



UNIVERSITAS
Miguel Hernández

MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA



Trabajo Fin de Máster

Intervención psicológica grupal online en una Unidad de Asma Grave: un estudio piloto.

Autora: Francisca Gregori Matos

Tutores: Carlos J. van-der Hofstadt Román y María José Zamora Muñoz

Código de la oficina de Investigación Responsable: 221025100433

Convocatoria: Enero 2023

Elche, a 6 de enero de 2023

Índice

1. Resumen.....	3
2. Introducción.....	5
3. Método.....	12
3.1 Diseño.....	12
3.2 Procedimiento.....	12
3.3 Participantes.....	14
3.4 Variables e instrumentos.....	15
3.5 Análisis de datos.....	18
4. Resultados.....	18
5. Discusión.....	23
6. Conclusiones.....	26
7. Referencias bibliográficas.....	28
8. Anexos.....	34
Tabla 1.....	19
Tabla 2.....	21
Tabla 3.....	21
Tabla 4.....	23
Figura 1.....	15



Resumen:

Existe una mayor prevalencia de algunos trastornos mentales en la población adulta con asma grave que en la población adulta general, actuando como factores de riesgo y de mal pronóstico, por lo que una intervención psicológica, complementaria al tratamiento médico podría mejorar el bienestar de los pacientes, reducir el riesgo de exacerbaciones y conseguir un mejor afrontamiento y un mejor control del asma. Los objetivos del presente estudio fueron 1) Detectar la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva y conocer la percepción de enfermedad entre los pacientes y 2) implementar un programa piloto de intervención psicológica grupal online multicomponente, y evaluar si es útil para mejorar los niveles de ansiedad, depresión, el síndrome de hiperventilación, el control del asma y la calidad de vida de los pacientes en seguimiento de la Unidad de Asma Grave del Hospital General Universitario Dr. Balmis que pudieran beneficiarse de la intervención. Se realizó un estudio descriptivo de los síntomas y un estudio cuasiexperimental longitudinal con intervención psicológica grupal (n = 29). Los análisis descriptivos mostraron puntuaciones altas en ansiedad, depresión y una alta percepción de enfermedad en los pacientes. Mientras que los análisis estadísticos mostraron una disminución estadísticamente significativa en las puntuaciones de ansiedad e hiperventilación tras la intervención, pero no en depresión, control del asma y calidad de vida. El presente estudio apunta a la necesidad de realizar estudios experimentales con muestras más amplias que nos indiquen cómo mejorar la sintomatología asmática y la salud mental de las personas con asma.

Palabras clave: asma grave; intervención psicológica; terapia grupal; ansiedad; depresión; calidad de vida.

Abstract:

There is a higher prevalence of some mental disorders in the adult population with severe asthma than in the general adult population, acting as risk factors and poor prognosis, so that a psychological intervention, complementary to medical treatment could improve patients' well-being, reduce risks of exacerbations and achieve better coping and better asthma control. The aims of this study were 1) to detect the presence of anxious and depressive symptoms and to know the illness perception among patients as well as 2) implementing an online group based on a multicomponent pilot program of psychological intervention, and to evaluate if it is useful to improve the levels of anxiety, depression, hyperventilation syndrome, asthma control and life quality of patients under follow-up in the Severe Asthma Unit of the Hospital General Universitario Dr. Balmis who could benefit from the intervention. A descriptive study of symptoms and a longitudinal quasi-experimental study with group psychological intervention (n = 29) were made. Descriptive analyses showed high scores in anxiety, depression and a high illness perception in patients. While statistical analyses showed a statistically significant decrease in anxiety and hyperventilation scores after the intervention, but not in depression, asthma control and life quality. The present study points the need of experimental studies with larger samples that tell us how to improve asthmatic symptomatology and mental health in people with asthma.

Key words: severe asthma; psychological intervention; groupal therapy; anxiety; depression; life quality.

Introducción:

El asma es una enfermedad inflamatoria pulmonar, de duración prolongada que causa síntomas como dificultades respiratorias, tos, opresión en el pecho y sibilancias (Global Initiative for Asthma, 2022).

Se trata de una de las enfermedades no transmisibles que más padecen niños/as y adultos (Organización Mundial de la Salud, 2022), afectando a entre el 1 y el 18% de la población (GINA, 2022). Se calcula que en el año 2019 fueron afectadas por esta enfermedad 262 millones de personas y de ellas 461.000 murieron, dándose la mayoría de las muertes en países en vías de desarrollo donde no se realiza un correcto diagnóstico y tratamiento (OMS, 2020).

En países como España, a partir de los 60 años se calcula una prevalencia del asma del 6-10%, siendo más frecuente en las mujeres, mientras que la incidencia se encuentra en torno a los 60-100 casos por 100.000. Dos terceras partes de las muertes por asma se dan a estas edades, y se espera que para el año 2066 la cifra de personas en España mayores de 60 años con asma pase de 8.764.204 en 2017 a 14.000.000, es decir, aproximadamente un 35% de la población (Perpiña et al., 2022).

Factores como infecciones víricas, polvo, humo, gases, cambios en la climatología, polen, pelo de los animales, entre otros, pueden actuar como desencadenantes de los síntomas, generalmente irregulares, aunque con un pico durante la noche o durante la realización de ejercicio físico (OMS, 2022).

A pesar de que el asma está asociada a hiperreactividad e inflamación de las vías respiratorias, dichos criterios no son suficientes para realizar un diagnóstico. Para ello, debe haber una historia de patrones sintomáticos y una clara limitación cambiante del flujo de aire respirado (GINA, 2022). En ocasiones, tanto los síntomas como la limitación en el flujo del

aire, pueden desaparecer durante semanas o meses, e incluso cesar de forma natural o a causa de la medicación. No obstante, la hiperreactividad e inflamación de las vías respiratorias persisten, pudiendo llegar a normalizarse con el seguimiento de un tratamiento (GINA, 2022).

La gravedad del asma se evalúa cuando el paciente lleva en tratamiento durante 2 ó 3 meses. Consta de varios niveles en función de las necesidades de tratamiento de mantenimiento requeridas para lograr el control de los síntomas y exacerbaciones (Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica, 2020; GINA, 2022). Se considera asma grave aquel que ha necesitado tratamiento con las pautas médicas sugeridas por el escalón 4 y 5 del GINA durante el año anterior o uso sistémico de corticoides inhalados durante la mitad del año anterior para evitar que se descontrola o que continúe descontrolada a pesar del tratamiento (European Respiratory Society y American Thoracic Society, 2014).

El asma grave, en especial el no controlado, supone menos de un 10% de toda la población de asmáticos, pero por su complejidad, la frecuencia de comorbilidades asociadas y la dificultad en el control de la enfermedad (pese al uso de terapias biológicas), es responsable de más del 80% del gasto sanitario en pacientes asmáticos, tanto en costes directos como indirectos, según las guías GEMA (SEPAR, 2020) y GINA (2019). La complejidad de este subgrupo obliga a que diversas especialidades (otorrinolaringología, gastroenterología, endocrinología, psicología, farmacia, etc.) intervengan en la atención a los pacientes, dado que el control de las comorbilidades (rinusinopatía, reflujo gastroesofágico, síndrome de apnea, hipopnea y alteraciones de la esfera psiquiátrico-psicológica) repercute positivamente en el grado de control del asma (SEPAR, 2020).

El objetivo principal del tratamiento del asma es lograr y mantener el control de la enfermedad lo antes posible. Para conseguirlo, se sigue una estrategia global e individualizada

a largo plazo, basada en un tratamiento farmacológico ajustado, junto con las necesarias medidas de supervisión, control ambiental y educación para el asma (SEPAR, 2020).

Como control del asma se entiende la proporción en que el paciente tiene síntomas o si, por el contrario, se han reducido o eliminado gracias al tratamiento. Debe evaluarse en cada visita médica y se evalúa en dos ámbitos, el control de los síntomas (carga para los pacientes y aumento del riesgo de exacerbaciones) y el riesgo de resultados adversos (GINA, 2022). Se considera que un paciente tiene un buen control de su enfermedad cuando presenta síntomas menos de dos días al mes (incluyendo uso de medicación de rescate menos de dos veces al mes, ausencia de síntomas nocturnos y ausencia de limitación en el desarrollo de sus actividades), cuando no presenta ninguna exacerbación o crisis y su función pulmonar es normal ($FEV1 > 80\%$ del valor teórico o z-score $(-1,64)$ o $PEF > 80\%$ del mejor valor personal) (SEPAR, 2020). Se calcula que un 50% de los pacientes tienen un mal control de la enfermedad (GINA, 2021).

En vista de todas las particularidades del asma grave, la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) elaboró en 2015 los requisitos para establecer diferentes niveles de atención para Unidades de Asma: unidades básicas, unidades especializadas y unidades especializadas de alta complejidad. Idealmente, los pacientes deberían ser atendidos por especialistas formados de manera específica en asma. El objetivo de estas unidades es mejorar la atención de los pacientes, en particular de los graves, interaccionando con otros niveles asistenciales y con el resto de los especialistas implicados (Cisneros et al., 2017). Todo ello va dirigido a una atención clínica personalizada que permita reconocer las necesidades individuales y llevar a cabo intervenciones farmacológicas, cognitivas, emocionales y conductuales, que incluyen la acción psicoeducativa y el seguimiento de la adhesión terapéutica (Thomas, 2015).

Las investigaciones muestran que la atención en unidades específicas a los pacientes que presentan asma grave es beneficiosa y supone una mejora en la calidad de vida y un menor uso de los recursos sanitarios, reduciendo así la necesidad de tratamientos especiales (terapias biológicas, termoplastia) con elevado coste (Gibeon et al., 2015; Van der Meer et al., 2016). Así mismo, la SEPAR considera importante desarrollar investigaciones e intervenciones comunes en este campo, que generen pruebas empíricas y conocimientos científicos.

En los casos de asma grave no controlada, la enfermedad puede provocar trastornos del sueño, fatiga, agotamiento, dificultad para concentrarse, etc., impactando negativamente en diferentes áreas de la vida de los pacientes y sus familiares, afectando en ocasiones al trabajo, la situación económica, las relaciones familiares y sociales, el descanso, el ocio, etc., con el consiguiente desajuste psicológico y social y el deterioro en la calidad de vida (OMS, 2022).

Se han detectado algunas variables psicológicas como factores de riesgo y de mal pronóstico del asma bronquial: los trastornos de ansiedad y depresión, la negación como forma de afrontar la enfermedad, el estrés psicosocial, la desregulación emocional y la alexitimia o la incapacidad para identificar emociones y darles expresión verbal (Haro et al., 2006; Labor et al., 2018; Martínez-Rivera et al., 2011).

Los estudios epidemiológicos muestran una prevalencia mayor de algunos trastornos mentales en la población con asma que en la población adulta general, como por ejemplo en trastornos de ansiedad (especialmente trastorno de pánico y trastorno de ansiedad generalizada), depresión mayor, trastorno de estrés postraumático y consumo/abuso de sustancias (Belloch, 2019). Dichos problemas psicológicos pueden provocar minimización o negación de los síntomas, agravamiento de los síntomas, menor control sobre los síntomas,

visitas a urgencias, ingresos hospitalarios, poca adherencia al tratamiento, falta de autoeficacia, más dosis de esteroides, ataques mortales, etc. (Belloch, 2019; Alonso et al., 2014). En definitiva, se produce una mala evolución de la enfermedad, lo que supone una disminución en la calidad de vida y un mayor uso de los recursos sanitarios (Belloch, 2019).

Asimismo, un elevado porcentaje de adultos con asma presentan disnea funcional, un patrón respiratorio anómalo, con base fisiológica o psicológica, con sensación de falta de aire, que suele estar asociado a inquietud y malestar general (Dafauce et al., 2021; Martínez-Moragón et al., 2005).

Por otra parte, se han descrito importantes diferencias de género entre pacientes con asma grave (Zein y Erzurum, 2015). Las mujeres describen más síntomas y un mayor impacto en su calidad de vida relacionada con el asma, a pesar de un similar o mejor control de la enfermedad (Colombo et al., 2019; McCallister et al., 2013).

De esta forma, las vivencias asociadas a la experiencia de una enfermedad crónica como el asma grave generan un elevado número de reacciones cognitivas, conductuales y emocionales tanto en el enfermo como en sus familiares, que compromete su bienestar y equilibrio emocional. No atender a las necesidades psicosociales de las personas con asma grave puede conllevar una dificultad en el control de los síntomas, incrementando a su vez las demandas de atención sanitaria y un deterioro en la calidad de vida del paciente.

Diversos estudios indican la participación de factores psicosociales en el desencadenamiento, evolución y mantenimiento del asma bronquial, por lo que una intervención psicoterapéutica, complementaria al tratamiento médico podría optimizar el bienestar psicofísico de los pacientes (Douwes et al., 2011). Según la Iniciativa Global para el Asma (GINA, 2022), los problemas psicológicos son factores de riesgo independientes, potencialmente modificables, que contribuyen a un mal control de la enfermedad. La terapia

psicológica puede mejorar el bienestar de los pacientes al abordar aspectos psicológicos asociados, reducir el riesgo de exacerbaciones y conseguir un mejor afrontamiento y un mejor control del asma (Kew et al., 2016). Por ello, el estudio del grupo DUMA en España recomienda la presencia de un/a psicólogo/a en el abordaje multidisciplinar de las unidades especializadas de asma de alta complejidad (Cisneros et al., 2017).

El apoyo social y psicológico también puede ser necesario para mantener en el tiempo el cambio de comportamiento y favorecer la adhesión al tratamiento. Diferentes tipos de intervenciones psicológicas, incluyendo terapia cognitivo conductual, entrenamiento en relajación, mindfulness, han mostrado un impacto positivo en ensayos clínicos aleatorizados, principalmente en calidad de vida relacionada con la salud, las variables psicoafectivas y en el funcionamiento respiratorio, aunque las investigaciones son todavía escasas (Smith y Jones, 2015; Yorke et al., 2015; Sánchez y Moreno, 2017; Fasciglione y Castañeiras, 2009). Se ha visto que la terapia cognitivo conductual en asma disminuye el miedo a la enfermedad, la sintomatología ansiosa y depresiva, mejora la calidad de vida relacionada con la salud y mejora los parámetros médicos (Glenys et al., 2012; Sommaruga et al., 1995). Mientras que con terapias basadas en mindfulness se observa una disminución de la ansiedad y una mejora de la calidad de vida y del control de la enfermedad (Hiles et al., 2021)

Las terapias grupales para pacientes con enfermedades crónicas suponen un espacio donde se interacciona con personas con las mismas afecciones y problemas asociados, proporcionándoles un gran apoyo social. Al mismo tiempo, ayuda a la comprensión de la enfermedad y el papel de la conducta, pensamientos y sentimientos en ella, les enseña habilidades de afrontamiento, de qué forma utilizarlas y, sobre todo, permite tratar a más pacientes en menos tiempo, aumentando el coste-efectividad que tendría una terapia individual (Rodríguez-Marín et al., 2021). Asimismo, la intervención psicológica online ha

mostrado reducir la sintomatología ansiosa-depresiva, brindando herramientas de apoyo cuando la terapia convencional no es accesible (Amador et al., 2021; Andrade et al., 2021; Nieto et al., 2021).

El estudio de Yorke et al. (2016) para personas con asma grave demuestra que los participantes del grupo mejoraron en la comprensión del asma, la gestión de la ansiedad y la aceptación de la enfermedad. Además, informaron de la satisfacción con el formato grupal, pues les sirvió para afianzar el sentimiento de pertenencia y normalizar las propias experiencias.

El objetivo principal del presente trabajo es implementar y evaluar un programa piloto de intervención psicológica grupal online multicomponente, que contribuya a mejorar el control de la enfermedad de los pacientes atendidos en la Unidad de Asma Grave.

Los objetivos específicos son los siguientes: 1) Establecer si la intervención psicológica grupal es efectiva para mejorar los niveles de ansiedad, depresión, el síndrome de hiperventilación, el control del asma y la calidad de vida en pacientes con asma grave. 2) Detectar la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva y conocer la percepción de enfermedad entre los pacientes. 3) Describir los factores psicosociales, las comorbilidades asociadas y eventos traumáticos en los pacientes con asma grave.

Hipótesis: La intervención psicológica grupal contribuirá a disminuir el nivel de ansiedad y de depresión, disminuir la hiperventilación y mejorar el control del asma y la calidad de vida de los pacientes.

Método:**Diseño**

Consta de un estudio descriptivo de los síntomas (ansiosos, depresivos y de percepción de enfermedad) previos al comienzo del programa y un estudio cuasiexperimental longitudinal con intervención psicológica grupal. Se tomaron medidas pre-post tratamiento con el objetivo de evaluar la efectividad de un programa de intervención psicológica grupal online multicomponente en pacientes con asma grave. Se incluye también un sub estudio descriptivo para describir los factores psicosociales, las comorbilidades asociadas y eventos traumáticos en los pacientes con asma grave (objetivo 3).

Procedimiento

El proyecto se presentó al Instituto de Investigación Sanitario y Biomédica de Alicante (ISABIAL) y se aprobó en el Comité de Ética para la Investigación con Medicamentos del Departamento de Salud de Alicante-Hospital General con número de referencia PI2021-161 - Ref. ISABIAL: 2021-0435 (Anexo I).

Desde la Unidad de Asma Grave del Hospital General Universitario Dr. Balmis, derivaron a la psicóloga del equipo a los pacientes en seguimiento que pudieran beneficiarse de la intervención psicológica. La psicóloga contactó telefónicamente con estos pacientes, concertando una entrevista inicial de una hora, con el objetivo de establecer la relación terapéutica, explicar el proyecto y realizar una exploración individual previa a la terapia en grupo. Se evaluó de forma individual la experiencia personal de enfermedad, junto con la sintomatología ansiosa y depresiva. Además, se les propuso participar en el programa, incorporando en él a los pacientes interesados.

Se aplicó el programa psicológico grupal online de 8 sesiones de hora y media de duración, con periodicidad semanal, que se realizó en formato online por la situación de la

pandemia de COVID-19. Se realizaron cuatro ediciones del programa contando cada grupo con un número de entre 6 y 12 participantes. Se descartaron del estudio a 4 pacientes que no participaron en al menos el 80% de las sesiones.

Antes del inicio del grupo de terapia se envió a los participantes por correo postal un sobre del hospital con los cuestionarios pre y post, la hoja de información al paciente y el consentimiento informado. Durante la primera sesión se les explicó cómo cumplimentarlos.

La semana anterior al inicio de cada grupo se envió a cada participante un correo electrónico con la información del curso, la orientación para su máximo aprovechamiento y el enlace de Google Meet para la conexión. A su vez, el mismo día de cada sesión se envió un mensaje recordatorio. Una vez finalizada cada sesión se mandaba un documento con el resumen de lo tratado y material de apoyo.

Las sesiones consistieron en una primera parte dedicada a la psicoeducación y una segunda parte para la realización de actividades prácticas. Asimismo, se fomentó la participación e interacción de los participantes.

La intervención tenía como objetivo general facilitar la adaptación a la enfermedad, identificando las estrategias de afrontamiento adaptativas y desadaptativas del paciente con asma grave, potenciando sus recursos propios e implementando nuevas estrategias posibles. Por ello, las técnicas empleadas a lo largo del taller fueron: reestructuración cognitiva (abordaje de respuestas ansiosas o depresivas), aprendizaje operante (refuerzo de conductas adaptativas, control de estímulos y planificación de actividades gratificantes), técnicas de respiración y relajación, mindfulness, regulación emocional, entrenamiento en solución de problemas, autocuidado amable y habilidades sociales y asertividad.

El contenido de las sesiones se planteó de la siguiente manera:

- Sesión 1: El asma bronquial.

- Sesión 2: El afrontamiento de la enfermedad crónica.
- Sesión 3: Ansiedad en el asma.
- Sesión 4: Cambios en el estado de ánimo asociado al asma.
- Sesión 5: Regulación emocional.
- Sesión 6: La solución de problemas.
- Sesión 7: El apoyo social y la comunicación asertiva.
- Sesión 8: La gestión de los estilos de vida.

Una vez acabadas las sesiones de intervención, se realizó la evaluación post-programa y se informó a los pacientes de los seguimientos posteriores y de las sesiones mensuales de seguimiento voluntarias.

Participantes

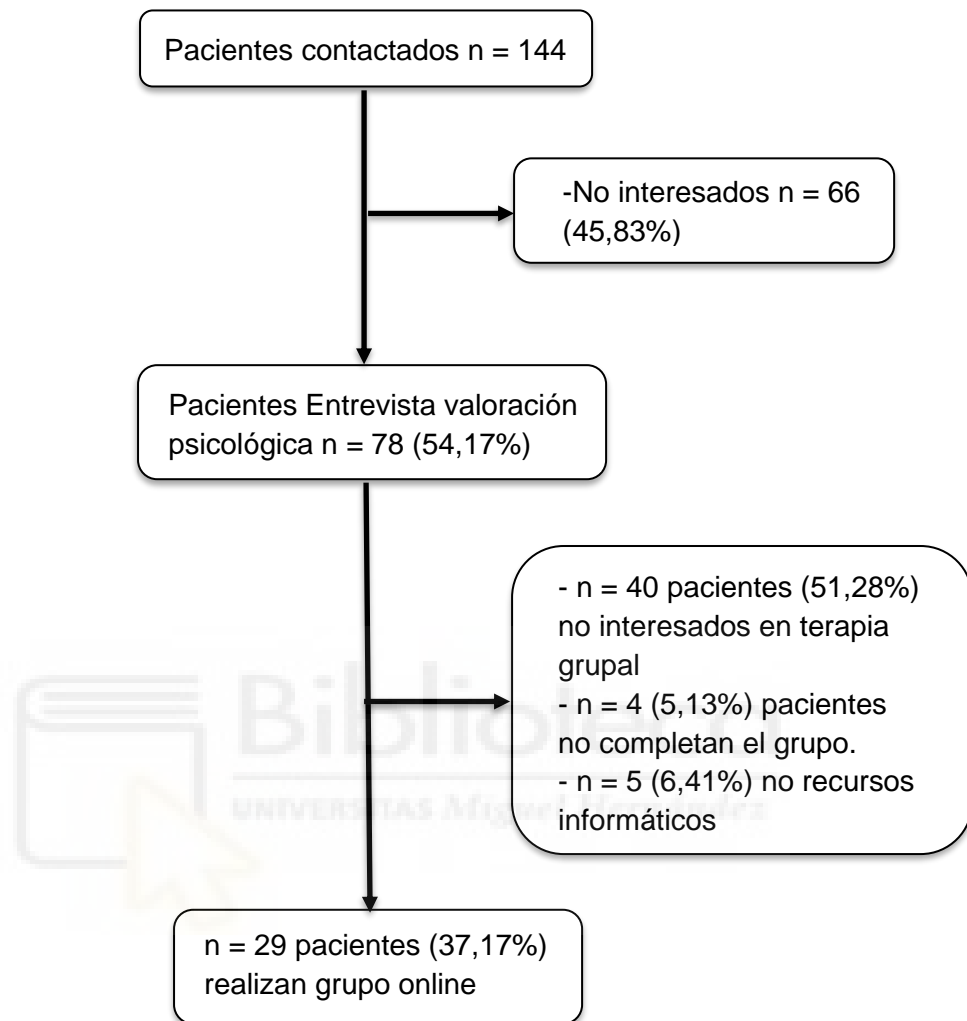
La muestra del estudio está compuesta por 29 pacientes en seguimiento en la Unidad de Asma Grave del Hospital Doctor Balmis. Se incluyeron a todos los pacientes que desearon participar en el estudio y cumplieran con los criterios de inclusión (Figura 1).

Como criterios de inclusión, se estableció que los participantes debían: (1) ser mayores de 18 años en el momento de la inclusión al estudio, (2) encontrarse en el estadio 5 ó 6 de la GEMA, (3) ser pacientes en los que se haya optimizado el manejo clínico convencional del asma (incluidos adhesión terapéutica y estudio y tratamiento de comorbilidades), (4) contar con autonomía para rellenar cuestionarios de evaluación y materiales durante el tratamiento, (5) aceptar participar en el estudio y (6) firmar el consentimiento informado.

Como criterios de exclusión, se excluyeron a las personas (1) que no fueron capaces de cumplimentar los cuestionarios de valoración y (2) que rechazaron participar en los grupos de terapia.

Figura 1

Procedimiento de selección de la muestra.



Variables e instrumentos

Se recogieron variables sociodemográficas, psicosociales, psicológicas y variables relacionadas con el asma (hiperventilación y control del asma).

Dentro de las variables sociodemográficas y psicosociales, se recogieron: edad, sexo, estado civil, nivel de estudios, situación laboral, profesión, convivencia familiar, tratamiento psicológico y/o psiquiátrico actual, tratamiento farmacológico actual para trastornos psicológicos, años con la enfermedad, eventos traumáticos y comorbilidades.

Respecto a las variables psicológicas, en la entrevista de valoración individual inicial se evaluó ansiedad, depresión y percepción de enfermedad con los siguientes cuestionarios:

1. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) de Spielberger et al. (1970). Utilizado con el objetivo de medir ansiedad. Validado para población española por Buela-Casal et al. (2011). El cuestionario se compone de dos escalas ambas con 20 ítems. Una escala de *Ansiedad Rasgo* (tendencia ansiosa estable, propensión a percibir circunstancias como potencialmente peligrosas) y otra de *Ansiedad Estado* (situación emocional temporal que puede oscilar en el tiempo, así como de intensidad) (Buela-Casal et al., 2015). Ambas escalas cuentan con puntuaciones directas que se transforman en centiles en base al sexo y a la edad. El cuestionario muestra gran validez y fiabilidad (Alfa de Cronbach superior a 0.9 en ambas escalas) (Guillén, 2014).

2. Cuestionario de Depresión de Beck (BDI) de Beck et al. (1996). Utilizado para medir depresión. Validado para población española por Sanz y Vázquez (2011). Consta de 13 conjuntos de ítems que hacen referencia a síntomas diagnósticos de trastornos depresivos del DSM-IV y CIE-10 (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, s.f). Una puntuación entre 0-4 significa “no depresión”, entre 5-7 “depresión leve”, entre 8-15 “depresión media” y mayor de 15 “depresión grave”. La fiabilidad del cuestionario es de $\alpha = .83$, mientras que la fiabilidad osciló entre 0,6 y 0,72 (Sanz y Vázquez, 1998).

3. Cuestionario Breve de Percepción de Enfermedad (B-IPQ) de Broadbent et al. (2006). Utilizado con el objetivo de medir la percepción de la influencia de enfermedad en la vida del paciente. Validado para población española por Pacheco-Huergo et al. (2021). Consta de 9 ítems. No cuenta con punto de corte, sin embargo, cuanto mayor es la puntuación, mayor percepción de enfermedad, siendo la puntuación máxima 8. Su fiabilidad y validez es alta, similar a la de la versión original (Larach et al., 2017).

Además, para la valoración pre y post grupal, se utilizaron diversos cuestionarios para medir variables psicológicas y variables relacionadas con el asma:

1. Escala de Depresión y Ansiedad Hospitalaria (HADS) de Zigmond y Snaith (1983). Se empleó para medir ansiedad y depresión. Validada para población española por López-Roig et al. (1998). Consta de 7 ítems referidos a depresión y 7 ítems referidos a ansiedad. Para ambas escalas, una puntuación entre 0-7 significa “no sintomatología”, entre 8 y 10 “posible caso” y 11 o más “ansiedad o depresión”. La escala tiene una fiabilidad de 0,80 (Alpha de Cronbach), un coeficiente de validez de 0,70, una sensibilidad del 68% y especificidad de 73% (Fernández, 2012).

2. Cuestionario de Nijmegen de Van Dixhoorn et al. (1980). Empleado para medir el síndrome de hiperventilación. Validado para población española por Martínez-Moragón, et al (2005). Este cuestionario consta de 16 ítems. Una puntuación igual o mayor a 23 indica hiperventilación. El cuestionario tiene una validez alta y una fiabilidad de 0,84 (Romeo et al., 2014).

3. Cuestionario de Calidad de Vida en Pacientes con Asma versión reducida (Mini AQLQ) de Juniper et al. (1992). Se trata de un cuestionario específico para medir calidad de vida en pacientes con asma. Validado para población española por Sanjuás et al. (1995). Consta de 15 ítems con una escala tipo Likert desde el 1 (máxima limitación) a 7 (ausencia de limitación). Se obtiene una puntuación global. Tiene una validez alta y una fiabilidad de 0,95 (Juniper, 1999).

4. Cuestionario ACT (Control del asma) de Nathan et al. (2004). Se trata de un cuestionario utilizado para valorar el control del asma en base a los síntomas y al uso de medicación de rescate en las cuatro semanas anteriores. Cuenta con 5 ítems con una escala

tipo Likert desde el 1 (siempre) al 5 (nunca). De 20-25 significa “controlada”, 16-19 “parcialmente controlada”, 5-15 “no controlada”.

Análisis de datos

Para el análisis de datos, se utilizó el paquete estadístico SPSS 25. Los datos obtenidos se sometieron a un análisis cuantitativo y cualitativo.

Se realizó un análisis univariante para la descripción de la muestra. En cuanto a las variables continuas con distribución normal, estas han sido expresadas como media \pm desviación estándar. Mientras que, para las variables cuantitativas con distribución no normal, se utilizaron medianas y rangos intercuartílicos.

Para las variables categoriales, se calcularon utilizando medidas descriptivas basadas en frecuencias y porcentajes.

Además, el contraste de hipótesis se planteó como bilateral, con una significación de $p < 0,05$.

Asimismo, se tomaron medidas pre y post test con el objetivo de estudiar posibles diferencias estadísticamente significativas entre ambas medidas después de la finalización de la intervención grupal.

Resultados

Se ha comprobado que todas las variables cuantitativas cumplen el principio de normalidad mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov, por tanto, siguen una distribución paramétrica.

Entre las 29 personas participantes, la edad oscila entre los 24 y los 70 años ($M = 52.76$, $DT = 11,538$), siendo la mayoría mujeres (75,85%). Asimismo, la mayor proporción de la

muestra se encuentra casada o en pareja (65,52%), en activo (31,04%) y conviviendo con su familia propia (75,86%)

Todos los pacientes tienen un diagnóstico de asma grave, oscilando los años de enfermedad entre los 2 y los 55 años.

El resto de variables descriptivas están descritas en la Tabla 1.

Tabla 1

Variables descriptivas

	N = 29	n (%)
Sexo		
Hombres		7 (24,14%)
Mujeres		22 (75,85%)
Edad (media en años, DT)		52.76 (11,538)
Estado civil		
Casado/a o en pareja		19 (65,52%)
Divorciado/a-separado/a		7 (24,14%)
Soltero/a		2 (6,9%)
Viudo/a		1 (3,44%)
Estudios		
Primarios		9 (31,04%)
Secundarios		10 (34,48%)
Superiores		10 (34,48%)
Situación laboral		
Activo		9 (31,04%)

Ama de casa	3 (10,34%)
Baja temporal	4 (13,79%)
Paro	5 (17,24%)
Incapacidad	3 (10,34%)
Jubilación	5 (17,24%)
Convivencia familiar	
Solo/a	6 (20,69%)
Familia de origen	1 (3,45%)
Familia propia	22 (75,86%)
Tratamiento psicológico	
Unidad de salud mental	2 (6,9%)
Tratamiento psiquiátrico	
Unidad de salud mental	3 (10,3%)
Atención primaria	15 (51,7%)
Tratamiento farmacológico	
Antidepresivos	11 (37,9%)
Ansiolíticos	15 (51,7%)
Antipsicóticos	3 (10,3%)
Años de enfermedad (mediana en años)	22

Además, en la muestra se encontraron las siguientes comorbilidades asociadas (Tabla 2) y eventos traumáticos (Tabla 3).

Tabla 2*Comorbilidades asociadas*

N = 29	n (%)
Reflujo gastroesofágico	18 (62,1%)
Tabaquismo	1 (3,4%)
Fibromialgia	8 (27,6%)
Artrosis	16 (55,2%)
Apnea del sueño	14 (48,3%)
Cefaleas	17 (58,6%)
Osteoporosis	6 (20,7%)

Tabla 3*Eventos traumáticos*

N = 29	n (%)
Muerte familiar	18 (62,1%)
Crisis económicas	12 (41,4%)
Conflictos familiares	18 (62,1%)
Divorcio	13 (44,8%)
Maltrato	11 (37,9%)
Abuso	6 (20,7%)
Conflictos laborales	17 (58,6%)

Resultados de la valoración inicial:

En el cuestionario de ansiedad Estado-Rasgo STAI, los hombres puntuaron de media en Ansiedad Estado (AE) 26,71 ($DT = 15,872$), correspondiéndose con el percentil 75. Mientras que en Ansiedad Rasgo (AR) obtuvieron una media de 27,29 ($DT = 14,625$), situándose en el percentil 80. Las mujeres puntuaron de media en AE 34,77 ($DT = 13,306$), correspondiente al percentil 80. Mientras que en AR obtuvieron una media de 37,77 ($DT = 10,479$), situándose en el percentil 96.

En cuanto al cuestionario de depresión BDI, se calculó la mediana, dando un resultado de 10,00 significando depresión moderada. Quince pacientes superaron la puntuación de la mediana. De los 29 pacientes, 5 (17,2%) no tenían presencia de síntomas depresivos, 6 (20,7%) mostraba síntomas depresivos leves, 9 (31%) síntomas depresivos moderados y 9 (31%) síntomas depresivos graves.

Respecto al cuestionario de percepción de enfermedad B-IPQ, se obtuvo una media de 5,71 ($DT = 1,75$). En este cuestionario no se ha establecido punto de corte para pacientes con asma, sin embargo, cuanto más alta es la puntuación, siendo la máxima de 8, más percepción de enfermedad.

Resultados de la valoración grupal pre-post:

En ningún caso aparecen diferencias estadísticamente significativas en el número de sujetos que muestran puntuaciones por encima de los puntos de corte en la valoración pre-post. En el HAD (ítems de ansiedad): 19 de las 29 personas cumplen criterios de ansiedad en la valoración pre, mientras que 8/29 cumplen criterios en la valoración post. En el HAD (ítems de depresión): pre 7/29 y post 3/29. En el Nijmegen (síndrome de hiperventilación): pre 17/29 y post 15/29. Por último, en el ACT (control del asma): pre 18/29 y post 20/29.

Por otra parte, sí se observan diferencias estadísticamente significativas a los dos meses de la valoración pre grupo, mejorando las puntuaciones de ansiedad e hiperventilación (Tabla 4).

Tabla 4.

Resultados pre-post terapia grupal

	Pre	Post	p
	<i>M±DT</i>	<i>M±DT</i>	
1- HAD Depresión ≥11	9,21±5,45	7,1±4,5	.20
2- HAD Ansiedad ≥11	12,21±4,65	9,93±4,75	.000
3- AQLQ (Calidad de vida)	61,1±22,24	65,48±23,25	.1
4- Nijmegen ≥ 23 (Hiperventilación)	26,17±9,5	22,93±11,45	.039
5- ACT (Control del asma) ≤ 15	16,83±5,56	17,48±4,7	.34

* $p \leq .05$

Discusión

Nuestros principales resultados son que tras la intervención psicológica multicomponente grupal los pacientes mejoraron en ansiedad y en hiperventilación. Mientras que no se han percibido cambios tras la intervención psicológica en las variables depresión, control del asma y calidad de vida.

En la valoración inicial los pacientes obtuvieron puntuaciones altas en ansiedad, depresión y una alta percepción de enfermedad, lo que coincide con los estudios (Álvarez et

al., 2018), que muestran una mayor prevalencia de trastornos mentales en la población con asma, especialmente trastornos de ansiedad y depresión (Belloch, 2019).

Respecto a los resultados obtenidos en la valoración pre-post:

Los participantes mejoraron las puntuaciones en ansiedad, lo que coincide con el estudio de Sánchez y Moreno (2017) cuyo tratamiento se basaba en mindfulness y compasión, donde los participantes cumplían criterios de ansiedad en la valoración pre, disminuyendo de forma estadísticamente significativa tras la intervención a un nivel por debajo del punto de corte y manteniéndose a los 3 meses. También con la terapia cognitivo conductual se observa una disminución de la ansiedad en la revisión sistemática de Kew et al. (2016) y un mejor manejo de esta en el estudio experimental de Yorke et al. (2022).

Respecto al síndrome de hiperventilación comentar que las puntuaciones son altas superando el punto de corte, lo que coincidiría con estudios donde entre el 36% y 47,5% de los participantes cumplieron criterios de hiperventilación en el test de Nijmegen (Álvarez et al., 2018; Martínez-Moragón et al., 2005). Aunque no es comparable, en varios estudios se ve como tras la intervención psicológica mejora el flujo respiratorio máximo y la disnea (Díaz et al., 2020; Yorke et al., 2006).

Las puntuaciones en depresión disminuyeron, pero no de forma estadísticamente significativa. En la revisión sistemática de Kew et al. (2016) también se observa un ligero beneficio sobre la depresión sin llegar a ser significativo. Mientras que en la revisión sistemática de Yorke et al. (2006), no se ve una disminución en la depresión después de la terapia basada en relajación. Sin embargo, en el estudio de Díaz et al. (2020) tras aplicar una intervención cognitivo conductual a dos mujeres, se observó una disminución estadísticamente significativa. Tengamos en cuenta que podemos ver cómo estos resultados se producen sin que la media de las puntuaciones indique presencia de depresión, ya que está

por debajo del punto de corte, aunque en la valoración inicial realizada con el cuestionario BDI sí que había 18 pacientes (62%) en los que se daba la presencia de esta patología de forma moderada o grave.

En relación al control del asma, este no mejoró significativamente tras la intervención psicológica, coincidiendo con el estudio de Hiles et al. (2021) cuya intervención se basa en yoga y mindfulness, donde se ve un ligero aumento. A diferencia de los estudios que se han hecho hasta ahora basados en atención plena y compasión (Sánchez y Moreno, 2017) y terapia cognitivo conductual (Díaz et al., 2020; Kew et al., 2016; Yorke et al., 2022) donde sí se encuentra una mejoría en el control del asma.

En cuanto a la variable calidad de vida, tras la intervención se observa una ligera mejora, aunque no llega a ser estadísticamente significativo, lo que difiere de estudios de corte cognitivo conductual (Kew et al., 2016; Yorke et al., 2006; Yorke et al., 2022), basados en yoga y mindfulness (Hiles et al., 2021), y basados en mindfulness y compasión donde incluso se ve que la calidad de vida continúa aumentando durante el seguimiento (Sánchez y Moreno, 2017).

Hay que tener en cuenta, que los resultados obtenidos se tratan de resultados preliminares, ya que se está continuando la investigación aumentando la muestra y valorando la eficacia de la intervención con un seguimiento de los pacientes a los seis meses y al año.

Por último, señalar que el presente estudio tiene una serie de limitaciones. La muestra es pequeña ya que se trata de un estudio piloto que pertenece a un proyecto más amplio que todavía se está ejecutando. Además, hay una mayor proporción de mujeres que de hombres. Asimismo, se desconoce si la mejora en la sintomatología ansiosa pre-post se debe principalmente a la intervención, ya que hay un gran porcentaje de la muestra (51,7%) que toma ansiolíticos.

Un aspecto a señalar es que, aunque la muestra sea reducida, se trata de una muestra clínica difícil de conseguir, especialmente cuando se ha realizado la intervención en un periodo post-pandemia ya que los pacientes constituyen un grupo de riesgo de la covid-19, lo que dificulta el acceso a la muestra.

Conclusiones:

El presente estudio permite conocer las implicaciones de una intervención multicomponente grupal en pacientes con asma grave. De confirmarse los resultados en estudios experimentales con un mayor tamaño muestral, se debería trabajar sobre las variables donde se ven diferencias pre-post, es decir, sobre la ansiedad y el síndrome de hiperventilación.

Los síntomas psicológicos como ansiedad, depresión, negación de la enfermedad, estrés, desregulación emocional, etc. (Haro et al., 2006; Labor et al., 2018; Martínez-Rivera et al., 2011), son factores de riesgo y de mal pronóstico en las personas con asma, dándose estos síntomas en mayor proporción que en la población general (Belloch, 2019). La terapia psicológica puede mejorar el bienestar de los pacientes abordando aspectos psicológicos asociados (Kew et al., 2016). Por ello y por tratarse de una enfermedad prevalente, coincidimos con otros autores en que resulta necesario realizar más estudios orientados a valorar la aportación de las intervenciones psicológicas tanto individuales como grupales, complementarias a los abordajes médicos, pues ayudaría a mejorar la sintomatología asmática, la salud mental y el bienestar de los adultos con asma (Kew et al., 2016).

Como futuras líneas de investigación, sería interesante: 1) realizar más estudios experimentales con grupo control y muestra aleatorizada centrados en la intervención psicológica a adultos, pues la literatura es escasa. 2) Ampliar la muestra en dichos estudios,

ya que al contar con un mayor número de participantes, es posible que se observen más diferencias significativas tras la intervención.

Por último, cabe señalar la eficacia que ha mostrado la terapia online de corte cognitivo conductual en la reducción de síntomas (Amador, 2021) y la terapia online basada en mindfulness, donde se aprecia una reducción de los síntomas depresivos similar a la terapia convencional (Nieto et al., 2021).



Referencias

- Alonso, J., De Jonge, P., Lim, C. C., Aguilar-Gaxiola, S., Bruffaerts, R., Caldas-de-Almeida, J. M. & AlHamzawi, A. O. (2014). Association between mental disorders and subsequent adult onset asthma. *Journal of Psychiatric Research*, 59, 179-188.
- Álvarez, F. J., Ruiz, A., Romero, A., Paredes, A. P., Ferrer, M., Medina, J. F. (2018). Análisis de factores psicológicos en pacientes con asma grave (estudio psicoasma). *Revista Española de Patología Torácica*, 30(3) 163-169.
- Amador, O. A., Trejos-Gil, C. A., Castro-Escobar, H. Y., & Angulo, E. J. (2021). Psicoterapia online en tiempos de pandemia. Intervención cognitivo-conductual en pacientes colombianos con depresión. *Revista de ciencias sociales*, 27(4), 49-60.
- Andrade, D. C., Espinoza, J. M., Hurtado, F. M., & Robalino, D. I. (2021). Psicoterapia Online: Aplicación desde una perspectiva cognitivo-conductual. *Revista Científica*, 6(22), 56–77. <https://doi.org/10.29394/Scientific.issn.2542-2987.2021.6.22.3.56-77>
- Barría, P., Holguin, F. & Wenzel, S. (2015). Asma severa en adultos: enfoque diagnóstico y tratamiento. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 26(3), 267–275.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864015000619>
- Belloch, A. (2019). Problemas psicológicos y asma. *Revista de Asma*, 3(3), 75-81.
- Bellón, J. A., Delgado, A., Luna, J. D., & Lardelli, P. (1996). Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. *Atención Primaria. Atención Primaria*, 18(6), 289-296. <https://www.elsevier.es/en-revista-atencion-primaria-27-articulo-validez-fiabilidad-del-cuestionario-funcion-14357>
- Bellón, J. A., Delgado, A., Luna, J. & Lardelli, P. (1996). Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Aten Primaria*, 18, 153-63.

Brotons, B., Pérez, J. A., Sánchez-Toril, F., Soriano, S., Hernández, J. & Belenguer, J. L. (1994).

Prevalencia de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y del asma. Estudio transversal. *Archivos de Bronconeumología*, 30(3), 149–152.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0300289615311091>

Buela-Casal, G., Guillén-Riquelme, A. & Seisdedos, N. (2015). Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo. *TEA Ediciones*.

Chung, K. F., Wenzel, S. E., Brozek, J. L., Bush, A., Castro, M., Sterk, P. J., Adcock, I. M., Bateman, E. D., Bel, E. H., Bleecker, E. R., Boulet, L. P., Brightling, C., Chanez, P., Dahlen, S. E., Djukanovic, R., Frey, U., Gaga, M., Gibson, P., Hamid, Q. & Teague, W. G. (2014, 1 febrero). International ERS/ATS guidelines on definition, evaluation and treatment of severe asthma. *European Respiratory Society*.

<https://erj.ersjournals.com/content/43/2/343>

Cisneros, C., Díaz-Campos, R. M., Marina, N., Melero, C., Padilla, A., Pascual, S. & Trisán, A. (2017). Accreditation of specialized asthma units for adults in Spain: an applicable experience for the management of difficult-to-control asthma. *Journal of Asthma and Allergy*, 10, 163-169.

Colombo, D., Zagni, E., Ferri, F. & Canonica, G. W. (2019). Gender differences in asthma perception and its impact on quality of life: a post hoc analysis of the PROXIMA (Patient Reported Outcomes and Xolair In the Management of Asthma) study. *Allergy, Asthma & Clinical Immunology*, 15(1),1-10.

Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. (s.f). Evaluación del inventario BDI-II.

Dafauce, L., Romero, D., Carpio, C., Barga, P., Quirce, S., Villasante, C., ... y Álvarez-Sala, R. (2021). Psycho-demographic profile in severe asthma and effect of emotional mood

disorders and hyperventilation syndrome on quality of life. *BMC Psychology*, 9(1), 1-15.

Díaz, C. G., González-Celis, A. L., Cruz, M. J., Mendoza, V. A., Reyes-Jarquín, K., Bautista-Díaz, M. L. (2020). Efectos de una intervención cognitivo conductual para mujeres con síntomas de depresión y asma no controlada. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 10(2).

Douwes, J., Brooks, C., y Pearce, N. (2011). Asthma nervosa: old concept, new insights. *European Respiratory Journal*, 37, 986-990. DOI: 10.1183/09031936.00018511

Fasciglione, M. P., & Castañeiras, C. E. (2015). PIPS-A: Un programa de intervención psicosocial protocolizado para pacientes con asma bronquial. *Repositorio institucional de la UNLP*. <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/47913>

Global Initiative for Asthma. (2021). *Global Strategy for Asthma Management and Prevention*. <https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2021/05/GINA-Main-Report-2021-V2-WMS.pdf>

Global Initiative for Asthma. (2022, 20 julio). *2022 GINA Main Report*. Global Initiative for Asthma - GINA. <https://ginasthma.org/gina-reports/>

Global Strategy for Asthma Management and Prevention, Global Initiative for Asthma (GINA). (2019). Disponible en: <http://www.ginasthma.org>.

Guillén-Riquelme, A. (2014). Validación de la adaptación española del State-Trait Anxiety Inventory en diferentes muestras españolas. Granada: Universidad de Granada, 2014. 254 p.

Haro, J. M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., ... y Alonso, J. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina Clínica*, 126(12), 445-451.

- Hiles, S. A., Urroz, P. D., Gibson, P. G., Bogdanovs, A. & McDonald, V. M. (2021). A feasibility randomised controlled trial of Novel Activity Management in severe Asthma-Tailored Exercise (NAMASTE): yoga and mindfulness. *BMC Pulm Med*, 21(71). <https://doi.org/10.1186/s12890-021-01436-3>
- Juniper, E. F., Buist, A. S., Cox, F. M., Ferrie, P. J. & King, D. R. (1999). Validation of a Standardized Version of the Asthma Quality of Life Questionnaire. *Chest*, 115(5), 1265–1270. doi:10.1378/chest.115.5.1265
- Kew, K. M., Nashed, M., Dulay, V. & Yorke, J. (2016). Cognitive behavioural therapy (CBT) for adults and adolescents with asthma. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (9).
- Labor, M., Labor, S., Jurić, I., Fijačko, V., Grle, S. P. & Plavec, D. (2018). Mood disorders in adult asthma phenotypes. *Journal of Asthma*, 55(1), 57-65.
- Larach, V., Cruz, C., López-Mateo, P. & Varela, L. (2017). Validación de la Encuesta de Percepción de Enfermedad Revisada (Illness Perception Questionnaire) entre pacientes con patologías crónicas médicas y psiquiátricas. *Psiquiatría y salud mental*, 3, 168-178.
- Martínez, F. (1996). Adaptación española de la escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20). *Clínica y Salud*, 7(1). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8344116>
- Martínez-Moragón, E., Perpiña, M., Belloch, A. & de Diego, A. (2005). Prevalencia del síndrome de hiperventilación en pacientes tratados por asma en una consulta de neumología. *Arch Bronconeumol*, 41(5), 267–71
- Martínez-Rivera, C., del Carmen Vennera, M., Cañete, C., Bardagí, S. & Picado, C. (2011). Perfil psicológico de los pacientes con asma bronquial y disnea funcional: comparación con población no asmática e impacto sobre la enfermedad. *Archivos de Bronconeumología*, 47(2), 73-78.

- McCallister, J. W., Holbrook, J. T., Wei, C. Y., Parsons, J. P., Benninger, C. G., Dixon, A. E. & American Lung Association Asthma Clinical Research Centers. (2013). Sex differences in asthma symptom profiles and control in the American Lung Association Asthma Clinical Research Centers. *Respiratory Medicine*, *107*(10), 1491-1500.
- Nieto, J., Arribas, B., & Cataluña, D. (2021). Eficacia de una Intervención Online Basada en Mindfulness Frente al Tratamiento Psicológico Habitual para la Reducción de Síntomas de Ansiedad y Depresión. *Revista de Psicoterapia*, *32*(120), 37–54.
<https://doi.org/10.33898/rdp.v32i120.992>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Asma*. Organización Mundial de la Salud.
- Páez, D., Martínez-Sánchez, F., Velasco, C., Mayordomo, S., Fernández, I., & Blanco, A. (1999) Validez psicométrica de la escala de alexitimia de Toronto (TAS-20): Un estudio transcultural. *Boletín de Psicología*, *63*, 55-76.
- Perpiñá, M., Gómez-Bastero, A., Tristán, A., Martínez-Moragón, E., Álvarez-Gutiérrez, F. J., Urrutia, I. & Blanco-Aparicio, M. (2021). Expert consensus recommendations for the management of asthma in older adults. *Medicina Clínica*, *159*(53).
- Rodríguez-Marín, J., Couceiro, S. & Van-der Hofstadt, C. J. (2021). *Intervención psicológica grupal en dolor crónico*. Pirámide.
- Romeo, M. (2014). Adaptation and validation of the Spanish Versión of the «Survey Work-Home Interaction - NijmeGen» (SWING) to Spanish speaking countries. *Anal. Psicol*, *30*(1): 287-293. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.1.148291>
- Sánchez, E. M. & Moreno, A. (2017). Efectos del tratamiento de atención plena y compasión sobre ansiedad, calidad de vida y asma. *Psicología y Salud*, *27*(2), 167–178.
- Sanjuas, C., Alonso, J., Sanchis, J., Casan, P., Broquetas, J. M., Ferrie, P. J., Juniper, E. F. & Anto, J. M. (1995). The quality-of-life questionnaire with asthma patients: the

Spanish version of the Asthma Quality of Life Questionnaire. *Arch Bronconeumol*, 31, 219-26.

Sanz, J. & Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del inventario para la depresión de Beck. *Psicothema*, 10(2), 303–318.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2013628>

Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica SEPAR. (2020). GEMA 5.0. Guía española para el manejo del asma. Madrid. ISBN: 978-84-17372-97-2.

Sommaruga, M., Spanevello, A., Migliori, G. B., Neri, M., Callegari, S. & Majani, G. (1995).

The effects of a cognitive behavioural intervention in asthmatic patients. *Mondali Archives of Chest Diseases*, 50(5), 398-402.

Suarez, M. A. & Alcalá, M. (2014). Apgar familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. *Rev Med La Paz*, 20(1).

Yorke, J., Adair, P., Doyle, A-M., Dubrow-Marshall, L., Fleming, S., Holmes, L. & Shuldham, C.

(2017). A randomised controlled feasibility trial of Group Cognitive Behavioural Therapy for people with severe asthma. *Journal of Asthma*, 54(5), 543-554.

<https://doi.org/10.1080/02770903.2016.1229335>

Yorke, J., Fleming, S. L., Shuldham, C. (2006). Psychological interventions for adults with asthma (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1. DOI:

10.1002/14651858.CD002982.pub3.

Zein, J. G. & Erzurum, S. C. (2015). Asthma is different in women. *Current Allergy and Asthma Reports*, 15(6), 1-10.

Anexos

Código de la oficina de Investigación Responsable: 221025100433

Anexo I – Autorización del Comité de Ética



COMITÉ DE ÉTICA PARA LA INVESTIGACIÓN CON MEDICAMENTOS DEL DEPARTAMENTO DE SALUD DE ALICANTE - HOSPITAL GENERAL

C/. Pintor Baeza, 12 – 03010 Alicante

<http://www.dep19.san>

.gva.esTeléfono:

965-913-921

Correo electrónico: ceim_hgua@gva.es

Ref. CEIm: PI2021-161 - Ref. ISABIAL: 2021-0435

INFORME DEL COMITE DE ETICA PARA LA INVESTIGACION CON MEDICAMENTOS

Reunidos los miembros del Comité de Ética para la Investigación con medicamentos del Departamento de Salud de Alicante – Hospital General, en su sesión del día 26 de enero de 2022 (Acta 2022- 01), y una vez estudiada la documentación presentada por la **Dra. Cleofé Fernández Aracil** del Servicio de Neumología del Hospital General Universitario de Alicante, tiene bien a informar que el proyecto de investigación titulado **“Utilidad de la intervención psicológica en la Unidad de Asma Grave”**, se ajusta a las normas deontológicas establecidas para tales casos.

Y para que conste a los efectos oportunos, firmo la presente en Alicante con fecha 28 de enero de 2022.

Firmado por Luis Manuel Hernandez Blasco
-21424371D el 31/01/2022 10:59:54

Fdo. Dr. Luis Manuel Hernández Blasco
Secretario Técnico CEIm Departamento
deSalud de Alicante – Hospital General

CSV:PVCKF5IF:CK5T4XBS:JI1EVIXH **URL de validación:**<https://www.tramita.gva.es/csv-front/index.faces?cadena=PVCKF5IF:CK5T4XBS:JI1EVIXH>