

Efectos de una intervención de sesión única sobre la ansiedad y depresión en cuidadores primarios informales

Effects of a single-session intervention on anxiety and depression in informal primary caregivers

María Fregoso Vera¹, Samuel Jurado Cárdenas¹ y Javier Gómez Vera²

RESUMEN

En el presente artículo se exponen de manera general los planteamientos teóricos y metodológicos y los resultados de un estudio específico cuyo objetivo principal fue conocer el efecto de una intervención cognitivo-conductual de sesión única en la sintomatología ansiosa y depresiva de cuidadores primarios informales de niños con asma alérgica. Se utilizó un diseño de caso único con una evaluación previa y otra posterior, además de dos seguimientos. La intervención se aplicó de manera individual a 31 cuidadores y se realizaron mediciones de la sintomatología ansiosa y depresiva, al tiempo que se obtuvieron los datos de adherencia al tratamiento de los menores. La intervención con los cuidadores arrojó mejoras estadísticas y clínicamente significativas en la sintomatología depresiva (de leve a mínima) y ansiosa (de leve a mínima leve). El tamaño y la potencia del efecto fueron elevados en los síntomas depresivos, y medianos en los ansiosos. La mejoría se manifestó en los 31 cuidadores que participaron en el estudio, incluso hasta seis meses después de concluido. La intervención de sesión única fue eficaz para reducir los síntomas de depresión y ansiedad en el grupo bajo estudio de cuidadores, lo cual significa una mejora de la adherencia al tratamiento médico por parte de los niños.

Palabras clave: Cuidadores informales primarios; Intervención de sesión única; Asma alérgica; Enfoque cognitivo-conductual.

ABSTRACT

The present article contains a general description of the theoretical and methodological approaches to treating primary non-professional caregivers of chronically ill children. Another objective is to describe the results of a specific study whose main purpose was to examine the effect of a single-session, cognitive-behavioral intervention on anxious and depressive symptomatology in caregivers of children suffering allergic asthma. A within-subjects single case design with pretest and posttest comparisons and two follow-ups was used. Measurements were collected on anxious and depressive symptoms of caregiver while treatment adherence data were obtained from the children. The intervention was applied individually to a total of 31 caregivers. Results showed statistically and clinically significant improvements in depressive (mild to minimal) and anxiety symptoms (mild to mild-minimal). The size and effectiveness of the clinical effects were greater for depressive symptoms, and medium for anxious symptoms. Improvement occurred in all 31 participant caregivers and remained after six months of treatment completion. The single-session intervention was effective in reducing symptoms of depression and anxiety of caregivers, which was also reflected by improvement in the adherence to medical treatment of children.

Key words: Primary caregivers; Single-session intervention; Allergic asthma; Cognitive-behavioral framework.

¹ Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Av. Universidad No. 3004, Col. Copilco Universidad, Del. Coyoacán, 04510 México, D.F., México, tel. (55)34-65-49-99, correos electrónicos: marfregoso@prodigy.net.mx y jurado@servidor.unam.mx. Artículo recibido el 8 de agosto de 2014 y aceptado el 19 de enero de 2015.

² Hospital Regional "Adolfo López Mateos", Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Av. Universidad No. 1321, Col. Florida, Del. Álvaro Obregón, 01030 México, D.F., México, correo electrónico: jgomezvera@yahoo.com.

INTRODUCCIÓN

El asma alérgica es una enfermedad crónica en aumento constante. Las cifras anuales reportadas por The International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) (Del Río et al., 2008; Mallol et al., 2010; cf. Pearce et al., 2007) así lo constatan. En México, 6% de la población infantil padece esta enfermedad. El índice de prevalencia de asma en el país en los niños de entre 6 y 7 años de edad es de 4.5%, y para los de entre 13 y 14 años de edad, de 8%. ISAAC (2007) y Del Río et al. (2008) encontraron que la prevalencia de asma en la Ciudad de México es de 9%, en Ciudad Victoria, Tamps., de 8.5%, y en Mérida, Yuc., de 2.5%.

El asma alérgica es una enfermedad bronquial que se produce como hiperrespuesta inmunológica a los alérgenos que provocan inflamación de las vías respiratorias, y que afecta la calidad de vida del enfermo y de sus allegados. De acuerdo con la definición de la Global Initiative for Asthma (GINA) (2014),

El asma causa síntomas como sibilancias, dificultad respiratoria, opresión torácica y tos, que varían a lo largo del tiempo en cuanto a su presencia, frecuencia e intensidad. Estos síntomas se asocian a características variables de flujo aéreo espiratorio, es decir, dificultad para expulsar el aire de los pulmones a causa de una broncostricción (estrechamiento de la vía aérea), engrosamiento de la pared de la vía aérea y aumento de la mucosidad. Puede haber también cierta variación en el flujo aéreo en las personas sin asma, pero en el asma es mayor.

También se ha demostrado que los procesos familiares tienen una poderosa influencia en la salud (Campbell, 2003) y en el control del asma pediátrica debido a que está asociado de manera inevitable con el funcionamiento psicológico saludable de la familia (Klennert, Kaugars, Strand y Silveira, 2008).

Se sabe que es elevada la cantidad de personas que necesitan ser cuidadas o asistidas por otra; a esta última se le denomina *cuidador primario informal* (CPI en lo sucesivo), quien es el que asume la responsabilidad total del paciente y el que lo asiste en todas las actividades que a éste no le es posible llevar a cabo (Islas, Ramos, Aguilar y García, 2006).

De manera genérica, los padres son las personas encargadas de ejercer las funciones de cuidado y protección y de decidir sobre la salud del niño; por ello, se les considera CPI (Montorio, Yanguas y Díaz, 1999). Las funciones del CPI y su interacción con el niño enfermo influyen en el asma pediátrica (Dean et al., 2010; Feldman et al., 2013; Kaugars, Klennert y Bender, 2004).

Cuando se trata de enfermedades crónicas, en particular del asma, se ha identificado su influencia en la interacción entre el CPI y el niño enfermo (Kaugars et al., 2004; Tibosch, Verhaak y Merkus, 2011). La sintomatología depresiva y ansiosa del CPI de un niño con asma es un factor importante en esta interacción (Brown et al., 2006; Feldman et al., 2013; Kozyrskyj et al., 2008; Rhee, Belyea y Brasch, 2010).

Es frecuente encontrar síntomas depresivos entre los CPI de niños con asma. Más allá de la morbilidad, se ha visto que la edad del CPI y los síntomas de depresión son predictores determinantes de las visitas al servicio de urgencias. Se ha evaluado por medio del estudio nacional de asma en las ciudades (Kattan et al., 1997; The National Cooperative Inner-City Asthma Study) si los síntomas de depresión del CPI estarán asociados con la frecuencia del uso del servicio de urgencias. Se investigaron los factores psicosociales de 1,528 niños con asma, cuyo rango de edad fue de 4-9 años. Se encontró que los padres reportaron niveles clínicos significativos de distrés psicológico y de depresión del CPI. Ambas manifestaciones fueron un predictor consistente de hospitalizaciones para el niño con asma. Inversamente, el estilo parental, el soporte social, el abuso en el consumo de bebidas alcohólicas y el estrés contribuyen en escasa medida a la predicción de la morbilidad del asma (Wade et al., 1999).

Hay diferencias de opinión acerca de si la cantidad de personas que se consideran enfermas de asma alérgica en un tiempo y en un espacio específicos está asociada con los síntomas psiquiátricos del CPI; Bartlett et al. (2004) encontraron que los síntomas depresivos del CPI no se asocian con la morbilidad del asma de sus hijos, pero sí con sus creencias y actitudes, lo que significa una influencia negativa en la adherencia farmacológica. Sin embargo, Tu, Perrault, Seguin y Gauvin (2011) hallaron que sí hay relación entre los sín-

tomas depresivos de la madre y los periodos de exacerbación del asma en sus hijos.

En un estudio de cohorte de díadas de CPI-niño con asma, se demostró que los CPI manifestaron más síntomas depresivos cuando atendían niños con exacerbaciones de asma que los CPI de niños que no sufrieron tales crisis (Acosta, Canino, McQuaid, Goodwin y Ortega, 2011; Feldman et al., 2013; Lim et al., 2011).

En el mismo grado de importancia se considera la sintomatología ansiosa, que es otro factor que predomina en los CPI de niños con asma, la cual ha sido identificada y relacionada con una escasa adherencia farmacológica y, por lo tanto, con recaídas y exacerbaciones asmáticas.

Investigaciones acerca de la ansiedad del cuidador y su relación con el asma infantil han encontrado una relación entre ambos (Brown et al., 2006; Cookson, Granell, Joinson, Ben-Shlomo y Henderson, 2009; Gupta, Mitchell, Giuffre y Crawford, 2001; Kozyrskyj et al., 2008), y se ha reportado que el incremento en la ansiedad del CPI se relaciona con la severidad del asma del niño y con el aumento de sus síntomas (Moreno, Silverman, Saavedra y Phares, 2008; Cookson et al., 2009).

Los estudios sobre el CPI y las intervenciones psicológicas breves son escasos; sin embargo, de entre ellos, Celano, Holsey y Kobrynski (2012) reportan que, al contrastar dos tipos de tratamiento de seis sesiones y de una sola sesión con niños asmáticos y sus cuidadores, no encontraron diferencias estadísticas significativas entre ambos grupos; además, informan que sus resultados muestran que hay mejoría en ambos grupos en cuanto al manejo del asma, frecuencia de hospitalizaciones de los enfermos, sintomatología diaria y reducción del estrés del CPI.

A menudo, los CPI asumen diversos roles; por ejemplo, son empleados que deben cumplir con un horario, son responsables de que el ambiente en el hogar esté libre de alérgenos, y deben vigilar la salud del niño, asistirlo en el tratamiento prescrito y llevarlo a las consultas médicas. Asimismo, pueden enfrentar circunstancias como atender a los otros hijos, al cónyuge o a algún familiar que lo necesite. Bazán, Rodríguez, Osorio y Sandoval (2014) aducen que “el cuidado de un enfermo en la familia o en casa supone un fuerte impacto en

la vida de las cuidadoras que implica grandes costos” (p. 4), por lo que los tratamientos psicológicos resultan muy limitados en tiempo y horario, de modo que tienen que ser muy bien programados para cumplir con la meta prevista (Fajardo, 2010; Fernández, Martín y Domínguez, 2003; Font y Rodríguez, 2007).

De acuerdo a lo descrito, y en el contexto del presente estudio, se encontró que la opción de tratamiento psicológico breve para los CPI son las intervenciones de sesión única. Este tipo de intervención ha mostrado su eficacia en los casos de fobias (Ollendick, Öst, Reuterskiöld y Costa, 2010; Öst y Ollendick, 2001) y uso de drogas (McCambridge y Stang, 2004). También se han utilizado para enseñar a padres de niños con desorden de déficit de atención ciertas estrategias para el manejo de su comportamiento (Johnston, Mah y Regambal, 2010) y para educar a adultos asmáticos en el manejo de la enfermedad (Larson et al., 2010). Se desconocen los efectos de una intervención breve en los síntomas psicológicos del CPI; por ello, se sugiere trabajar con los CPI con el objetivo de examinar los efectos de una intervención cognitivo-conductual de sesión única en la sintomatología ansiosa y depresiva del CPI de niños de 2 a 12 años de edad con asma alérgica.

Con base en este objetivo, se planteó la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son los efectos de una intervención cognitivo-conductual de sesión única sobre la sintomatología ansiosa y depresiva de los CPI?

MÉTODO

Participantes

Colaboraron 50 cuidadores primarios de niños con alergia respiratoria seleccionados mediante la técnica de muestreo intencional no probabilístico (Kerlinger y Lee, 1999). Todos los pacientes habían sido diagnosticados con asma alérgica por los médicos especialistas del Hospital Regional “Lic. Adolfo López Mateos” del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), sito en la Ciudad de México. Los CPI respondieron los inventarios y registros conductuales

de manera individual, pero solo 31 completaron el proceso de intervención psicológica. Su rango de edad fue de 24 a 58 años ($M = 36.34$, $D.E. = 7.32$); la distribución por sexo fue de 28 madres y tres padres; 59.4% estaban casados; 40.6% de los participantes tenía estudios universitarios, y 62.6% eran empleados federales. En 71.9% de ellos la familia estaba integrada por tres o por cuatro personas, y 65.6% eran asistidos por otras personas en el cuidado de sus hijos.

Para participar en el estudio, se exigió a los participantes ser derechohabientes de la institución y cuidar de un niño con asma de tipo alérgico. Se excluyó a los CPI que estuvieran en tratamiento psiquiátrico o psicológico en la propia institución o en cualquiera otra.

Materiales

Presentaciones audiovisuales de 52 diapositivas originales, resultado de estudios piloto previos, diseñadas para la sesión única de tratamiento mediante el programa Microsoft PowerPoint, de Microsoft, Office 2010. La presentación de dichas diapositivas contenía información sobre alergia, asma, factores ambientales causantes de alergia y, por tanto, de asma, así como medidas de protección contra las exacerbaciones de la alergia, procedimiento en casos de exacerbación del asma, estrategias de apoyo en casos de crisis emocional, procedimiento de respiración diafragmática y relajación muscular profunda.

Al efecto, se utilizó una computadora laptop Sony Vaio, con sistema operativo de Windows OS 8.0 y Microsoft Office 2010.

Instrumentos

1. *Formato de consentimiento informado.*

2. *Cuestionario de datos sociodemográficos* (nueve reactivos), construido ex profeso para este estudio.

3. *Entrevista semiestructurada*, con preguntas hechas al CPI acerca de quién era la persona a cargo del niño enfermo, conocimiento de la enfermedad, tiempo desde la aparición de ésta, relación con el niño enfermo, y cambios en la vida del CPI y de la vida familiar a partir del diagnóstico del menor.

4. *Inventario de Depresión de Beck-II.* Estandarizado para la población mexicana por Andrade (2010), obtuvo un alfa de Cronbach de 0.95; asimismo, Hernández (2010) evaluó la validez de criterio y concurrente con la escala Zung, obteniendo una $r = -0.245$ ($p < 0.000$). Dicho inventario contiene 21 reactivos (entre menos puntos, menor nivel de depresión, siendo el máximo de 63). Este instrumento mide un síndrome general de depresión, integrado por los siguientes factores: actitudes negativas hacia sí mismo, deterioro del rendimiento y alteración somática; en otras palabras, sintomatología depresiva.

5. *Inventario de Ansiedad de Beck.* Estandarizado para la población mexicana por Robles, Varela, Jurado y Páez (2001), contiene 21 reactivos cuya consistencia interna es de 0.83 (donde menos puntos, menor nivel de ansiedad; máximo de 63). Es un instrumento que, diseñado para evaluar los síntomas de ansiedad, mide la sintomatología ansiosa: ansiedad subjetiva, ansiedad neurofisiológica, ansiedad autonómica y pánico.

6. *Carnet de conductas de adherencia terapéutica.* La adherencia es definida como el “grado en que el comportamiento de una persona —tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida— se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria” (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2004, p. 13). El carnet de adherencia terapéutica, diseñado específicamente para este estudio, estuvo constituido por un registro con imágenes en el que el CPI tenía que marcar si habían ocurrido las siguientes conductas: “Dar la medicina (spray, pastillas, vacunas); dar medicamento de rescate; cansancio, enojo, susto; dormir bien toda la noche; ir a la escuela; jugar con amigos en el exterior; diversión; estar donde fumen; no abrigarse cuando hace frío; contacto con perros, gatos o polvo, y no protegerse de cambios bruscos de temperatura”. A los CPI se les instruyó en el registro (operacional) diario de cada una de las conductas.

Diario empleado. En la otra parte del carnet, también con imágenes, el CPI tenía que registrar la ocurrencia de las conductas que el niño podría manifestar como sintomatología asmática. Estas conductas fueron agrupadas, de acuerdo a lo que recomiendan los organismos internacionales

(GINA, 2014; ISAAC, 2007; OMS, 2004), en las siguientes: dar medicamento, uso de medicamento de rescate, bienestar (diversión, jugar en el exterior con amigos, cansancio, susto, enojo, dormir bien toda la noche, asistir a la escuela), riesgo (ser fumador pasivo, no abrigarse cuando hace frío, estar en contacto con animales o polvo, no protegerse de cambios bruscos de temperatura) y manifestaciones de asma, como tos, nariz tapada, exacerbaciones o pecho oprimido.

Procedimiento

Se utilizó un diseño experimental de caso único con evaluación previa y posterior y dos seguimientos (Kazdin, 2003). Para ello, se aplicó un tratamiento cognitivo-conductual de sesión única (Öst y Ollendick, 2001).

Después de la entrevista para elaborar la historia clínica, el médico informaba a los padres el diagnóstico de la enfermedad de su hijo y les sugería la necesidad de integrarse al programa de intervención psicológica, para lo que eran remitidos con la primera autora a la misma sala de espera del consultorio del servicio. Se hicieron coincidir las citas médicas del niño con las citas para la atención psicológica del CPI. El programa fue denominado: “Manejo psicológico del niño con asma”.

Primer encuentro

Se realizó una entrevista semiestructurada a la madre o al padre del niño con asma, mediante la cual se identificó al CPI, a quien se le formularon preguntas acerca del estado de salud del niño y el modo en que influía su enfermedad en el propio CPI y en la familia en general; asimismo, se indagó sobre las respuestas que los cuidadores daban ante la exacerbación asmática y las creencias catastrofistas sobre esta situación. También se le explicó al CPI el propósito del tratamiento y la importancia de su participación. A los CPI que aceptaron participar en el programa se les solicitó que leyeran el formato de consentimiento informado, se dio respuesta satisfactoria a sus dudas, aclarando toda idea errónea que tuvieran, y finalmente se les pidió que firmaran el mencionado formato.

Luego, se aplicaron los inventarios y el cuestionario de datos sociodemográficos de manera

autoadministrada. Asimismo, se indicó a los participantes el modo en que debían registrar sus respuestas en el carnet de adherencia terapéutica para presentarlo en la siguiente cita. El compromiso de la investigadora con los CPI fue que en la siguiente sesión les entregarían los resultados de las pruebas psicológicas que habían respondido.

Las pruebas fueron calificadas por la investigadora, quien en la bitácora anotó los resultados obtenidos en cuanto al nivel de sintomatología ansiosa y depresiva y la interpretación de la puntuación que obtuvo cada CPI.

Segundo encuentro

El tiempo transcurrido entre el primer encuentro y el segundo fue, en promedio, de siete días hábiles. De acuerdo con el compromiso adquirido en la primera sesión, en la segunda se le informaron verbalmente al CPI los resultados obtenidos en los inventarios y el cuestionario, se le proporcionó una breve explicación del significado, y se corroboró dicha información. Se le solicitó el carnet de adherencia terapéutica ya requisitado que se le había entregado en la cita anterior y se le informó que en la siguiente cita tendría lugar la sesión de tratamiento, la que duraría aproximadamente 90 minutos.

Intervención de sesión única

La intervención de sesión única consistió en la exposición combinada de la información sobre alergia, asma, exacerbaciones asmáticas y demás, el entrenamiento en respiración diafragmática, la relajación muscular profunda y la presentación de los videos sobre situaciones asmáticas.

La intervención con cada CPI fue individual e interactiva y duró, en efecto, 90 minutos y se desarrolló como se indica a continuación.

Desarrollo. En la primera parte se abordó el tema de la psicoeducación; en la segunda, el de técnicas de respiración diafragmática y relajación muscular, y en la última, el de situaciones asmáticas.

En la primera parte de la sesión se aclararon todas las dudas del CPI respecto del tema tratado; asimismo, mediante la terapia racional emotiva (Ellis, 2001), se disiparon las creencias catastrofistas acerca del asma alérgica en los niños.

En la segunda parte se practicaron las técnicas de respiración diafragmática y relajación muscular profunda, para lo cual la investigadora modeló la manera como debían hacerse los ejercicios, con la intención de que el CPI desarrollara la habilidad necesaria y las aplicase cuando fueran requeridas por el enfermo. Asimismo, se le entregó al CPI un folleto que contenía la misma información acerca de las técnicas practicadas en esta parte de la sesión.

En la tercera parte se presentaron seis videos acerca del asma (véase Anexo); esta es la parte de “exposición en vivo”. Los videos tuvieron una duración total de nueve minutos con 33 segundos y se hallaban disponibles en YouTube. Cada uno de los videos que se enlistan al final del artículo muestra algún aspecto relacionado con las crisis que puede enfrentar una persona asmática:

- Video irónico que muestra cómo no debe utilizar el inhalador una persona con asma.
- Video que muestra la severidad de las exacerbaciones asmáticas y cómo es posible identificarlas.
- Video que muestra que la llamada “tos de foca” es muy común en las personas con asma.
- Video ilustrativo en que se muestra cómo puede exacerbarse una crisis de asma y lo que debe hacerse para asistir al enfermo.
- Fragmento de una película en la que a la protagonista le ocurre un ataque de asma y lo que el padre hace para asistirle.
- Se dramatiza un ataque de asma y la manera en que respira el enfermo asmático cuando le ocurre.

Es importante destacar que esta investigación se basó en los principios del aprendizaje social, modelado participante y práctica reforzada de Öst y Ollendick (2001).

Postest. A los siete días de la intervención se hizo un seguimiento telefónico al CPI y se le solicitó que respondiera el registro del carnet de adherencia terapéutica. Se reforzó la realización de los ejercicios de respiración diafragmática y de relajación muscular, así como las conductas de adherencia terapéutica.

Primero y segundo seguimientos. A los dos y seis meses después del tratamiento psicológico se llevó a cabo una entrevista con los CPI en la que se indagó su estado emocional y la sintomatología as-

mática del niño. Se les preguntó sobre el entrenamiento en respiración diafragmática y relajación muscular, y asimismo se les solicitó que respondieran nuevamente los inventarios, los cuestionarios y el carnet de adherencia terapéutica. Se reforzaron de manera positiva las conductas del CPI, la realización de los ejercicios de respiración diafragmática y de relajación muscular, así como las conductas de adherencia terapéutica. El segundo seguimiento se cerró agradeciéndoles su participación en la investigación, y también se fortaleció su ejecución adecuada durante los seis meses de seguimiento, tras de lo cual se hizo la despedida formal.

RESULTADOS

El análisis de datos se efectuó utilizando el programa estadístico SPSS 18.1. La muestra no probabilística quedó conformada por los 31 CPI de niños con asma alérgica ya descritos.

La distribución estadística de los menores con asma alérgica fue de 17 niños y 14 niñas, con una edad promedio de 5.9 años, cuyos diagnósticos fueron, a saber: asma leve intermitente (64.5%), asma leve persistente (29.0%) y asma moderada (6.5%). El alérgeno principal fueron los ácaros (*Dermato-phagoide farinae*) en 90.3% de los casos. La edad de inicio de la enfermedad en 45.2% de los casos fue muy temprana.

Pre y postratamiento

Se efectuaron dos tipos de mediciones: la primera consistió en la aplicación del cuestionario y los inventarios antes del tratamiento y en los dos seguimientos; la otra medición se efectuó por medio de un registro de ocurrencia en el carnet de adherencia terapéutica. Para su análisis, se agruparon las respuestas en los siguientes rubros: ingesta de medicamentos, medicamento de rescate, bienestar (por ejemplo, dormir bien toda la noche, ir a la escuela, jugar con amigos en el exterior, divertirse) y riesgo (por ejemplo, estar con fumadores en activo, no abrigarse cuando hace frío, tener contacto con perros, gatos o polvo o no protegerse de los cambios bruscos de temperatura). Estas mediciones se hicieron antes y después de la intervención y en los seguimientos a los dos y seis meses.

Por lo que se refiere a la evaluación de los datos de los inventarios llenados por los CPI antes de la intervención y en los dos seguimientos, los resultados se muestran en la Tabla 1, en la que se registran las medias y desviaciones estándar de la sintomatología depresiva y ansiosa antes de la intervención y a los dos y seis meses. También se analizó el tamaño del efecto (Cohen, 1988) con

los valores antes de la intervención y a los dos y seis meses. A los dos meses, dicho efecto puede interpretarse como pequeño en ambas variables; a los seis meses, fue grande para la sintomatología depresiva y mediano para la ansiosa.

En cuanto a los datos vertidos por los CPI en el carnet de adherencia, los resultados se muestran en la Tabla 2.

Tabla 1. Medias, desviaciones estándar y tamaño del efecto de las puntuaciones obtenidas por los CPI en sintomatología depresiva y ansiosa antes de la intervención y en los dos seguimientos.

Variable	Preintervención		Primer seguimiento		Tamaño del efecto	Segundo seguimiento		Tamaño del efecto
	M	D.E.	M	D.E.		M	D.E.	
Sintomatología depresiva	12.06	8.78	9.06	9.31	-0.302	5.90	5.34	-0.890
Sintomatología ansiosa	11.39	8.55	8.58	9.44	-0.310	6.13	5.67	-0.698

Tabla 2. Medias y desviaciones estándar de las puntuaciones obtenidas por los CPI en el carnet de adherencia terapéutica.

Variable	Preintervención		Postintervención		Primer seguimiento		Segundo seguimiento	
	M	D.E.	M	D.E.	M	D.E.	M	D.E.
Manifestaciones de asma	77.06	33.68	44.26	9.94	57.39	23.50	63.42	24.41
Dar medicamento	7.48	7.42	11.52	6.23	9.65	7.37	9.06	7.42
Uso de medicamento de rescate	1.81	4.69	0.77	3.04	0.48	1.48	1.42	3.55
Bienestar	15.74	7.33	20.26	6.56	18.68	4.26	19.90	5.46
Riesgo	11.26	7.46	5.94	5.27	7.03	5.17	7.61	5.76

También se efectuó un análisis de regresión múltiple por pasos con la finalidad de conocer cómo influyeron las variables independientes en la dependiente. Se efectuó un primer análisis en el que la variable dependiente fue la sintomatología depresiva. El modelo describió como predictores las manifestaciones de asma del niño (tos, nariz tapada, cansancio, inasistencia a la escuela, no salir a jugar, diversión) de esta variable ($R = 0.41$; $R^2 = 0.17$; $B = 0.10$ y $Beta = 0.41$, $p < 0.02$).

Con la finalidad de conocer si hubo diferencias en las distintas variables antes del tratamiento respecto a los distintos seguimientos, se analizaron los resultados por medio del análisis de varianza de medidas repetidas entre el pretest y los seguimientos a los dos y seis meses. La variable que

mostró diferencias significativas entre el pretest y los dos seguimientos fue la sintomatología depresiva. En síntesis, se produjo un cambio en términos temporales de la sintomatología depresiva y ansiosa. Para la sintomatología ansiosa, el modelo describe significancia entre la preintervención y el seguimiento a los seis meses. En la Tabla 3 se muestran los resultados.

Asimismo, se efectuó un análisis de varianza de medidas repetidas de las conductas registradas en el carnet de adherencia terapéutica. Las mediciones fueron significativas para las variables de dar medicamento, uso de medicamento de rescate, bienestar y riesgo. Dichos resultados se presentan en la Tabla 4.

Tabla 3. Análisis de varianza de medidas repetidas para la sintomatología depresiva y ansiosa de los CPI posterior a la intervención.

Variable	gl	Suma de cuadrados	Media cuadrática	Razón F
Sintomatología depresiva	2	5860.92	5860.92	40.497*
Sintomatología ansiosa	2	5772.85	5772.85	32.413*

* $p \leq 0.001$ **Tabla 4.** Resultados del análisis de varianza de medidas repetidas para el carnet de adherencia.

Variable	gl	Suma de cuadrados	Media cuadrática	Razón F
Dar medicamento	3	9486.76	9486.76	151.360**
Uso de medicamento de rescate	3	92.16	92.16	7.502**
Bienestar	3	34410.25	34410.25	816.450**
Riesgo	3	6368.04	6368.04	99.050**

* $p \leq 0.001$; ** $p \leq 0.05$

Se calculó el índice de cambio clínico con la fórmula propuesta por Jacobson y Traux (1991), según la cual se considera que “el cambio es confiable si el índice de cambio es mayor a 1.96” (cf. Ogles, Lunnen y Konesteel, 2001, p. 430). Ade-

más, se calculó el porcentaje de mejoría para cada una de las variables psicológicas. Es importante destacar que el cambio y la mejoría se mantuvieron a los seis meses en la sintomatología depresiva y ansiosa. La Tabla 5 presenta tales resultados.

Tabla 5. Resultados del índice de cambio clínico para la sintomatología depresiva y ansiosa de los CPI.

Variable	Índice de cambio clínico		Porcentaje de mejoría	
	Dos meses	Seis meses	Dos meses	Seis meses
Sintomatología depresiva	-1.06	-3.16	23.66	55.35
Sintomatología ansiosa	-1.09	-2.47	25.60	46.71

Un cálculo más fue el del índice de cambio clínico, cuyos resultados indicaron una mejoría de entre 27 y 39% en las distintas conductas de adherencia terapéutica.

DISCUSIÓN

El propósito del presente estudio fue indagar los efectos de una intervención de sesión única en la sintomatología depresiva y ansiosa de CPI de niños con asma. En general, los resultados señalan que la intervención fue eficaz para mejorar el estado de las variables aquí abordadas. Esta mejoría también se observó en la adherencia terapéutica manifestada por los CPI respecto al tratamiento farmacológico y el manejo ambiental responsable de la enfermedad de los menores.

Según los resultados aquí reportados, la intervención de sesión única es alentadora para las personas que se dedican al cuidado de un niño enfermo porque se plantea como una opción de intervención breve, misma que mostró tener la consistencia suficiente para que los CPI afronten con mayor fortaleza y efectividad los síntomas de depresión y ansiedad que les genera la enfermedad del niño.

Baste recordar que, antes de la intervención, los CPI reportaron un nivel leve de depresión y ansiedad, lo que coincide con lo informado por Gupta et al. (2001), Kozyrskyj et al. (2008), Cookson et al. (2009), Acosta et al. (2011), Lim et al. (2011), Tu et al. (2011) y Feldman et al. (2013).

Como miembro de una familia, se considera que un adecuado funcionamiento psicológico del CPI tendrá beneficios importantes para el control óptimo de la enfermedad del niño (Dean et al.,

2010; Feldman et al., 2013; Kaugars et al., 2004; Klinnert et al., 2008). En este contexto, lo que muestra esta investigación es que después de la intervención de sesión única y hasta el último seguimiento, los CPI se calificaron con un índice mínimo de sintomatología depresiva, situación que concuerda con lo reportado por Larson et al. (2010) y Rhee et al. (2010); asimismo, los datos de conductas de adherencia terapéutica reportan un incremento. Esta combinación de factores podría suponer un mejor funcionamiento psicológico por parte del CPI hacia la enfermedad del niño.

Por lo que se refiere a la controversia planteada por Bartlett et al. (2004) en cuanto a la morbilidad del asma y la sintomatología psiquiátrica del CPI, en este estudio el análisis de regresión múltiple mostró que las manifestaciones asmáticas predicen la sintomatología depresiva del CPI, lo que también coincide con lo publicado por Gupta et al. (2001), Brown et al. (2006), Kozyrskyj et al. (2008) y Cookson et al. (2009).

Igualmente, se exploró la relevancia clínica del tratamiento, observándose una mejoría en las variables medidas. Este hallazgo refuerza lo ya mencionado en el sentido de que la intervención de sesión única fue eficaz (Johnston et al., 2010; Larson et al., 2010; McCambridge y Strang, 2004; Ollendick et al., 2010; Öst y Ollendick, 2001).

Se analizaron los datos estadísticos obtenidos antes y después del tratamiento. El resultado mostró diferencias en todas las variables medidas. Esta circunstancia es sumamente relevante porque, de acuerdo a la literatura especializada, el índice de referencia en cuanto a las intervenciones breves en CPI de niños con asma es bajo; sin embargo, se confirman los hallazgos reportados por Ollendick et al. (2010), referentes a que los efectos del tratamiento se generalizan con el tiempo.

No debe olvidarse que es necesario contar con intervenciones o tratamientos breves porque, tal como se argumentó, por lo general los CPI desempeñan roles diversos, entre los cuales está el de ser empleados formales, por lo que en este estudio se cumplió con el objetivo de realizar un tratamiento en una sola sesión.

Una de las pretenciones del presente trabajo fue explorar si hubo cambios clínicamente relevantes para los CPI expuestos al tratamiento. El resultado estadístico mostró que los CPI mejoraron su nivel de sintomatología ansiosa y depresiva, lo que posibilitó que observaran una mayor adhesión al tratamiento y que sus cuidados fueran eficaces.

A partir de esta investigación, es posible concluir que una intervención de sesión única es efectiva para reducir el efecto en los CPI de las variables aquí abordadas relativas a las manifestaciones del asma pediátrico.

REFERENCIAS

- Acosta, E.P., Canino, G., McQuaid, E., Goodwin, R.D. y Ortega, A. (2011). The role of caregiver major depression in the relationship between anxiety disorders and asthma attacks in island Puerto Rican youth and young adults. *Journal of Nervous Mental Disease*, 199, 313-318.
- Andrade, P. (2010). *Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck II en residentes de la Ciudad de México*. Tesis inédita de licenciatura. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Bartlett, S.J., Krishnan, J.A., Riekert, K.A., Butz, A.M., Malveaux, F.J. y Rand, C.S. (2004). Maternal depressive symptoms and adherence to therapy in inner-city children with asthma. *Pediatrics*, 113, 229-237.
- Bazán R., G., Rodríguez J., I., Osorio G., M. y Sandoval N., J. (2014). Características sociodemográficas de las cuidadoras y problemas que enfrentan en la atención del niño con asma. *Neumología y Cirugía de Tórax*, 73(1), 4-11.
- Brown, E.S., Gan, V., Jeffress, J., Mullen-Gingrich, K., Khan, D., Wood, B., Miller, B., Gruchalla, R. y Rush, J. (2006). Psychiatric symptomatology and disorders in caregivers of children with asthma. *Pediatrics*, 118, 1715-1720.
- Campbell, T. (2003). The effectiveness of family interventions for physical disorders. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29, 263-281.
- Celano, M.P., Holsey, C.N. y Kobrynski, L.J. (2012). Home-based family intervention for low-income children with asthma: A randomized controlled pilot study. *Journal of Family Psychology*, 26, 171-178.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cookson, H., Granell, R., Joinson, C., Ben-Shlomo, Y. y Henderson, A.J. (2009). Mothers' anxiety during pregnancy is associated with asthma in their children. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 123, 847-853.

- Dean, B., Calimlim, B., Sacco, P., Aguilar, D., Maykut, R. y Tinkelman, D. (2010). Uncontrolled asthma: assessing quality of life and productivity of children and their caregivers using a cross-sectional Internet based survey. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8, 96-106.
- Del Río N., B.E., Ito T., F.M., Berber, A., Zepeda O., B., Sienna M., J.L., García A., R. y Baeza B., M. (2008). Study of relationship between acetaminophen and asthma in Mexican children aged 6 to 7 years in 3 Mexican cities using ISAAC methodology. *Journal of Investigation on Allergy and Clinical Immunology*, 18, 194-201.
- Ellis, A. (2001). *Overcoming destructive beliefs, feelings, and behaviors: New directions for rational emotive behavior therapy*. New York: Plenum.
- Fajardo, V.C. (2010). *Conducta agresiva en niños: evaluación de los efectos de un tratamiento cognitivo-conductual*. Tesis inédita de doctorado. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Feldman, J.M., Steinberg, D., Kutner, H., Eisenberg, N., Hottinger, K., Sidora-Arcoleo, K., Warman, K. y Serebrisky, D. (2013). Perception of pulmonary function and asthma control: The differential role of child versus caregiver anxiety and depression. *Journal of Pediatric Psychology*, 38, 1091-1097.
- Fernández A., E.G., Martín M., D. y Domínguez F., J. (2003). Risk factors and effective psychological interventions in cardio-vascular disorders. *Psicothema*, 15, 615-630.
- Font, A. y Rodríguez, E. (2007). Effectiveness of psychological interventions for women with breast cancer. *Psicooncología*, 4, 423-446.
- Global Initiative for Asthma (2014). *Global initiative for asthma management and prevention*. Washington, D.C.: GINA.
- Gupta, S., Mitchell, I., Giuffre, M.R. y Crawford, S. (2001). Covert fears and anxiety in asthma and congenital heart disease. *Child Care, Health and Development*, 27, 335-348.
- Hernández, P. (2010). *Adaptación psicométrica del Inventario de Depresión de Beck-II en residentes de la Ciudad de México*. Tesis inédita de licenciatura. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Islas, N., Ramos, B., Aguilar, M.G. y García, M.L. (2006). Perfil psicosocial del cuidador primario informal del paciente con EPOC. *Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias*, 19, 266-271.
- Jacobson, N.S. y Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 12-19.
- Johnston, C., Mah, J.W. y Regambal, M. (2010). Parenting cognitions and treatment beliefs as predictors of experience using behavioral parenting strategies in families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Behavior Therapy*, 41, 491-504.
- Kaugars, A.S., Klinnert, M.D. y Bender, B.G. (2004). Family influences on pediatric asthma. *Journal of Pediatric Psychology*, 29, 475-491.
- Kattan, M., Mitchell, H., Egleston, P. et al. (1997). Characteristics of inner-city children with asthma: the National Cooperative Inner-City Asthma Study. *Pediatric Pulmonology*, 24(4), 253-262.
- Kazdin, A.E. (2003). *Research design in clinical psychology* (4th ed). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Kerlinger, F.N. y Lee, H.B. (1999). *Foundations of behavioral research. Quantitative methods in psychology* (3rd ed.). New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Klinnert, M.D, Kaugars, A.S., Strand, M. y Silveira, L. (2008). Family psychological factors in relation to children's asthma status and behavioral adjustment at age 4. *Family Process*, 47, 41-61.
- Kozyrskyj, A., Mai, X., McGrath, P., Hay-Glass, K., Becker, A. y MacNeil, B. (2008). Continued exposure to maternal distress in early life is associated with an increased risk of childhood asthma. *Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 177(2), 142-147.
- Larson, A., Ward, J., Ross, L., Whyatt, D., Weatherston, M. y Landau, L. (2010). Impact of structured education and self management on rural asthma outcomes. *Australian Family Physician*, 39, 141-144.
- Lim, J., Wood, B.L., Miller, B.D. y Simmens, S.J. (2011). Effects of paternal and maternal depressive symptoms on child internalizing symptoms and asthma disease activity: Mediation by interparental negativity and parenting. *Journal of Family Psychology*, 25, 137-146.
- Mallol, J., Solé, D., Baeza B., M., Aguirre C., V., Soto Q., M., Baena C., C. y Latin American ISAAC Group (2010). Regional variation in asthma symptom prevalence in Latin American children. *Journal of Asthma*, 47, 644-650.
- McCambridge, J. y Strang, J. (2004). The efficacy of single-session motivational interviewing in reducing drug consumption and perceptions of drug-related risk and harm among young people: Results from a multisite cluster randomized trial. *Addiction*, 99, 39-52.
- Montorio, I., Yanguas, J. y Díaz V., P. (1999). *El cuidado del anciano en el ámbito familiar. Gerontología conductual. Bases para la intervención y ámbitos de aplicación*. Madrid: Síntesis.
- Moreno, J., Silverman, W.K., Saavedra, L.M. y Phares, V. (2008). Fathers' ratings in the assessment of their child's anxiety symptoms: A comparison to mothers' ratings and their associations with paternal symptomatology. *Journal of Family Psychology*, 22, 915-919.

- Ogles, B.M., Lunnen, K.M. y Bonesteel, K. (2001). Clinical significance: History, application and current practice. *Clinical Psychology Review*, 21(3), 421-246.
- Ollendick, T.H., Öst, L.G., Reuterskiöld, L. y Costa, N. (2010). Comorbidity in youth with specific phobias: Impact of comorbidity on treatment outcome and the impact of treatment on comorbid disorders. *Journal of Behaviour Research and Therapy*, 48, 827-831.
- Organización Mundial de la Salud (2014). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción*. Ginebra: OMS.
- Öst, L.G. y Ollendick, T.H. (2001). *Manual for the one session treatment (OST) of specific phobias in children and adolescents*. Unpublished manuscript available from the authors.
- Pearce, N., Ait-Khaled, N., Beasley, R., Mallol, J., Keil, U., Mitchell, E. y Robertson, C. and the ISAAC Phase Three Study Group (2007). Worldwide trends in the prevalence of asthma symptoms: Phase III of the International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC). *Thorax*, 62(9), 758-766.
- Rhee, H., Belyea, M.J. y Brasch, J. (2010). Family support and asthma outcomes in adolescents: Barriers to adherence as a mediator. *Journal of Adolescent Health*, 47, 472-478.
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S. y Páez, F. (2001). Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: Propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 18(2), 211-218.
- Tibosch, M., Verhaak, C.A. y Merkus, P.J. (2011). Psychological characteristics associated with the onset and course of asthma in children and adolescents: A systematic review of longitudinal effects. *Patient Education and Counseling*, 82, 11-19.
- Tu, M., Perreault, G., Seguin, L. y Gauvin, L. (2011). Child asthma and change in elevated depressive symptoms among mothers of children of a birth cohort from Quebec. *Women & Health*, 51, 461-481.
- Wade, S.L., Islam, S.M., Holden, G.D., Kruszon, D. y Mitchell, H. (1999). Division of responsibility for asthma management tasks between caregivers and children in the inner city. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 20(2), 93-98.

ANEXO

Videos utilizados disponibles en línea:

1. <http://www.youtube.com/watch?v=1UyH-Yq-26o>
2. <http://www.youtube.com/watch?feature=endscreen&v=KtiATXtIjlk&NR=1>
3. <http://www.youtube.com/watch?v=S7UaCAPsaA4&feature=related>
4. http://www.youtube.com/watch?v=u_-BNUnPGso
5. <http://www.youtube.com/watch?v=pGpQp-malqg&feature=related>
6. <http://www.youtube.com/watch?v=TEJjBIVhGIU>