

Isaías Vicente Lugo González & Yuma Yoaly Pérez Bautista

Intervención conductual para síntomas de depresión y ansiedad en un paciente con EPOC

Pensamiento Crítico. Revista de Investigación Multidisciplinaria
Año 3, No. 5, Julio - Diciembre, 2016, pp. 17 - 28.

Cómo citar este artículo: Lugo, I. V., & Perez, Y. Y. (2016). Intervención conductual para síntomas de depresión y ansiedad en un paciente con EPOC. *Pensamiento Crítico. Revista de Investigación Multidisciplinaria*, 5, 17-28.

Publicación editada por la UDF, Santa María. Cedro No. 16, Santa María la Ribera, C.P. 06400, Delegación Cuauhtémoc, Ciudad de México.



Excepto que se establezca de otra forma, el contenido de esta revista cuenta con una licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional.

Intervención conductual para síntomas de depresión y ansiedad en un paciente con EPOC

Behavioral intervention for symptoms of depression and anxiety in a patient with COPD

Isaías Vicente Lugo González*

Yuma Yoaly Pérez Bautista**

Programa de Maestría y Doctorado en Psicología. UNAM-FESI.

Resumen

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) se caracteriza por la presencia de síntomas como disnea, tos, opresión torácica y cansancio. La principal comorbilidad psicológica en la EPOC es la depresión, por lo que su tratamiento es de gran relevancia. El objetivo de este trabajo fue evaluar el efecto de una intervención conductual para disminuir la sintomatología de depresión y ansiedad, en un paciente con EPOC. Se desarrolló una intervención con base en la activación conductual, con una estructura preintervención, intervención, postintervención y seguimiento. Los resultados encontrados sugieren una disminución en la severidad de los síntomas de depresión (severa, moderada y leve) y ansiedad (moderada, leve y leve), así como en el número y satisfacción de actividades realizadas cotidianamente. Se concluye con base en los resultados obtenidos y en la literatura de investigación, que la activación conductual y la planeación de actividades son una estrategia de intervención funcional para el manejo de las principales comorbilidades psicológicas en la EPOC.

Palabras clave: Depresión, EPOC, activación conductual, planeación de actividades, evaluación conductual, diseño N=1.

Abstract

Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) is characterized by the presence of symptoms such as dyspnea, cough, chest tightness and tiredness. The main psychological comorbidity in COPD is depression, so its treatment is of great relevance. The objective of this study was evaluate the effect of a behavioral intervention to reduce the symptomatology of depression and anxiety in a patient with COPD. An intervention based on behavioral activation was developed, with a preintervention, intervention, postintervention and follow-up structure. The results suggest a decrease in the severity of the symptoms of depression (severe, moderate and mild) and anxiety (moderate, mild and mild), as well as in the number and satisfaction of daily activities. It is concluded from the results obtained and in the research literature that behavioral activation and activity scheduling are a functional intervention strategy for the management of the main psychological comorbidities in COPD.

Key words: Depression, COPD, behavioral activation, activity scheduling, behavioral assessment, N = 1 design.

* Doctorando en el Programa de Maestría y Doctorado en Psicología. UNAM-FESI. Contacto: isaiasvice@hotmail.com

**Doctorando en el Programa de Maestría y Doctorado en Psicología. UNAM-FESI. Contacto: yoaly_yu@hotmail.com

Introducción

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es un padecimiento respiratorio, prevenible y tratable, se caracteriza por la presencia de síntomas respiratorios como disnea, tos, opresión torácica y cansancio (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease [GOLD], 2017). La obstrucción del flujo aéreo es la principal característica de la EPOC y suele ser progresiva, acompañada de hiperreactividad bronquial y derivada de anormalidades causadas por la exposición a sustancias tóxicas. En este sentido, el consumo de tabaco, la calidad del ambiente, la hiperreactividad de la vía aérea y la genética son los factores de riesgo más importantes (GOLD, 2017; Fiel & Lynch, 2001).

La disnea es uno de los síntomas que trae más consecuencias a las personas con EPOC, ya que afectan su nivel funcional, condicionando la realización de actividades cotidianas, la evitación de las mismas e impactando de manera negativa en su estado de ánimo, relaciones sociales y calidad de vida. Esto trae como consecuencia un aumento en la probabilidad de dependencia, aislamiento social, incremento en los síntomas del padecimiento y riesgo de muerte (De Sousa, Cendon, Cavhalero, De Brito & Bogossian, 2003; GOLD, 2017; López, Pineda & Custardoy, 2007; Louie, 2004).

Las principales comorbilidades de tipo psicológico en la EPOC son depresión y ansiedad (GOLD, 2017; Maurer *et al.*, 2008; McCrone & Putnam-Casdorph, 2011), incluso se ha reportado que personas que padecen EPOC presentan niveles más elevados de depresión en comparación con enfermos de bronquiectasias, asma y sujetos sanos (Ryu, Chun, Lee & Chang, 2010).

Desde el marco de referencia de la *Medicina Conductual*, es necesario realizar intervenciones psicológicas como parte del tratamiento multidisciplinario en atención a las personas con EPOC y otras enfermedades respiratorias, esto, para cumplir los siguientes objetivos: 1) favorecer el control

de la enfermedad; 2) disminuir y manejar las consecuencias emocionales; y 3) impactar positivamente en la salud general y calidad de vida (DeGood, Crawford & Jongsma, 1999; GOLD, 2017; Yorke, Fleming & Shuldhan, 2007). Dichos objetivos se orientan en minimizar el impacto físico y emocional de la enfermedad, afrontar las dificultades del día a día y mejorar el control que se tiene del padecimiento (Lorig & Holman, 2003; McGowan, 2005), siempre haciendo énfasis en la necesidad de aprender y practicar habilidades orientadas a modificar comportamientos asociados a la enfermedad (Lugo, Reynoso & Fernández-Vega, 2016).

Evidencia de lo anterior es la disminución y el control de síntomas de depresión y ansiedad en las personas con EPOC que han recibido tratamiento con base en intervenciones cognitivo conductuales (Hynninen, Bjerke, Pallesen, Bakke, & Nordhus, 2010; von Leupoldt & Dahme, 2006). Dentro de estas intervenciones se incluye la activación conductual al ser uno de los tratamientos más efectivos para el manejo de la depresión. Una de las principales características esta intervención es la programación de actividades reforzantes destinadas al incremento en el contacto con actividades placenteras y que favorece el afrontamiento activo de situaciones de riesgo para los estados depresivos (Jacobson, Martell & Dimidjan, 2001; Kanter *et al.*, 2010; Lejuez, D. Hopko & S. Hopko, 2001; Martell, Dimidjan & Herman-Dunn, 2013).

Tomando como referencia lo descrito previamente se presenta un estudio de caso de un adulto mayor con EPOC, síntomas de depresión severos y con importantes limitaciones funcionales.

Ficha de identificación

Nombre: JCGG.

Edad: 67 años.

Escolaridad: Segundo año de primaria.

Ocupación: Desempleado.

Estado civil: Casado.

Originario: Guanajuato.

Residente: Estado de México.

Religión: Católica.

Diagnóstico médico: EPOC mixto.

Tratamiento médico: Combivent, Seretide Diskus y oxígeno por las noches.

Historia del problema

Enfermedad

En el año 2007 JCGG inicia con tos, expectoración y disnea. Posteriormente presentó sentimientos de tristeza, debido a los síntomas y el cansancio, limitaciones funcionales en casa y el trabajo, dependencia económica, aislamiento, sensación de aletargamiento, pensamientos con tendencia a lo negativo, insomnio e hipersomnia, irritabilidad y discusiones frecuentes con su esposa.

En el año 2011 continuó con los síntomas, por lo que se le diagnosticó obstrucción grave del flujo aéreo, fue canalizado al Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER). En el INER es valorado por Neumología quien diagnóstica EPOC Mixto y es enviado a la Clínica de EPOC para manejo.

Síntomas de depresión

Del año 2003 al año 2011 JCGG se enfrentó a diversos eventos aversivos, como la muerte de su mamá por diabetes, hermano por cirrosis, hermana por problemas del corazón y los pulmones, otra de sus hermanas por diabetes y uno de sus ahijados (éste último evento hizo que estuviera dos semanas en cama debido a su estado de ánimo).

Debido a los síntomas de la EPOC y las dificultades funcionales, durante varios meses no salió de su casa, dinámica a la que no estaba adaptado.

Durante varios años su esposa e hijo tuvieron una mala relación y debido a esto su hijo dejó la casa. La suma de estos eventos impactó de manera negativa en su estado de ánimo, Durante el 2012 se agudizó la sintomatología depresiva y las dificultades de la enfermedad.

Dinámica familiar

Se refiere una relación familiar normofuncional, sin embargo, en ocasiones hay discusiones de pareja debido a las limitaciones funcionales de JCGG. Respecto a la relación con su hijo es buena, no así de su hijo con su madre, situación que genera estrés familiar.

Motivo de consulta psicológica

Acude a consulta psicológica por decisión de su esposa, quien refirió *“No lo veo bien, está triste, luego se acuesta hasta tres días y no quiere salir”* (sic).

Por su parte JCGG refirió que *“en ocasiones tengo miedo de salir, me da por llorar mucho, me falta la respiración, me canso rápido y mejor me encierro”* (sic).

Evaluación

Evaluación Conductual: Se llevó a cabo por medio del Análisis Funcional de la Conducta y el modelo ABC (Kanfer & Saslow, 1965). El cuadro secuencial integrativo se muestra en la Tabla 1.

Evaluación de autoreporte.

JCGG respondió el Inventario de Depresión de Beck (IDB, Jurado *et al.*, 1998), el Inventario de Ansiedad de Beck (IAB; Robles, Varela & Jurado, 2001) y una Escala Visual Análoga del Estado de Ánimo (EVAEA; diseñada ad hoc para el caso) para la evaluación continua subjetiva de depresión y ansiedad.

Con base en la evaluación conductual y de autoreporte se determinaron las conductas problema sobre las cuales intervenir, se plantearon las metas y el objetivo del tratamiento psicológico por medio de dos técnicas de intervención psicológica.

Las conductas problema, la técnica de intervención y el establecimiento de metas se muestran en la Tabla 2.

Tabla 1. Cuadro secuencial integrativo de JCGG.

ANTECEDENTES	RESPUESTAS	CONSECUENCIAS
<p>HISTÓRICOS Mala relación entre su esposa e hijo Salida del hijo de casa Desempleo por enfermedad Dependencia económica de esposa Muerte de familiares Presiones observadas en la esposa y un desmayo Muerte de ahijado que lo hizo estar dos semanas en cama</p> <p>ACTUALES Cuando: se preocupa por su esposa, su esposa se retrasa en llegar a casa, se cansa, se queda solo en casa, experimenta síntomas de la EPOC, piensa en su condición de salud, y limitaciones</p>	<p>FISIOLÓGICAS: Dolor de cabeza, nuca y piernas, sensaciones físicas de ansiedad y exacerbación de síntomas de la EPOC</p> <p>COGNITIVOS: Pensamiento de tipo catastrófico y anticipatorio, por ejemplo: “me voy a morir”, “ya no puedo hacer nada”, “si yo pudiera hacer más cosas”, “ya no es lo mismo que antes”, “no tengo ganas de salir”, “y si le pasó algo malo a mi esposa” (sic JCGG).</p> <p>CONDUCTUALES: Llorar, quedarse en casa, quedarse sentado en el patio, acostarse, dormir, quedarse sentado cabizbajo, no bañarse.</p> <p>EMOCIONALES: Sentir miedo, irritabilidad y tristeza</p>	<p>INDIVIDUALES Estado de ánimo depresión, enojo e irritabilidad, aislamiento, Cansancio, quedarse más tiempo de lo acostumbrado en cama. Limitaciones de interacción social por el estado de ánimo, limitaciones funcionales y contacto limitado con situaciones de su interés (por ejemplo, platicar, ir a fiestas), poco interés por su aspecto y aseo.</p> <p>RESPUESTA DE LOS FAMILIARES Algunas veces le ponen más atención y lo tratan de “animar” (sic JCGG). En otras ocasiones se molestan con él.</p> <p>EXPECTATIVAS DE LA INTERVENCIÓN “Sentirme mejor, si no me voy a quedar más rápido” (sic JCGG).</p>
VARIABLES COMPLEMENTARIAS		
<p>Además de la EPOC padece diabetes tipo II aparentemente controlada. Con tendencia a afrontar los problemas centrado en la reducción de malestar emocional y evitación. Red de apoyo limitada, pero con una percepción positiva de la misma. Considera que es una persona noble, respetuosa, trabajadora y que sabe escuchar y ayudar. Por el contrario, considera que algo negativo en él es su carácter voluble.</p>		
<p style="text-align: center;">ANÁLISIS FUNCIONAL DE LA CONDUCTA</p> <p>JCGG se presenta a consulta psicológica debido a las repercusiones emocionales de su enfermedad. Lo cual se manifiesta a nivel fisiológico por dolores diversos, sensaciones de ansiedad y exacerbación de síntomas de la EPOC, a nivel cognitivo por pensamiento de tipo catastrófico y anticipatorio. A nivel conductual por llanto, limitaciones funcionales y conductuales en diversas formas de respuesta; y a nivel emocional por la experimentación de emociones negativas que le generan malestar (Ver RESPUESTAS). Estas manifestaciones conductuales se hacen altamente probables como resultado de la presencia de síntomas de la EPOC, limitaciones funcionales y al pensar en todas las repercusiones psicosociales que la ha traído la EPOC. Asimismo, estas situaciones se favorecieron por diversos eventos históricos que afectaron severamente el estado emocional de JCGG, así como su forma de afrontar las problemáticas cotidianas (Ver ANTECEDENTES). Lo anteriormente descrito ha traído como consecuencias estados prolongados de depresión, tendencia al aislamiento, y la puesta en marcha de conductas de evitación para el manejo momentáneo de los síntomas de la EPOC, los síntomas de depresión y ansiedad, lo que ha favorecido el incremento en el contacto con situaciones punitivas y un decremento constante del contacto con situaciones positivas para JCGG (Ver CONSECUENCIAS). Por lo tanto, dichas consecuencias refuerzan la presencia de alteraciones conductuales y emocionales, mismas que se han mantenido en el tiempo.</p>		

Fuente: Elaboración propia con base en la evaluación de JCGG.

Tabla 2. Lista de conductas problema, técnicas de intervención y metas del tratamiento.

Principales conductas problema	Técnicas de intervención	Establecimiento de metas
Síntomas de depresión Realización mínima de actividades Poco contacto social Pensamientos negativos y no funcionales Sintomatología de la enfermedad	Psicoeducación Activación conductual	Mejora en el estado de ánimo Incremento en el número de actividades Manejo de pensamientos no funcionales Aumento en el contacto social
Objetivo del tratamiento psicológico		
Evaluar el efecto de una intervención conductual para disminuir la sintomatología de depresión y ansiedad, aumentar el nivel de actividad funcional diario, manejo de síntomas de EPOC y el aumento en el contacto social, de JCGG		

Fuente: Elaboración propia con base en la evaluación de JCGG.

Para cumplir el objetivo de la intervención se planeó una intervención breve con una duración de tres meses, llevada a cabo en sesiones semanales de 90 minutos distribuidas de la siguiente manera: evaluación preintervención, intervención, evaluación postintervención y evaluación de seguimiento (un mes después de la postintervención).

Escenario

La intervención psicológica se llevó a cabo en el consultorio cero de psicología, en la clínica de asma del INER.

Procedimiento

Sesión 1 (evaluación preintervención): en esta sesión se llevó a cabo la entrevista de evaluación conductual para la realización del Análisis Funcional de la Conducta. Al finalizar la sesión se entregó los instrumentos de autoreporte IDB, IAB y la EVAEA para la evaluación complementaria.

Sesión 2 (evaluación preintervención): en esta sesión se calificaron los instrumentos de autoreporte identificando la severidad sugerida para depresión y ansiedad, así como el promedio semanal de estas variables en la EVAEA. Posteriormente se explicaron a JCGG y su esposa el Análisis Funcional de la Conducta, las características de la intervención y la pertinencia del empleo de la Activación Conductual y planeación de activi-

dades para el manejo de los síntomas de depresión y ansiedad. Finalmente se pidió un diario de actividades semanales para la siguiente sesión y el registro de la EVAEA. Las actividades y los contenidos de esta sesión se encuentran en la Tabla 3.

Sesión 3, (intervención): en esta sesión se revisó el diario de actividades, se realizó una lista de actividades reforzantes para programar (en conjunto con JCGG y su esposa), especificando la asesoría de su neumólogo para que identificase si existía alguna actividad prohibida para JCGG. Para finalizar la sesión, se realizó la primera programación de actividades y se le pidió el registro de la EVAEA. Las actividades y los contenidos de esta sesión de intervención se encuentran en la Tabla 3.

Sesión 4, 5 y 6 (intervención): en estas sesiones se realizaron los siguientes planes de actividades reforzantes, se evaluó la ejecución de las actividades programadas, su impacto en el estado de ánimo y en los síntomas de EPOC, se retroalimentó y reforzó continuamente a JCGG y su esposa. Además, se detectaron las actividades más reforzantes, con un mayor impacto en el estado de ánimo, el estado de salud y la funcionalidad de JCGG, para practicarlas durante la fase de seguimiento. Durante estas sesiones se monitoreó el estado de ánimo con la EVAEA. Las actividades y los contenidos de estas sesiones de intervención se encuentran en la Tabla 3.

Tabla 3. Registro general de actividades, actividades potenciales y limitaciones por estado de salud.

Lo que hago	¿Qué me gustaría hacer?	¿Qué me permiten hacer?	¿Qué no me permiten?
Levantarse Desayunar Regar plantas(3) Trabajar(1) Ver a nietos(1) Ver televisión Comer Salir al patio Salir a sentarse Limpiar cuarto(1) Lavar los trastes(1) Barrer(1) Bañarse(1) Dormir	Acudir al parque Nau- calli Bajar San Bartolo Ver a los nietos Bajar a la lechería Ir al Zócalo Ir con Don Chava Ir a ver a su ahijado Trabajar	Lo que pueda realizar	Actividades que impli- quen demasiado esfuer- zo

Fuente: Elaboración propia con base en la evaluación de JCGG.

Nota: los números entre paréntesis indican la frecuencia de la actividad durante una semana.

Sesión 7 (evaluación postintervención): en esta sesión se llevó a cabo una entrevista conductual final y JCGG respondió los instrumentos de autoreporte IDB e IAB. Finalmente se reforzó lo realizado durante la intervención y se instigó a continuar con la implementación de las actividades identificadas como más reforzantes.

Sesión 8 (seguimiento): en esta sesión se llevó a cabo una entrevista conductual final y JCGG respondió los instrumentos de autoreporte IDB e IAB. Para finalizar en su totalidad la intervención se reforzó nuevamente lo realizado durante la intervención y se instigó a continuar con la implementación de las actividades identificadas como más reforzantes para continuar con un estado emocional y físico funcional.

Con la información obtenida de los registros y las actividades potenciales, así como de las recomendaciones del neumólogo, se concluyó la necesidad de desarrollar una rutina, elegir un horario estable para levantarse, limitar el tiempo en cama y aumentar la frecuencia del aseo personal.

Resultados

Para la evaluación de la ejecución de los programas de actividades, se utilizó el autoreporte de

JCGG y el de su esposa. Los resultados de la planeación de actividades se muestran en la Tabla 4.

Para el análisis de los datos sobre depresión y ansiedad, se utilizó la prueba de no paramétrica de los Signos para determinar la significancia estadística de los cambios obtenidos entre la evaluación preintervención, evaluación postintervención y el seguimiento en los puntajes del IDB y el IAB. Esta prueba es recomendada emplearla para el análisis de datos en los Diseños N=1 (McGuigan, 1996), donde el sujeto funge como su propio control (Siegel & Castellan, 2014), como es el caso. Los resultados de ansiedad y depresión en los tres momentos de evaluación se muestran en la Figura 1.

Durante los tres meses de intervención se realizaron tres planes de actividades, para ello se tomó como base un registro desarrollado ad hoc para JCGG (ver Anexo), en donde se especificaban todas las características para una planeación funcional y programada. Se pidió que en palabras describiera el resultado de la realización de actividades planeadas y se especificara si se llevaba a cabo alguna otra actividad extra. De acuerdo a lo reportado, todas las actividades planeadas fueron reforzantes para JCGG, aunque, las actividades de

Tabla 4. Planeación de actividades para el manejo de los síntomas depresivos.

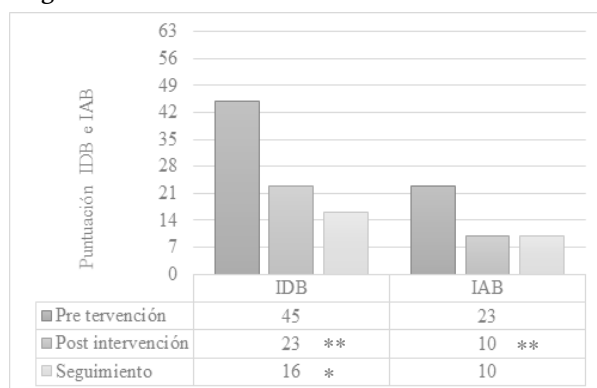
¿Qué haré al final?	¿Cómo me sentí al realizarlo?	Actividades extras
Primeras plan de actividades		
Bajar a la lechería Ver a los nietos Bajar a san Bartolo	Contento Contento Contento	Ir a misa en semana santa Trabajar
Segundo plan de actividades		
Ir al parque Naucalli	Contento	Ir a Chalma y a unas albercas de Malinalco Ir de visita con un amigo
Tercer plan de actividades		
Ir al Zócalo Trabajar Bajar a ver a Don Chava	Muy bien. Contento Muy bien, se sintió muy contento	

Fuente: Elaboración propia.

trabajo, salir de casa y de interacción social fueron las más reforzantes, lo que orientó las recomendaciones de actividades en el periodo posterior a la intervención psicológica.

Las actividades de trabajo estaban relacionadas con su ocupación y se recomendaron formas diferentes de cumplir sus objetivos en el trabajo, así como la necesidad de cambiar sus expectativas sobre su actividad funcional en el trabajo. En éste caso se optó por emplear y enseñar a un ayudante (“chalan”) para concluir acabados de construcción en casa.

Figura 1. Comparación de depresión y ansiedad entre la preintervención, postintervención y el seguimiento.



Nota: IDB: Inventario de Depresión de Beck. IAB: Inventario de Ansiedad de Beck.

*p= <.05,

**p= <.01 .

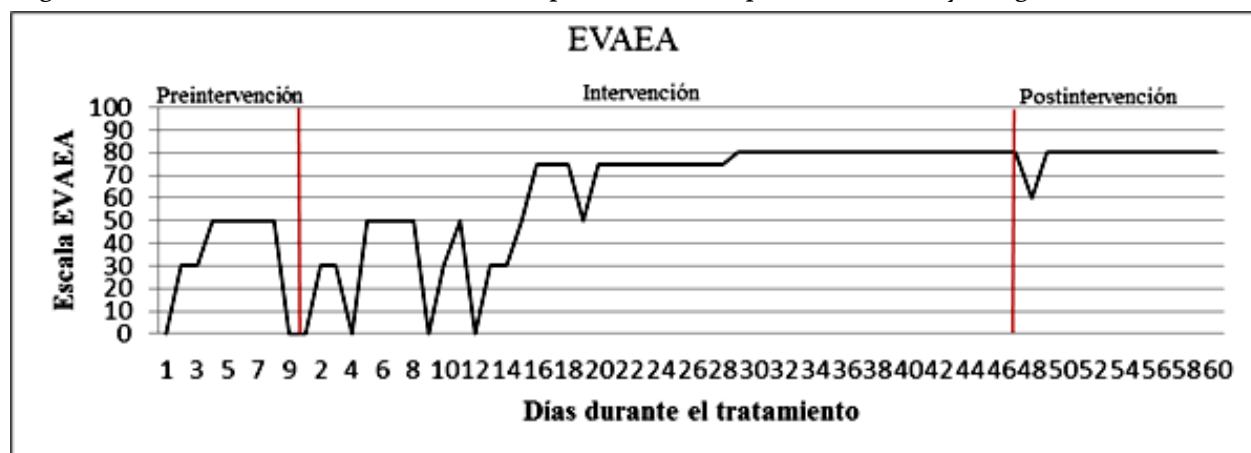
En relación a las actividades de salir de casa e interactuar socialmente, se optó por la planeación de los eventos, cambio de expectativas sobre el tiempo y velocidad de caminar, así como en el monitoreo constante de síntomas de EPOC para ayudar a regular la velocidad de caminar y el uso de medicamentos.

Los resultados observados en la Figura 1 muestran una disminución en los puntajes de depresión y ansiedad. En la evaluación preintervención JCGG puntuó para depresión severa y ansiedad moderada. Al finalizar la intervención, puntuó para depresión moderada y ansiedad leve. Finalmente, en el seguimiento puntuó para depresión leve y ansiedad leve.

En cuanto a la EVAEA durante la evaluación preintervención JCGG puntuó en promedio de 0-30 y entre 70-80 al finalizar la intervención. Algunos de los datos que se pudieron recopilar durante la evaluación preintervención, intervención y evaluación postintervención se muestran en la Figura 2.

Como se observa en las puntuaciones subjetivas sobre depresión, JCGG muestra variaciones durante la línea base y al inicio de la intervención, sin embargo, posteriormente las puntuaciones subjetivas se estabilizan y se mantienen entre 70 y 80 de la EVAEA.

Figura 2. Puntuaciones en la EVAEA durante la preintervención, postintervención y el seguimiento.



Nota: EVAEA: Escala visual análoga del Estado de Ánimo.

Cambios identificados por JCGG y su esposa.

Tanto JCGG como su esposa refirieron otros cambios identificados en su vida cotidiana, algunos de estos cambios fueron: mejoría notoria en el estado de ánimo, menor frecuencia de pensamientos negativos sobre sí mismo y sus limitaciones, menor irritabilidad, “cuando se siente un poco mal o se quiere clavar” (sic) inicia una actividad y previene sentirse triste, cambios en la relación de pareja, menor sensación de disnea y cansancio, realiza mayor número de actividades, se levanta más temprano y no pasa mucho tiempo en cama, tiende la cama, se le observa “motivado” (sic), aumento el número de veces que se baña (de tres a cinco por semana), habla con mayor frecuencia con sus vecinos y ellos han notado el cambio y se lo han mencionado.

Conclusión y discusión

En este trabajo se tuvo como propósito disminuir la sintomatología de depresión y ansiedad, aumentará el nivel de actividad funcional diario y el contacto social en JCGG, con los resultados expuestos se puede concluir que el objetivo se consiguió y que en concordancia con la literatura de investigación, los síntomas de depresión y ansiedad, son de las repercusiones psicológicas más frecuentes en personas con EPOC (McCrone & Putnam-Casadorph, 2011; Ryu *et al.*, 2010).

En este contexto, la activación conductual muestra evidencia de ser una intervención no farmacológica, ad hoc, para las personas con EPOC y síntomas depresivos, ya que estas, se ven expuestas a una baja tasa de refuerzo positivo y una alta tasa de castigo, respecto de sus conductas habituales (limitaciones, consecuencias negativas de su actividad y síntomas de EPOC), como resultado de esto, su patrón conductual habitual se ve disminuido, mismo que se ve favorecido por limitaciones sostenidas en el comportamiento, así como por el contexto de la persona (Lewinsohn, Gotlib & Hautzinger, 2007). Por lo tanto, objetivos generales para el manejo de síntomas de depresión serían: 1) favorecer las habilidades de autocontrol; 2) aumentar la tasa de reforzamiento positivo; y 3) favorecer las habilidades sociales/interpersonales y el contacto social (A. M. Nezu, C, M Nezu & Lombardo, 2006), esto mediado por la planeación de actividades y centrado en las actividades funcionales placenteras (Lewinsohn & Graf, 1973); objetivos que se cumplieron con JCGG.

Asimismo, la activación conductual ha sido probada para el manejo efectivo de síntomas depresivos en personas sin padecimientos crónicos (Barraca, 2010; Spates, Pagoto & Kalata, 2006), adultos mayores (Polenick & Flora, 2013) y control del consumo de tabaco (MacPherson *et al.*, 2010). De igual manera, la activación conductual

ha mostrado evidencia suficiente para el manejo de síntomas de depresión en personas con enfermedades crónicas, como por ejemplo: infarto al miocardio y EPOC (Gellis, Kenaley & Have, 2014) diabetes tipo II (Hardy *et al.*, 2015), fibromialgia (Lundervold, Talley & Buermann, 2008) y cáncer (R. C. Fernández, Villoria, G. P. Fernández & González, 2014; Hopko, Bell, Armento, Hunt & Lejuez, 2005); se espera que los próximos años exista más evidencia de la efectividad de la activación conductual en un número más amplio de padecimientos crónicos, ya que así lo pretenden trabajos de revisión actuales (Harris, Farrad & Dickens, 2013).

Dentro de las formas de evaluación realizadas, se optó por el uso de herramientas ampliamente recomendadas en el tratamiento de síntomas depresivos, desde la medicina conductual y la activación conductual, esto es, el uso del IDB como instrumento de autoreporte y el registro de actividades como medio de evaluación directo (McCrone & Putnam-Casdorph, 2011).

Es necesario resaltar que, en este caso, el manejo de los síntomas de depresión y ansiedad se realizó con base en las consecuencias emocionales, conductuales, sociales y de calidad de vida experimentadas por JCGG, mismas que, posteriormente, se transformaban en antecedentes o desencadenantes para la presencia y mantenimiento de problemas emocionales; en este sentido, el manejo de síntomas de depresión se centra en el comportamiento de la gente más que en el contenido de sus cogniciones (Barraca, 2016).

Por otro lado, la intervención conductual se apoya en la participación de los familiares como recurso de apoyo social que facilite el éxito de las intervenciones psicológicas en las enfermedades crónicas, siendo un factor fundamental para el manejo de estas enfermedades (Grau, 2016a; Grau, 2016b), haciendo extensivo el entrenamiento en el consultorio a los contextos familiares y sociales. En este mismo contexto el apoyo de los familiares resulta oportuno, aún con poco entre-

namiento en el análisis conductual, debido a la claridad en que se manejan los protocolos de aplicación y su relativa facilidad (Ekers, Richards, McMillan, Bland & Gilbody, 2011), en el presente caso, la participación de la esposa de JCGG resultó fundamental para el cumplimiento de los objetivos planteados.

Finalmente se requiere mencionar algunos factores que pudieron afectar el proceso de la intervención, por un lado, la queja principal fue referida por la esposa de JCGG, mismo que limitaba la disposición de él para acudir a sesiones de intervención. Este punto se resolvió llevando a cabo un rapport adecuado y empleando la parte psicoeducativa de la intervención funcionalmente la técnica de psicoeducación que favorece que el paciente se involucre de manera activa en el manejo de su padecimiento y consecuencias del mismo, brindando información sobre la enfermedad, la relación entre ésta, su conducta, pensamientos, emociones y la manera en cómo cada uno de estos aspectos interactúan entre sí. Además brinda opciones para el afrontamiento activo de la enfermedad y sus consecuencias (Bauml, Frobose, Kraemer, Rentrop, Ptschel-Walz, 2006; Grau, 2016a; Lugo *et al.*, 2016).

Por otro lado, se utilizó el IDB para evaluar los síntomas de depresión al ser uno de los instrumentos más empleados en población general y con enfermedades crónicas, sin embargo, la edad de JCGG, el nivel de estudios y la EPOC pueden afectar el estado cognitivo de los pacientes, lo que puede limitar su capacidad para comprender los reactivos de los instrumentos de evaluación (López, 2014; Ostrosky, López & Ardila, 1999), asimismo, autores como Acosta y García (2007) y Saavedra *et al.* (2016) sugieren la utilización de instrumentos diseñados especialmente para adultos mayores. Para este problema se tomó como base el análisis conductual y el reporte de la esposa de JCGG, mismos que mostraron indicadores asociados con síntomas importantes de depresión y pobre calidad de vida.

Referencias

- Acosta, Q. O., & García, F. R. (2013). Ansiedad y depresión en adultos mayores. *Psicología y Salud*, 17(2), 635-300. <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/714>
- Barraca, M. J. (2010). Aplicación de la Activación Conductual en un paciente con sintomatología depresiva. *Clínica y Salud*, 21(2), 183-197. DOI: 10.5093/cl2010v21n2a7
- Barraca, M. J. (2016). La Activación Conductual en la práctica: técnicas, organización de la intervención, dificultades y variantes. *Análisis y Modificación de Conducta*, 42(165-6), 15-33. <http://uhu.es/publicaciones/ojs/index.php/amc/article/view/2792>
- Bauml, J., Frobose, T., Kraemer, S., Rentrop, M., & Ptschel-Walz, G. (2006). Psychoeducation: A basic psychotherapeutic intervention for patients with schizophrenia and their families. *Schizophrenia Bulletin*, 32(1), 1-9. Doi: 10.1093/schbul/sbl017
- DeGood, D., Crawford, A., & Jongasma, A. (1999). Asthma. En: D. DeGood, A. Crawford, & A. Jongasma (Aut) *The behavioral medicine planner* (pp.29-36). EUA: John Wiley and Sons.
- De Sousa, C., Cendon, S., Cavhalero, L., de Brito, J., & Bogossian, M. (2003). Anxiety, depression and traits of personality in COPD patients. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4(1), 149-162. <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v4n1/v4n1a10.pdf>
- Ekers, D., Richards, D., McMillan, D., Bland, J. M., & Gilbody, S. (2011). Behavioural activation delivered by the non-specialist: phase II randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 198(1), 66-72. doi: 10.1192/bjp.bp.110.079111
- Fernández, R.C., Villoria F. G., Fernández, G. P., & González, F. S. (2014). Efectos de la activación conductual en la calidad de vida y estado emocional de los pacientes con cáncer de pulmón. *Psicooncología*, 11(2-3), 199-215. DOI: 10.5209/rev_PSIC.2014.v11.n2-3.47383
- Fiel, S., & Lynch, J. (2001). Enfermedad de las vías aéreas. En *MKSAP: Medicina pulmonar y cuidados intensivos* (pp. 11-66). México: Intersistemas.
- Gellis, Z. D., Kenaley, B. L., & Have, T. T. (2014). Integrated telehealth care for chronic illness and depression in geriatric home care patients: The integrated telehealth education and activation of mood (I-TEAM) Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 62(5), 889-895. DOI: 10.1111/jgs.12776
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. (2017). *Global strategy for the diagnosis, management and prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. Recuperado de: <http://goldcopd.org/gold-2017>
- Grau, A. J. A. (2016a). Factores psicosociales y enfermedades crónicas: El gran desafío. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 6(2), 103-112. <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rllmc/article/view/58079>
- Grau, A. J. A. (2016b). La evaluación y la intervención en las enfermedades crónicas: retos para la psicología. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 6(2), 103-112. <http://revistas.unam.mx/index.php/rllmc/article/view/58066>
- Hardy, S., Al Shamari, B. K., Al-Mutawa, M. N. Q., Mathias, J., Ekers, D., Gellatly, J., Figgins, N., & Gray, R. (2015). Can behavioural activation be used as an alternative treatment for subthreshold depression in type 2 diabetes?. *Mental health and family medicine*, 11(6), 49-52. www.mhfmjournal.com/
- Harris, S., Farrand, P., & Dickens, C. (2013). Behavioural activation interventions for depressed individuals with a chronic physical illness: a systematic review protocol. *Systematic reviews*, 2(1), 1-6. DOI: 10.1186/2046-4053-2-105
- Hopko, D. R., Armento, M. E. A., Hunt, M. K., Bell, J. L., & Lejuez, C. W. (2005). Behavior therapy for depressed cancer patients in primary care. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42(2), 236-243. DOI: 10.1037/0033-3204.42.2.236
- Hynninen, M., Bjerke, N., Pallesen, S., Bakke, P., & Nordhus, I. (2010). A randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy for anxiety and depression in COPD. *Respiratory Medicine*, 104, 986-994. DOI: 10.1016/j.rmed.2010.02.020
- Jacobson, N., Martell, C., & Dimidjian, S. (2001). Behavioral activation treatment for depression: Returning to contextual roots. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8(3), 255-270. DOI: 10.1093/clipsy.8.3.255

- Jurado, S., Villegas, M., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. & Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 21, 26-31. <http://biblat.unam.mx/es/revista/salud-mental/>
- Kanfer, F. H., & Saslow, G. (1965). Behavioral analysis: an alternative to diagnostic classification. *Archives of General Psychiatry*, 12, 529-538. PMID: 14286879.
- Kanter, J., Manos, R., Bowe, W., Baruch, D., Baruch, A., & Rusch, L. (2010). What is behavioral activation? A review of the empirical literature. *Clinical Psychology Review*, 30, 608-620. DOI: 10.1016/j.cpr.2010.04.001
- Lejuez, C., Hopko, D., & Hopko, S. (2001). A brief behavioral activation treatment for depression: Treatment manual. *Behavior Modification*, 25(2), 255-286.
- Lewinsohn, P.M., Gotlib, I. H., & Hautzinger, M. (2007). Tratamiento conductual de la depresión unipolar. En V. Caballo (Dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*, 493-542. España: Siglo XXI.
- Lewinsohn, P. M., & Graf, M. (1973). Pleasant activities and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41, 261-268. DOI: 10.1037/h0035142
- López, F., Pineda, M., & Custardoy, J. (2007). Ansiedad y depresión en la EPOC. *Revista Clínica Española*, 1, 53-57. <http://www.revclinesp.es/>
- López, T. I., Torres, S. I., Martín, A., Ortiz, R. A., Rodríguez, A. E., & Valenza, M. C. (2014). Deterioro cognitivo, estado nutricional y perfil clínico en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Nutrición Hospitalaria*, 30(5), 1152-1159. DOI: org/10.3305/nh.2014.30.5.7762
- Louie, S. (2004). The effects of guided imagery relaxation in people with COPD. *Occupational Therapy International*, 11(3), 145-159. PMID: 15297895
- Lugo, I., Reynoso, L., y Fernández-Vega, M. (2016). Efecto de una intervención cognitivo-conductual sobre ansiedad, depresión y severidad del asma en adultos. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*. 6(1), 23-32.
- Lundervold, D. A., Talley, C., & Buermann, M. (2008). Effect of behavioral activation treatment on chronic fibromyalgia pain: Replication and extension. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 4(6), 146. <http://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ803993.pdf>
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., & Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales: Un enfoque basado en problemas*. México: Manual Moderno.
- MacPherson, L., Tull, M. T., Matusiewicz, A. K., Rodman, S., Strong, D. R., Kahler, C. W., Hopko, D. R., Zvolensky, M., Brown, R. A., & Lejuez, C. W. (2010). Randomized controlled trial of behavioral activation smoking cessation treatment for smokers with elevated depressive symptoms. *Journal of consulting and clinical psychology*, 78(1), 55. DOI: 10.1037/a0017939
- Martell, C. R., Dimidjian, S., & Herman-Dunn, R. (2013). *Activación conductual para la depresión: Una guía clínica*. España: Desclée de Brouwer.
- Maurer, J., Rebbapragada, V., Borson, S., Goldstein, R., Kunik, M., Yohannes, M & Hanania, N. (2008). Anxiety and depression in COPD: Current understanding, unanswered questions, and research needs. *Chest*, 134, 43-56. DOI: 10.1378/chest.08-0342
- McGowan, P. (2005). Self-management: A background paper. Recuperado de http://telushealth.org/en/solutions/docs/Healthcare_self_management.pdf
- McGuigan, F. (1996). *Psicología experimental: Métodos de investigación*. México: Prentice-Hall Hispanoamericana.
- McCrone, S., M & Putnam-Casdorff, H. (2011). Psychological Co-morbidities of COPD. In S. Pagoto. *Psychological co-morbidities of physical illness: A behavioral medicine perspective*, 415-453. DOI 10.1007/978-1-4419-0029-6
- Ostrosky, S. F., López, A.G., & Ardila, A. (1999). Influencia de la edad y de la escolaridad en el examen del estado mental (Mini-Mental State Examination) en una población hispanohablante. *Salud Mental*, 22(3), 20-26.

- Polenick, C. A., & Flora, S. R. (2013). Behavioral activation for depression in older adults: Theoretical and practical considerations. *The Behavior Analyst*, 36(5), 35. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/>
- Ryu, Y., Chun, E., Lee, J., & Chang, J. (2010). Prevalence of depression and anxiety in outpatients with chronic airway lung disease. *The Korean Journal of Internal Medicine*, 25, (1), 95-57. DOI:10.3904/kjim.2010.25.1.51
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S., & Páez, F. (2001). Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 18(2), 211-218. www.redalyc.org/revista.0a?id=2430
- Saavedra, G. A. G., García de León, Á., Duarte, O. A., Bello, H. Y. E., & Infante, S. A. (2016). Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores de una unidad de medicina familiar de Guayalejo, Tamaulipas, México. *Atención Familiar*, 23(1), 24-28. DOI: org/10.1016/S1405-8871(16)30073-6
- Siegel, S., & Castellan, N. J. (2014). *Estadística no Paramétrica*. México: Editorial Trillas.
- Spates, C. R., Pagoto, S. L., & Kalata, A. (2006). A qualitative and quantitative review of behavioral activation treatment of major depressive disorder. *The behavior analyst today*, 7(4), 508-521. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/journals/557/>
- Von Leupoldt, A., & Dahme, B. (2006). Psychological aspects in the perception of dyspnea in obstructive pulmonary diseases. *Respiratory Medicine*, 101, 411-422. DOI: 10.1016/j.rmed.2006.06.011
- Yorke, J., Fleming, S., & Shuldham, C. (2007). Psychological interventions for adults with asthma: A systematic review. *Respiratory Medicine*, 101, 1-14. DOI: 10.1016/j.rmed.2006.04.003

Anexo. Haciendo mi plan de actividades.

ANEXO				
<i>Haciendo mi plan de actividades</i>				
¿Qué actividad quiero hacer?	¿Qué necesito?	¿Cuándo y cuánto tiempo durará?	¿La haré sola@ o acompañad@?	¿Cómo me sentí al realizarla de 0-100?