

Efectos del tratamiento de atención plena y compasión sobre ansiedad, calidad de vida y asma

Effect of mindfulness and compassion treatment on anxiety, quality of life, and asthma control

Emily Marina Sánchez Paquini y Ana Moreno Coutiño¹

RESUMEN

Introducción: El asma es una enfermedad crónica con elevada frecuencia entre niños y adultos que afecta su calidad de vida; se asocia a componentes emocionales, como la ansiedad, la cual aumenta el riesgo de descontrol de la enfermedad, impide a los enfermos realizar sus actividades y eleva los costos individuales y los servicios de salud. *Objetivo:* Evaluar un programa de tratamiento basado en la atención plena y la compasión sobre la calidad de vida, la sintomatología ansiosa y el control de la enfermedad. *Método:* Se empleó un ensayo clínico con modalidad grupal en el que participaron once adultos voluntarios diagnosticados con asma, evaluados antes, después y a los tres meses del tratamiento mediante el Inventario de Ansiedad de Beck, el Test de Control del Asma y el Cuestionario Respiratorio Saint George. *Resultados:* Se encontraron efectos significativos al final del tratamiento y a los tres meses de seguimiento en la sintomatología ansiosa y en el control del asma. La calidad de vida mejoró significativamente al final del tratamiento y siguió progresando en el seguimiento. *Conclusiones:* La intervención fue eficaz para disminuir la sintomatología ansiosa, aumentar el control del asma y mejorar la calidad de vida de personas asmáticas.

Palabras clave: Atención plena; Compasión; Asma; Meditación; Terapia cognitivo-conductual de tercera generación.

ABSTRACT

Antecedents. Asthma is a high incidence chronic condition that affects patients' quality of life. This condition has been associated with emotional factors like anxiety, poor control of asthmatic episodes, serious interference with daily activities and increased costs of individual and health services. *Objective.* The present study aimed at evaluating the effects of a treatment program based on mindfulness and compassion on quality of life, anxiety symptoms and the control of asthma episodes. *Method.* A clinical essay with a group of asthmatic adult volunteers evaluated the intervention at pre-treatment, post-treatment and three-month follow up. Measurement included the Beck Anxiety Inventory, the Asthma Control Test and the Saint George Respiratory Questionnaire. *Results.* Statistical analyses indicated significant improvement in anxiety symptoms as well as in asthma control, both post-treatment and at follow-up. Quality of life improved significantly at the end of treatment and showed increased gains at follow up. We conclude that the intervention effectively decreased anxiety symptoms, improved control over the condition, and increased quality of life in asthmatic patients.

Key words: Mindfulness; Compassion; Asthma; Meditation; Third generation cognitive-behavioral therapies.

¹ Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Av. Universidad 3004, Col. Copilco Universidad, Del. Coyoacán, Ciudad de México, México, correos electrónicos. moca99_99@yahoo.com y emily.paquini@gmail.com. Artículo recibido el 18 de noviembre de 2016 y aceptado el 23 de enero de 2017.

INTRODUCCIÓN

El asma se considera una enfermedad heterogénea, generalmente caracterizada por la inflamación crónica de las vías respiratorias. Se define como tal por la historia de síntomas respiratorios, como sibilancias, dificultad para respirar, opresión en el pecho y tos, que varían en el tiempo y en intensidad, así como por una limitación variable del flujo aéreo espiratorio (Global Initiative for Management and Prevention of Asthma [GINA], 2015).

La incidencia del asma ha ido aumentando en todo el mundo en los últimos años, y actualmente se considera que hay 235 millones de personas que la padecen. Es la principal enfermedad respiratoria crónica en la niñez y afecta a 30% de los niños y 10% de los adultos (García, Fernández, Martínez, Franco y Pérez, 2012).

En México, los datos de morbilidad reportados por la Secretaría de Salud refieren que en 2015 el asma y el estado asmático constituían la catorceava causa de enfermedad. En la Ciudad de México este padecimiento ocupó el treceavo lugar en frecuencia y el dieciochoavo en el Estado de México. En la población general, la tasa más alta de casos nuevos se encuentra en el rango de edad comprendido entre uno y cuatro años de edad, seguido por el de cinco a nueve. En la adultez, es entre los 25 y 44 años de edad cuando se observa la mayor frecuencia de este trastorno (Secretaría de Salud, 2015).

Factores psicológicos asociados al asma y el control de la enfermedad

En los niños y adolescentes con asma, la ansiedad aparece hasta en un tercio de ellos (Lehrer, Feldman, Giardino, Song y Schmaling, 2002; Van Lieshout y MacQueen, 2008), mientras que de 6 a 24% de los adultos la manifiestan (Van Lieshout y MacQueen, 2008). En los jóvenes con asma se ha observado que la ansiedad se asocia al incremento en la severidad de los síntomas, el mayor uso de servicios de salud, el deterioro funcional y un peor control de la enfermedad, en comparación con aquellos que no la sufren (Goodwin, Bandiera, Steinberg, Ortega y Feldman, 2012). En los adultos, la ansiedad se ha relacionado con un incremento en los síntomas de asma, más en aquellos que residen

en la ciudad que en las zonas suburbanas, y tiene un mayor impacto que la depresión (Rimington, Davies, Lowe y Pearson, 2001). Favreau, Bacon, Labrecque y Lavoie (2014), en un seguimiento de cuatro años, reportan que los niveles elevados de ansiedad aumentaron el riesgo de presentar descontrol del asma, insomnio, despertares nocturnos, limitación en las actividades, mayor uso de broncodilatadores, peor calidad de vida relacionada con el impacto psicosocial e incremento en el uso de servicios de salud de tercer nivel.

Las personas con asma y algún trastorno psiquiátrico tienen mayores problemas emocionales y físicos debido a las deficiencias en el autocuidado y a los efectos de la ansiedad en los sistemas inmune y autónomo (Lehrer et al., 2002). Aunque no se ha podido encontrar un mecanismo que produzca directamente inflamación en las vías respiratorias bajo la acción del asma, sí se origina un aumento de citocinas a nivel sistémico y un desencadenamiento de la respuesta de estrés, estimulada por la sensación de asfixia, lo que lleva a la hiperventilación que luego, al ingresar aire frío, precipita una crisis de asma.

Además, los pensamientos catastróficos característicos de la ansiedad y su sintomatología somática pueden provocar una mala percepción del control del asma, malinterpretándose las variaciones normales de la respiración con síntomas de asma y, con ello, un mayor uso de los servicios de salud, actividades limitadas e incremento en el uso de broncodilatadores y de la ansiedad asociada al efecto del medicamento, e incluso la evitación de actividades que podrían ser benéficas, como el ejercicio físico (Favreau et al., 2014).

El uso de inhaladores puede conducir a un ciclo entre asma y ansiedad, pues si los síntomas de ansiedad se confunden con el asma, entonces los individuos utilizarán el medicamento, el cual ejercerá un aumento de la tasa cardiaca, precipitando pensamientos catastróficos y hasta crisis de pánico (Goodwin et al., 2012). Greaves, Eiser, Seamark y Halpin (2002) exploraron el papel de las crisis recientes de asma en los síntomas de pánico o miedo para indagar si el control que percibe el individuo influye en su estado emocional. Comparando pacientes con asma controlada y no controlada, estos autores encontraron que los últimos, tras haber experimentado una crisis de asma, tendían a

manifestar un efecto negativo de miedo o pánico con mayor intensidad, además de que percibían un menor control de la enfermedad, por lo que es posible que los síntomas de ansiedad varíen de acuerdo a las oscilaciones del asma. Lehrer et al. (2002) también sugieren la posibilidad de que el incremento de la ansiedad en pacientes que han experimentado una crisis que pone en riesgo la vida sea consecuencia de la amenaza y no la causa de las exacerbaciones del asma.

Calidad de vida

La calidad de vida es la evaluación subjetiva del impacto que tiene la pérdida de la salud en alguna condición, e incorpora la percepción del paciente sobre su relación con los equipos médicos y las intervenciones clínicas (Riveros, Castro y Lara, 2009). El impacto del asma en la calidad de vida de un individuo, por ejemplo, se puede conocer por su reporte acerca del grado de deterioro funcional, la cantidad de síntomas que experimenta, el efecto del tratamiento en su estado de salud o el componente psicológico determinado por la presencia de signos de ansiedad o depresión relacionados con el asma (Greaves et al., 2002). Se ha reportado que a menor presencia de psicopatología en personas con asma, mayor calidad de vida tienen; además, la medición de esta variable puede aportar información acerca de la evolución de la enfermedad (Lehrer et al., 2002) y de los efectos de los tratamientos psicológicos. Los programas educativos y los tratamientos cognitivo-conductuales (TCC) son los más comunes y se sabe que producen beneficios en la calidad de vida, aunque los pocos estudios que describen las evaluaciones de seguimiento indican que los resultados positivos se mantienen por periodos breves y regresan después a los niveles basales (Pbert et al., 2012; Ross, Davis y Macdonald, 2005). Put, van den Bergh, Lemaigre, Demedts y Verleden (2003), tras implementar TCC, observaron que las mejorías en la calidad de vida se mantenían a los tres meses, aunque no reportan efectos en pacientes con asma severa, pues la mayoría de los participantes manifestaban niveles leves y moderados, sin complicaciones sintomáticas graves. Pbert et al. (2012) hallaron mayores efectos en aquellos pacientes que participaron en el denominado Programa de Reducción

de Estrés Basado en Atención Plena (REBAP), en comparación con un grupo control que participó en un programa de educación en asma. En esta investigación, las diferencias se encontraron al final del tratamiento y a los seis y doce meses de seguimiento, mostrando un creciente progreso en cada medición, a diferencia del grupo que recibió solamente educación, el cual regresó a sus niveles basales doce meses después.

Tratamientos para el asma

En cuanto al tratamiento, los síntomas físicos pueden ser controlados por medicamentos de prevención o de rescate. Los primeros se utilizan a largo plazo y tienen efectos antiinflamatorios. En este grupo, los glucocorticoides son actualmente los más efectivos. Los medicamentos de rescate, a su vez, se utilizan para controlar rápidamente la broncoconstricción, pero no son la primera opción de tratamiento ya que su uso continuo conlleva una agudización de la enfermedad. Entre estos últimos se hallan los β -2 agonistas inhalados de acción corta o rápida, los anticolinérgicos inhalados y la teofilina de acción corta (GINA, 2006).

En cuanto a los síntomas psicológicos, se han utilizado técnicas cognitivas, conductuales o una combinación de ambas. La TCC de segunda generación ha mostrado resultados prometedores para este tipo de pacientes en la aminoración de la sintomatología ansiosa, así como en la mejoría de la calidad de vida y la función respiratoria (Yorke, Fleming y Shuldham, 2009). En México, Cabelero, Fernández, Salas, Chapela y Sánchez-Sosa (2009) evaluaron un programa cognitivo-conductual sobre la adhesión terapéutica y los niveles de ansiedad en estos pacientes, hallando efectos significativos en la frecuencia cardíaca y respiratoria tomada antes y después del entrenamiento en relajación, y en el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) los pacientes disminuyeron de un nivel moderado a leve. La estimación de la adhesión al tratamiento se obtuvo mediante el reporte de la exposición a desencadenantes y la toma del medicamento, variables que indicaron una mayor adhesión. Los síntomas de asma (disnea, presión o dolor en el pecho y flemas) también resultaron menos frecuentes al final del tratamiento y un mes después.

Atención plena

Las terapias de tercera ola o terapias de conducta de tercera generación (TTG) surgieron en los años 90 y han alcanzado gran relevancia mundial para el tratamiento de pacientes con trastornos relacionados al estrés, la ansiedad y la depresión; sin embargo, en Latinoamérica la investigación al respecto apenas comienza. Las TTG surgieron a partir del análisis de la conducta y del conductismo radical como una propuesta alternativa a las limitaciones de las terapias de segunda generación, dejando a un lado el objetivo principal centrado en la lucha contra los síntomas, para comenzar a enfocarse en la percepción de la experiencia de vida, modificando así la forma en que el individuo se relaciona con la realidad, y redirigiéndolo a la toma de conciencia plena del contexto, lo que amplía el panorama para las personas en condiciones crónicas (Pérez, 2006).

La terapia basada en la atención plena (también conocida como *mindfulness*) es una de las terapias de tercera ola especialmente efectivas en la sintomatología ansiosa y depresiva asociada a distintas patologías (Moreno, 2012); sin embargo, aún hay muy poca investigación respecto al asma. Pbert et al. (2012) realizaron un estudio controlado y aleatorizado implementando el REBAP de ocho sesiones semanales; los autores reportan efectividad en el estrés percibido y la calidad de vida hasta un año después de concluido el tratamiento, en comparación con un grupo que sólo recibió educación.

Compasión

La palabra “compasión” es la traducción del sánscrito *haruná* o *karuna* y del tibetano *snyng-rje*; significa e implica un sincero deseo de aliviar el sufrimiento del prójimo y la acción que se pone en práctica para conseguirlo (Tenzin Gyatzo, 2010). De acuerdo a Bornemann y Singer (2013a, 2013b), el entrenamiento de la compasión implica la adquisición de conocimientos, habilidades o competencias que pueden abarcar periodos cortos o hasta toda una vida. Estos autores mencionan que una condición previa necesaria para cultivar la compasión es la habilidad de estabilizar la mente, lo cual se consigue realizando prácticas meditativas.

La compasión es un elemento básico de la atención plena de raíz; estos dos conceptos están íntimamente relacionados y se desprenden de la filosofía budista, ya que la compasión es el elemento que define la motivación de las acciones. Los estudios que implementan programas de intervención desarrollados en Occidente utilizando ambos componentes refieren que los practicantes reducen tanto el estrés percibido como la reacción inflamatoria evaluada mediante la producción de citocinas y los niveles de cortisol tras la exposición a estresores (Mascaro, Pace y Raison, 2013).

Debido a la alta incidencia de trastornos de ansiedad y estrés en los pacientes con asma, la atención plena y el componente de compasión son considerados como una opción terapéutica en virtud de los resultados de investigaciones previas, mismos que indican que la práctica de la meditación tiene el efecto de desactivar la respuesta de estrés y regular el funcionamiento del sistema nervioso parasimpático, lo que disminuye la presión arterial y las frecuencias cardíaca y respiratoria (Simkin y Black, 2014).

En el presente estudio se reportan los resultados de un programa piloto basado en atención plena compasiva, diseñado con el objetivo de definir sus componentes, probar su efectividad en personas con asma y ofrecer una nueva alternativa terapéutica que pueda ser utilizada para intervenir a este tipo de pacientes en población mexicana.

MÉTODO

Participantes

Participaron pacientes del Servicio de Alergia del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, de ambos sexos, mayores de edad, con una media de edad de 40 años, con diagnóstico confirmado de asma y en tratamiento farmacológico. No se incluyeron aquellos con antecedentes de trastornos psiquiátricos, que se encontraran en otro tratamiento psicológico o que tuvieran una práctica de meditación regular. El grupo se conformó inicialmente con quince participantes que acudían a revisión médica y que aceptaron participar voluntariamente en el estudio. Del análisis estadístico se excluyó

a quienes no asistieron a las diez sesiones de tratamiento. En consecuencia, en este trabajo se presentan los resultados de once participantes (tres hombres y ocho mujeres) con asma y rinitis alérgica no controlada, diagnosticada con mayor frecuencia en la adultez, con evolución de la enfermedad superior a los veinte años. El estado civil más re-

portado fue el de soltero; la ocupación, la de ama de casa; la escolaridad, preparatoria, y la religión, católica (Tabla 1). El tratamiento farmacológico fue personalizado por el médico especialista, el cual podía incluir antihistamínicos, beta-2 agonistas, corticoides inhalados e inmunoterapia.

Tabla 1. Características de los participantes (N = 11).

Sexo (frecuencia)	Media de edad	Estado civil (Frecuencia)	Escolaridad (Frecuencia)	Ocupación (Frecuencia)
Hombres: 3 Mujeres: 8	40 (mínimo: 20; máximo: 66)	Soltero: 6 Casado: 5	Primaria: 2 Secundaria: 2 Preparatoria: 4 Universidad: 3	Hogar: 6 Desempleado: 1 Empleado: 3 Estudiante: 1
Nivel de control de asma (frecuencia)	Tipo de asma (frecuencia)	Enfermedades concomitantes (frecuencia)	Etapa de aparición del asma (frecuencia)	Evolución de la enfermedad (media)
Controlada: 2 Parcialmente controlada: 3 No controlada: 6	Alérgica: 10 No alérgica: 1	Rinitis: 10 Dermatitis: 3 Conjuntivitis: 3	Infancia: 3 Adolescencia: 1 Adultez: 7	20 Mínimo: 1 Máximo: 40

Instrumentos

Las variables evaluadas en esta muestra fueron la sintomatología ansiosa, la calidad de vida y el control del asma, cuya estimación se obtuvo mediante pruebas validadas para población mexicana. Los indicadores fisiológicos empleados fueron la frecuencia cardíaca en reposo, la frecuencia respiratoria y la presión arterial.

Adicionalmente, se emplearon las pruebas que se describen a continuación.

Inventario de Ansiedad Beck (IAB). En su versión para México (Robles, Varela, Jurado y Páez, 2001), es un reporte de síntomas autoaplicable, con consistencia interna superior a 0.90. Clasifica la ansiedad en distintos niveles según la intensidad de sus síntomas: sin ansiedad, ansiedad leve, ansiedad moderada y ansiedad grave.

Test de Control de Asma (TCA). Este cuestionario, que se aplicó por entrevista estructurada, explora la frecuencia de los síntomas, la limitación que refiere el paciente en sus actividades cotidianas debida al asma, su frecuencia del uso de broncodilatadores y la percepción que tiene de su enfermedad. Cuenta con una consistencia interna de 0.84 (Na-

than et al., 2004) y proporciona la clasificación del control de la enfermedad consistente en asma controlada, asma parcialmente controlada y asma no controlada (cf. GINA, 2015).

Cuestionario Respiratorio Saint George (CRSG). En su versión adaptada para población mexicana, es un instrumento que mide la calidad de vida en enfermedades respiratorias crónicas como el asma; tiene una consistencia interna para cada subescala de 0.70 a 0.87. Valora la calidad de vida de acuerdo a tres categorías: afectación por los síntomas, actividades interrumpidas por la enfermedad e impacto psicológico, cuya suma proporciona un estimación total (Aguilar et al., 2000). Los resultados se observan en una escala de 0 a 100, donde las puntuaciones más altas indican una mayor afectación en la calidad de vida.

Carta de consentimiento informado. Dicho documento, que firman los pacientes, les informa las particularidades de su participación en el estudio y la responsabilidad que adquieren al hacerlo.

Formatos para práctica en casa. Dichos formatos se desarrollan en cada sesión de intervención.

Procedimiento

Evaluación inicial y reunión informativa

Dos semanas antes de la primera sesión terapéutica, se citó a los participantes para una entrevista individual, llevada a cabo con la ayuda de tres pasantes de Psicología, con el fin de recolectar los datos basales mediante el IAB, el TCA y del CRSG, así como la firma del formato de consentimiento informado. El personal del servicio de enfermería registró la presión arterial.

Después se realizó una reunión informativa con el fin de explicarles algunas consideraciones, tales como que el tratamiento constaría de diez sesiones semanales con duración de dos horas cada una, y la necesidad de que no faltaran a ninguna sesión. Además, se les habló sobre la importancia de apegarse al tratamiento farmacológico; aquellos que tuvieron dudas o dificultades para tomarlo fueron referidos a su médico tratante.

Intervención

Empleando la modalidad grupal, la intervención se realizó en diez sesiones de dos horas de duración cada una. El terapeuta tuvo un rol directivo para llevar a cabo el entrenamiento mediante una exposición teórica y diversos ejercicios prácticos de las diferentes habilidades, de acuerdo a los componentes que integraban en el programa.

1) Fase de educación y automonitoreo

La terapia comenzó con un módulo educativo en el que se proporcionó información acerca de la enfermedad, los factores desencadenantes y la importancia de la adhesión al tratamiento farmacológico. A los pacientes se les entrenó en la técnica de medición del flujo espiratorio máximo (FEM) (Gómara, Román y Grupo Respiratorio de la Societat Balear de Medicina Familiar Comunitaria, 2002), identificándose el FEM ideal de acuerdo a sus características de sexo, edad y altura. Se les entrenó asimismo en la técnica de autocontrol utilizando una tarjeta indicadora del porcentaje de obstrucción, el cual se clasificó con colores verde, amarillo y rojo, y mostrándoles su utilidad para evaluar la gravedad de la crisis, decidir qué actitud tomar

de acuerdo al color y verificar la eficacia del tratamiento farmacológico.

2) Fase de atención plena y compasión

a. *Psicoeducación de la atención plena y su relación con el asma.* Se explicó que hay pensamientos que no se encuentran centrados en el presente, lo que produce una experiencia de malestar. Cuando la mente se centra en el pasado, surgirán emociones, sensaciones y conductas relacionadas con la sintomatología depresiva; cuando lo hace en eventos futuros, se experimentará sintomatología ansiosa. Esta desregulación emocional se relaciona con un desequilibrio de las funciones inmunitarias y con la activación del eje hipotalámico-pituitario adrenal, o HPA (Nater, Skoluda y Strahler, 2013), lo que precipita inflamación corporal y la exacerbación de los síntomas de asma y de la ansiedad asociada.

b. *Psicoeducación de la experiencia del sufrimiento.* Se explicó que el sufrimiento es una condición presente en la vida de todos los seres. Se evalúa continuamente la experiencia externa e interna, pues se tiene la creencia de que la felicidad se encuentra en alcanzar aquellas cosas que son agradables y en evitar las que son desagradables; las primeras producen apego y las segundas aversión. Asimismo, cuando la persona es guiada por el deseo de alcanzar un estado, se genera en ella una experiencia de insatisfacción constante que no termina aun habiéndolo alcanzado.

c. *Psicoeducación de los eventos mentales.* Se le llaman “eventos mentales” o “internos” a las sensaciones, emociones y pensamientos que se caracterizan por ser percibidos únicamente por el individuo, por tener una duración breve y estar en continuo cambio. Estos eventos mentales son el resultado de la interpretación particular de la estimulación externa e interna; dicha interpretación está influida por la experiencia pasada y por normas y creencias que en muchos casos no son congruentes con la realidad.

d. *Entrenamiento en el entendimiento de la causalidad.* Se abordó la relación de causa y efecto explicando cómo a cada acción (ya sea un pensamiento, palabra o conducta) le corresponderá una reacción. Mediante un análisis cuidadoso, es posible advertir que al congregarse determinadas

causas y condiciones un resultado es inevitable, resultado que se convertirá en la causa y condición de otro fenómeno. De esta manera, se logra entender una secuencia ininterrumpida que explica todos los fenómenos.

e. *Entrenamiento en la percepción de la interdependencia.* Se explicó que la interrelación de los fenómenos es una de las características de la realidad. Los fenómenos surgen y se modifican debido a la combinación de una infinidad de factores. Cada fenómeno genera a su vez condiciones que ejercen un efecto parcial o determinante para que otro fenómeno surja, por lo que todos ellos son dependientes de las “partes” que los componen, por lo que carecen de identidad propia, sólida y permanente. Se analizó cómo todos los fenómenos carecen de identidad propia ya que son únicamente el resultado de la combinación de otros fenómenos.

f. *Entrenamiento en la percepción de la impermanencia.* “Impermanencia” se refiere a una más de las características de la realidad: el cambio constante de los fenómenos. Estos no pueden permanecer estáticos, por lo que se modifican de momento a momento de manera imperceptible a los sentidos en la mayoría de los casos. Las experiencias que surgen a partir de las sensaciones, emociones y pensamientos son cambiantes y no se mantienen por mucho tiempo. Debido a que los fenómenos son compuestos y dependen de causas y condiciones particulares para manifestarse, es imposible que permanezcan estáticos.

g. *Entrenamiento en la percepción del vacío.* Se explicó cómo la vacuidad es una de las características de la realidad y se refiere a que las cosas no tienen características propias sino que les son asignadas por el observador. De igual manera, se analizó cómo los juicios internos son producto de las percepciones que pueden cambiar a cada momento. Se estudió cómo la realidad de cada persona depende más de su estado interno que de los eventos externos, toda vez que es el observador quien genera su realidad a partir de sus percepciones.

h. *Entrenamiento en técnicas de meditación Shamata.* Se compone de dos habilidades: postura y respiración. En cuanto a la primera, considerando el escenario hospitalario, se utilizó en las sesiones la postura *Vairochana* de los siete puntos (Hangartner, 2013; Ricard, 2009), con la variación

de permanecer sentados: 1) sentarse en la orilla de la silla sin recargarse, 2) la mano derecha sobre la izquierda con la punta de los pulgares en contacto, 3) los ojos entreabiertos, dirigiendo la vista hacia abajo, 4) la espalda recta, 5) los hombros relajados, 6) los labios y dientes en posición natural, con la punta de la lengua tocando el paladar y 7) la barba ligeramente inclinada. Con relación a la respiración, se les indicó que la respiración debería ser natural, suave, calmada y silenciosa, observando la entrada y la salida del aire en la punta de la nariz. Cada sensación, pensamiento y emoción se reconocen y aceptan sin juzgarlos y luego “se sueltan”, regresando la atención a la respiración.

i. *Entrenamiento en la práctica informal de la atención plena.* Se enseñó a los participantes a dirigir y mantener intencionalmente la atención en la experiencia presente, cuidando que los pensamientos, el habla y las acciones se enfoquen a la situación que se experimenta en ese momento, y prestando atención a las sensaciones, al conjunto de los fenómenos y a su causalidad, impermanencia e interdependencia. Se enseñó a los participantes a realizar meditaciones al comer, caminar, lavarse las manos y encender la luz. La práctica entre sesiones incluyó meditaciones informales al cocinar, comer, bañarse, lavar platos y despertarse. Se motivó a que cada persona comenzara a generalizar su práctica en sus actividades diarias y comentara posteriormente su experiencia con el grupo.

j. *Psicoeducación de la compasión.* Se explicó que la compasión es una actitud consciente y voluntaria que i) cognitivamente, identifica el sufrimiento de los seres vivos, incluyendo al propio participante; ii) emocionalmente, reconoce el estado de aflicción, y iii) genera acciones para aliviar el sufrimiento. Se trata del componente activo de la atención plena, derivado de la motivación de no sufrir y ayudar a los demás a no sufrir dirigiendo la mente y la conducta hacia la generación de soluciones que hagan posible una experiencia de vida con mayor bienestar, basada en emociones positivas, y dando la misma importancia a todos los seres vivos. La compasión se diferencia de las acciones motivadas por la lástima, que se basa en emociones negativas, o de las expectativas de recibir un beneficio propio en respuesta a determinada acción.

k. *Entrenamiento en la práctica informal de la compasión*. Se refiere a la motivación correcta para realizar la práctica de la atención plena. Se explicó a los participantes que la práctica de la compasión implica realizar acciones que alivien el sufrimiento propio y el de los demás. Para ello, es necesario atender constantemente las actividades del diario vivir, reconocer el sufrimiento propio y ajeno y anhelar liberarse de él. Acto seguido, se generan acciones, palabras o pensamientos que detengan o contribuyan a cambiar tales experiencias. La práctica entre sesiones consistió en un ejercicio de meditación informal en el que debían elaborar una lista de las acciones propias que habían realizado para beneficiar a algún ser vivo, incluyéndose ellos mismos. De igual manera, se les indicó practicar para estar atentos constantemente a las acciones virtuosas que llevaran a cabo en el momento justo en el que las estuviesen realizando.

Evaluación final y seguimiento

Se realizó una evaluación al concluir el tratamiento (B), y una más de seguimiento tres meses des-

pues (C) mediante el IAB, el TCA y el CRSG y la evaluación de la presión arterial.

Análisis estadístico

Se utilizó la prueba de Wilcoxon, que es un análisis no paramétrico para dos muestras relacionadas cuando la variable dependiente es ordinal. Se buscaron efectos con un margen de error de 5% y un nivel de confianza de 95%.

RESULTADOS

Sintomatología ansiosa

En la evaluación A de la sintomatología ansiosa se registró una media correspondiente a un nivel leve de ansiedad; en la evaluación B, el promedio disminuyó a un nivel sin ansiedad, y se mantuvo de manera similar en la evaluación C (Tabla 2).

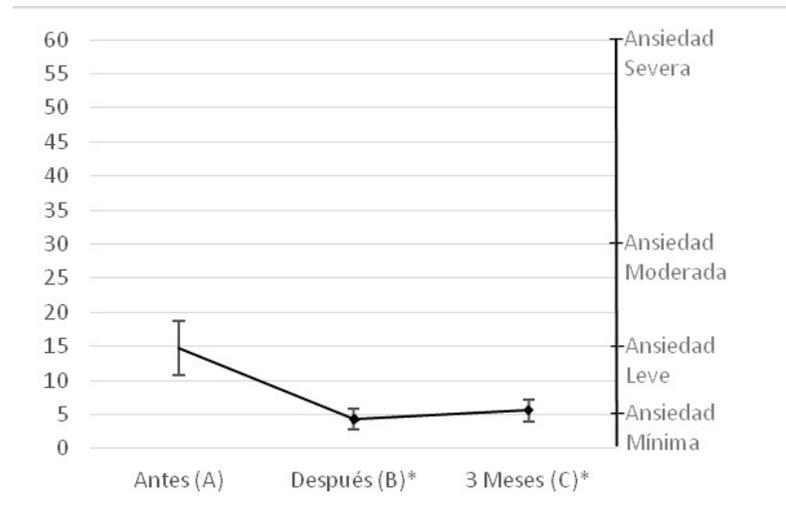
Tabla 2. Cambios en las variables de síntomas de ansiedad, presión arterial, control de asma y calidad de vida en las evaluaciones antes (A), después (B) y a los tres meses de seguimiento (C) (N = 11).

Variable	Media de la evaluación A	Media de la evaluación B	<i>p</i>	Media de la evaluación C	<i>p</i>
Sintomatología ansiosa (Puntuación del IAB)	14.8	4.4	.021*	5.6	.028*
Control de asma (Puntuación del TCA)	19.0	21.7	.007*	21.3	.011*
Calidad de vida: Síntomas (% de afectación del CRSG)	38.1	23.5	.041*	20.8	.004*
Calidad de vida: Actividades (% de afectación del CRSG)	30.1	23.4	.123	18.1	.028*
Calidad de vida: Impacto Psicológico (% de afectación del CRSG)	26.5	12.2	.007*	8.5	.008*
Calidad de vida: Escala General (% de afectación del CRSG)	29.5	17.5	.008*	13.5	.003*

p = probabilidad asociada; *Efecto significativo.

Se encontraron diferencias significativas antes y después de la intervención, obteniéndose diferencias en A-B ($z = -2.314$, $p = 0.021$) y A-C ($z = -2.193$, $p = 0.028$), lo cual indica que se registró una dis-

minución de los síntomas de ansiedad posterior al tratamiento, misma que se mantuvo a los tres meses (Figura 1).

Figura 1. Medias de sintomatología ansiosa obtenidas con el BAI en A, B y C.

* Efecto significativo B ($p = .021$); C ($p = .028$)

Control del asma

En la medición A se encontró una puntuación media correspondiente a un asma no controlada debido a que la mayor parte de la muestra se ubicó en esta categoría. Al terminar el tratamiento, el promedio de participantes presentó un asma parcialmente controlada, resultado que se mantuvo en la evaluación de seguimiento (véase Tabla 2). Se encontraron efectos significativos del tratamiento al comparar la evaluación A y B ($z = -2.675, p = 0.007$), con resultados similares en la evaluación de seguimiento, como se aprecia al comparar A y C ($z = -2.533, p = 0.011$), lo que indica que hubo una mejoría en el control de asma percibido y que este cambio se mantuvo a los tres meses.

Calidad de vida

En cuanto a la CV relacionada a los síntomas de asma, en la evaluación basal se encontró una afectación mediana, la cual disminuyó en la evaluación posterior al tratamiento y siguió mejorando en el seguimiento (véase Tabla 2). Los resultados del efecto del tratamiento resultaron estadísticamente significativos, registrándose diferencias en

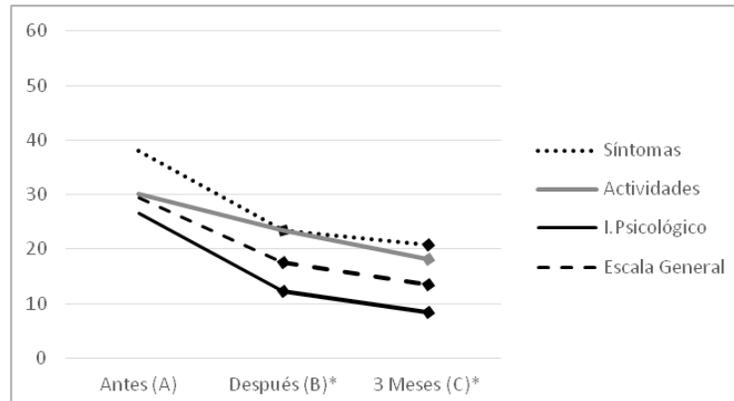
tre A-B ($z = -2.045, p = 0.041$) y A-C ($z = -2.845, p = 0.004$).

En la CV relacionada a la interrupción de actividades a causa del asma, se observó inicialmente una afectación menor; dicha valoración mejoró en la evaluación B y continuó haciéndolo en el seguimiento (véase Tabla 2). El efecto del tratamiento resultó estadísticamente significativo entre A y C ($z = -2.192, p = 0.028$).

La CV relacionada con el impacto emocional que se evaluó antes del tratamiento indicaba una afectación menor. Tal sintomatología mejoró en la medición B y continuó progresando en el seguimiento (véase Tabla 2). Se encontraron diferencias significativas debidas a la intervención entre A-B ($z = -2.701, p = 0.007$) y A-C ($z = -2.666, p = 0.008$).

La escala general de CV presentó inicialmente una afectación baja, pero mejoró al concluir el tratamiento y siguió progresando en la evaluación C (véase Tabla 2). Se encontraron efectos significativos entre A-B ($z = -2.667, p = 0.008$), B-C ($z = -2.045, p = 0.041$) y A-C ($z = -2.934, p = 0.003$). En la Figura 2, se aprecian los niveles de afectación de la calidad de vida, su evolución posterior al tratamiento y en el seguimiento a los tres meses.

Figura 2. Cambios en el porcentaje de afectación de la calidad de vida en las subescalas de síntomas, actividades, impacto psicológico y escala general del CRSG en las evaluaciones antes (A), después (B) y a los tres meses de seguimiento (C).



*Efecto significativo; $p < 0.05$

DISCUSIÓN

Los principales hallazgos de esta investigación obedecen a que la terapia mediante atención plena y compasión probó tener efectos positivos para disminuir tanto la sintomatología ansiosa como la asmática, al tiempo que mejoró el control de la enfermedad y la calidad de vida. Estos beneficios se mantuvieron incluso tres meses después de haber concluido el tratamiento.

De manera particular, en cuanto a la sintomatología ansiosa, se observó una importante mejoría tras el tratamiento, la cual se mantuvo aun tres meses después de concluido, lo que indica que el tratamiento basado en la atención plena y compasión es eficaz para disminuir este tipo de sintomatología. Dichos resultados coinciden con lo reportado por Simkin y Black (2014), que relaciona la práctica de la meditación con una mejor regulación emocional, la desactivación del sistema nervioso simpático y una disminución en el tamaño de la amígdala, que son funciones relacionadas con la respuesta fisiológica de la ansiedad. De igual manera, Pbert et al. (2012) también encontraron menores niveles de estrés percibido tras el tratamiento basado en la atención plena.

Otro indicador de las variables relacionadas al estado psicológico de los pacientes fue evaluado mediante la prueba de calidad de vida, en su escala de impacto emocional, la cual se observó con una menor afectación al terminar el tratamiento y aún con mejores resultados a los tres meses de se-

guimiento, lo que sugiere que el tratamiento empleado es efectivo para lograr un mayor bienestar relacionado con el estado emocional de pacientes con enfermedades que atañen al funcionamiento inmunológico y respiratorio.

La percepción de control del asma mejoró al finalizar el tratamiento y se mantuvo a los tres meses de seguimiento, lo que indica que los participantes pudieron llevar una vida con mayor funcionalidad en sus actividades escolares, laborales, sociales y familiares. Tales resultados apoyan los reportes previos acerca de que, al disminuir la sintomatología ansiosa, hay un impacto positivo en el control de asma, que se refleja en los síntomas del asma y en la limitación de las actividades derivada del padecimiento (Favreau et al., 2014). Este hallazgo también se corroboró en este estudio por medio del Cuestionario Respiratorio Saint George, en donde las escalas relacionadas a los síntomas y a la limitación de actividades mejoraron al finalizar el tratamiento, y más aún a los tres meses de haber finalizado el tratamiento. Anteriormente, Pbert et al. (2012) reportaron que la calidad de vida es un indicador en el que el tratamiento basado en la atención plena tiene un efecto positivo incluso a los doce meses de seguimiento tras la intervención en este tipo de pacientes.

La principal limitación de este estudio fue el carecer de grupo control en virtud de que se trató de un estudio piloto, una primera aproximación al tratamiento de los pacientes con asma mediante la terapia psicológica basada en la atención plena y

compasión, en la que se buscó evaluar su viabilidad de aplicación y la aceptación del mismo por parte del personal médico y de los propios pacientes.

En estudios posteriores será necesario ampliar el tamaño de la muestra y comparar el grupo de intervención con un grupo control, o bien compararlo con pacientes bajo el tratamiento psicológico cognitivo-conductual convencional que reciben por lo común.

Las terapias de conducta de tercera generación, al igual que la de atención plena y compasión, representan una opción viable y efectiva para tratar condiciones de salud relacionadas a estados emocionales como el asma, por lo cual es impor-

tante que se sigan investigando sus potencialidades en nuestro país para conocer las características particulares de estos pacientes y así proponer nuevas alternativas de tratamiento. La evidencia aportada da cuenta de la necesidad de abrir espacios en las instituciones de educación superior para que los profesionales de la salud mental puedan formarse en las terapias conductuales de tercera generación y realizar intervenciones en los centros de servicios de diversas especialidades médicas, lo que tendrá como resultado generar más investigación que ayude a ampliar la evidencia de su efectividad en diversos grupos clínicos de la población mexicana.

REFERENCIAS

- Aguilar, M., Sotelo, M., Lara, A., García, Á., Sansores, R. y Ramírez, A. (2000). Reproducibilidad del cuestionario respiratorio Saint George en la versión al español, en pacientes mexicanos con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias*, 13(2), 85-95.
- Bornemann, B. y Singer, T. (2013a). A cognitive neuroscience perspective: the resource model. En T. Singer y M. Bolz (Eds.): *Compassion. Bridging practice and science*. Leipzig (Alemania): Max Planck Society.
- Bornemann, B. y Singer, T. (2013b). What do we (not) mean by training. En T. Singer, y M. Bolz (Eds.): *Compassion. Bridging practice and science*. Leipzig (Alemania): Max Planck Society.
- Caballero, N., Fernández, M., Salas, J., Chapela, R. y Sánchez-Sosa, J.J. (2009). Efectos de una intervención psicológica cognitivo-conductual sobre la adhesión terapéutica y la ansiedad de pacientes asmáticos. *Revista Española de Asma*, 1(4), 97-106.
- Favreau, H., Bacon, S., Labrecque, M. y Lavoie, K. (2014). Prospective impact of panic disorder and panic-anxiety on asthma control, health service use, and quality of life in adult patients with asthma over a 4-year follow-up. *Psychosomatic Medicine*, 76, 147-155.
- García S., C., Fernández P., R., Martínez B., D., Franco M., F. y Pérez P., J. (2012). Prevalencia y riesgos asociados con pacientes adultos con asma de 40 años o más de la Ciudad de México: estudio de base poblacional. *Salud Pública de México*, 54(4), S91-S97.
- Global Initiative for Asthma (2006). *Global strategie for management and control of asthma*. Disponible en línea: <http://www.ginasthma.org> (Recuperado el 15 de junio de 2015).
- Global Initiative for Asthma (2015). *From the Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Report*. New York: Global Initiative for Asthma.
- Gómara P., J.M., Román R., M. y Grupo de Respiratorio de la Societat Balear de Medicina Familiar Comunitaria (2002). Medidor de peak-flow: técnica de manejo y utilidad en atención primaria. *Medifam*, 12(3), 206-213.
- Goodwin, R., Bandiera, F., Steinberg, D., Ortega, A. y Feldman, J. (2012). Asthma and mental health among youth: etiology, current knowledge and future directions. *Expert Review of Respiratory Medicine*, 6(4), 397-406.
- Greaves, C., Eiser, C., Seamark, D. y Halpin, D. (2002). Attack context: an important mediator of the relationship between psychological status and asthma outcomes. *Thorax*, 57, 217-221.
- Hangartner, D. (2013). A practical guide to classic buddhist meditation. En T. Singer y M. Bolz (Eds.): *Compassion: Bridging practice and science*. Leipzig (Alemania): Max Planck Society.
- Lehrer, P., Feldman, J., Giardino, N., Song, H.-S. y Schmaling, K. (2002). Psychological aspects of asthma. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(3), 691-711.
- Mascaro, J., Pace, T. y Raison, C. (2013). Mind your hormones! The endocrinology of compassion. En T. Singer y M. Bolz (Eds.): *Compassion. Bridging practice and science*. Leipzig (Alemania): Max Planck Society.
- Moreno, A. (2012). Terapias cognitivo-conductuales de tercera generación (TTG): la atención plena / Mindfulness. *Revista Internacional de Psicología*, 12(1), 1-17.
- Nater, U., Skoluda, N. y Strahler, J. (2013). Biomarkers of stress in behavioural medicine. *Psychiatry, Medicine and the Behavioural Sciences*, 26(5), 440-445.

- Nathan, R., Sorkness, C., Pharm, D., Kosinski, M., Schatz, M., Li, J., Marcus, P., Murray, J. y Pendergraft, T. (2004). Development of the Asthma Control Test: A survey for assessing asthma control. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 113(1), 59-65.
- Pbert, L., Madison, M., Druker, S., Olendzki, N., Magner, R., Reed, G., Allison, J. y Carmody, J. (2012). Effect of mindfulness training on asthma. *Thorax*, 67(9), 769-776.
- Pérez Á., M. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *EduPsykhé. Revista de Psicología y Pedagogía*, 5(2), 159-172.
- Put, C., van den Bergh, O., Lemaigre, V., Demedts, M. y Verleden, G. (2003). Evaluation of an individualised asthma programme directed at behavioural change. *European Respiratory Journal*, 21, 109-115.
- Ricard, M. (2009). *El arte de la meditación*. Barcelona: Urano.
- Rimington, L., Davies, D., Lowe, D. y Pearson, M. (2001). Relationship between anxiety, depression, and morbidity in adult asthma patients. *Thorax*, 56(2), 266-271.
- Riveros, A., Castro, G. y Lara T., H. (2009). Características de la calidad de vida en enfermos crónicos y agudos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41(2), 291-304.
- 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.
- Ross, C., Davis, T. y Macdonald, F. (2005). Cognitive-behavioral treatment combined with asthma education for adults with asthma and coexisting panic disorder. *Clinical Nursing Research*, 14(2), 131-157.
- Secretaría de Salud (2015). *Anuario de Morbilidad 1984-2015*. Secretaría de Salud. Recuperado de: <http://epidemiologia.salud.gob.mx>.
- Simkin, D. y Black, N. (2014). Meditation and mindfulness in clinical practice. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 23, 487-534.
- Tenzin Gyatzo (2010). *La meditación paso a paso*. Madrid: Grijalbo.
- Van Lieshout, R. y MacQueen, G. (2008). Psychological factors in asthma. *Allergy, Asthma, and Clinical Immunology*, 4(1), 12-28.
- Yorke, J., Fleming, S. y Shulldham, C. (2009). Psychological interventions for adults with asthma. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, 1-63.