eficazmente como en la actualidad? Al no saberse aún las respuestas a estas preguntas, lo único que cabe plantearse es la posibilidad de realizar, con vistas a fortalecer estos conocimientos adquiridos, el seguimiento del paciente a lo largo de un año como mínimo. Además, los autores se han planteado la posibilidad de realizar una serie de «sesiones recuerdo» que contribuyan al asentamiento de estos conocimientos en el paciente. Eso aún queda por hacer y quizá este artículo resulte incompleto en ese sentido. Lo que sí queda demostrada, de nuevo, es la importancia de realizar intervenciones de corte cognitivo-conductual que ayuden a estos pacientes, y a otros, a controlar sus enfermedades y a mejorar su calidad de vida.

La intervención psicológica en el campo sanitario está, hoy por hoy, más que justificada. A lo largo de este artículo se han puesto de manifiesto ejemplos que apoyan este hecho (Vázquez & Buceta, 1990, 1991; Castés y cols., 1999). Sin embargo, ello no significa que ya esté todo hecho en este campo. La investigación sobre los factores psicológicos y su influencia en las enfermedades físicas está aún esperando a «ser potenciada». Esperamos que este artículo haya contribuido a despertar el interés por estos temas y a resaltar la importancia que pueden tener los aspectos cognitivos y conductuales en el manejo de las enfermedades en general.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Thoracic Society (1987). Standards for the diagnosis and care for patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and asthma. *American Review of Respiratory Disease*, 136, 225-244.
- Alexander, A. B., Cropp, G. J. A., & Chai, H. (1979). The effects of relaxation on pulmonary mechanism in children with asthma. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 12, 27-35.
- Avery, C. H., March, J., & Brook, R. H. (1980). Heavy users of an emergency department. A two-year follow-up study. *Social Science and Medicine*, 25, 825-831.
- Castés, M., Hagel, I., Palenque, M., Canelones, P., Corao, A., & Lynch, N. R. (1999). Immunological Changes Associated with Clinical Improvement of Asthmatic Children Subject to Psychosocial Intervention. *Brain, Behavior and Immunity*, 13, 1-13.
- Cautela, J. R., & Groden, J. (1978). *Relaxation*. Champaign, IL: Research Press. (Traducción castellana: 1985, *Técnicas de relajación: Manual práctico para adultos, niños y educación especial*, Barcelona: Martínez Roca.)
- Cobos, N., Reverté, C., & Liñán, S. (1996). Assessment of 2 portable peak expiratory flow meters and reference values for students 6 to 16 years of age. *Anales Españoles de Pediatría*, 45 (6), 619-625.
- Creer, T. L. (1982). Asthma. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 912-921.
- Creer, T. L., Marion, R., & Creer, P. P. (1983). The Asthma Problem Behavior Checklist: parental perceptions of the behavior of asthmatic children. *Journal of Asthma*, 20, 97-104.
- Dark, K., Peeke, H. V. S., Ellman, G., & Salfi, M. (1987). Behaviorally conditioned histaminerelease. *Annual New York Academic Science*, 496, 578-582.
- Ernst, P., Fitzgerald, J. M., & Spier, S. (1996). Canadian Asthma Consensus Conference summary of recommendations. *Canadian Respiratory Journal*, 3, 89-100.
- Goldstein, R. A., Green, R. W., & Parker, S. R. (1983). Preface: self-management of childhood asthma. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 72 (2), 522-525.
- Janson-Bjerklie, S., Ferketich, S., & Benner, P. (1993). Predicting the outcomes of living with asthma. *Research of Nursing and Health*, 16, 241-250.
- Kendall, P. C., & Braswell, L. (1986). Medical applications of cognitive-behavioral interventions with children. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 7, 257-264.
- Kinsman, R. A., Jones, N. F., Matus, I., & Schum, R. A. (1978). Patients variables supporting chronic illness: A scale for measuring attitudes towards respiratory illness and hospitalization. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 163, 159-163.



- MacQueen, G. M., Marshal, J., Perdue, M., Siegel, S., & Bienenstock, J. (1989). Pavlovian conditioning of rat mucosal mast cells to secrete mast cell protease II. *Science*, 243, 83-85.
- Neville, E., Gribbein, H., & Harrison, B. D. W. (1991). Acute severe asthma. *Respiratory Medicine*, 85, 463-474.
- NHBI, National Heart, Lung, and Blood Institute (1995). Global strategy for asthma management and prevention. *Workshop report. Publication Number 95-3659*.
- Nouwen, A., Freeston, M. H., Labbe, R., & Boulet, L. P. (1999). Psychological Factors Associated with Emergency Rooms Visits among Asthmatic Patients. *Behavior Modification*, 23 (2), 217-234.
- Padget, D. K., & Brodsky, B. (1992). Psychological factors influencing non-urgent use of the emergency room: A review of the literature and recommendations for research and improved service delivery. *Social Science and Medicine*, 35, 1189-1197.
- Pelechano, V. (1984). Programas de intervención psicológica en la infancia: Miedos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 10, 23-24.
- Reed, S., Diggle, S., Cushley, M. J., Sleet, R. A., & Tattersfield, A. E. (1985). Assessment and management of asthma in an accident and emergency department. *Thorax*, 40, 898-902.
- Spielberger, C. D. (1973). *Manual for the State Trait Anxiety Inventory for Children (STAI-C)*. Palo Alto (CA): Consulting Psychologists Press.
- Spielberger, C. D., & Edwards, C. D. (1990). *Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo en niños*. Madrid: TEA Ediciones.
- Vázquez, M. I. (1996). *Tratamiento psicológico del asma bronquial*. Madrid: Pirámide.
- Vázquez, M. I., & Buceta, J. M. (1990). Tratamiento comportamental del asma bronquial. In J. M. Buceta & A. M. Bueno (Eds.), *Modificación de conducta y salud*. Madrid: Eudema.
- Vázquez, M. I., & Buceta, J. M. (1991). Intervención comportamental en un caso de asma bronquial. In F. X. Méndez & D. Maciá-Antón (Eds.), *Modificación de conducta con niños y adolescentes*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Whitman, N., West, D., Brough, F. K., & Welch, M. (1985). A study of a self-care rehabilitation program in pediatric asthma. *Health Educational Quarterly*, 12 (4), 333-342.

## RESUMEN

El asma es un problema de salud crónico que afecta

entre el 1 y el 30% de los niños. Diversos estudios han puesto de manifiesto que los programas de intervención psicológica resultan efectivos para reducir las crisis asmáticas, en caso de aparición, disminuir la medicación, aumentar el papel activo del cliente, etc.

En este trabajo se presenta un programa de intervención psicológica, detallado en sus componentes y sesiones, aplicado a un niño con asma alérgica leve de 10 años de edad. La intervención llevada a cabo se centra en psicoeducación al niño y a los padres sobre la enfermedad, y control emocional asociado a la enfermedad (técnicas de relajación y respiración).

Los resultados muestran una reducción de la frecuencia e intensidad de las crisis asmáticas, una disminución de la variabilidad pulmonar, un aumento del flujo de aire máximo espirado tras la aplicación de las técnicas de relajación y respiración, y una adquisición de conductas eficaces para prevenir o controlar la enfermedad por parte del cliente. De igual forma se constata la desaparición de ciertas ideas erróneas sobre la enfermedad. En la discusión se reflexiona sobre estos datos y se discute la utilidad de las intervenciones psicológicas en el asma.

*Palabras clave:* Intervención psicológica, asma alérgica, psicoeducación, control emocional.

## ABSTRACT

Asthma is a chronic problem which affects between 1%-30% of the children. The research has demonstrated that psychological programs are effective to reduce and control asthma attacks, and to learn a well management of medication.

This paper presents a psychological intervention in an asthmatic ten-year-old child. The sessions and components of the psychological program appear in detail, and they are based in education about asthma (for parents and child), emotional control (relaxation and breathing techniques), and acquisition of behaviors needed to control and prevent asthma attacks.

The results indicate a decline of frequency and intensity of asthma attacks, an increase of peak flow meter values after application of relaxation and breathing techniques, and acquisition of knowledge about the illness. Finally, it is presented a discussion about the data and about the efficiency of psychological intervention programs in health problems.

*Key words:* Psychological intervention, allergic asthma, psychological education, emotional control.