

Presencia de factores psicológicos en pacientes con asma bronquial

Juan Carlos Fernández Rodríguez

Bureau Veritas Centro Universitario

juan-carlos.fernandez@es.bureauveritas.com

Carmen González García

Bureau Veritas Centro Universitario

carmen.gonzalez@es.bureauveritas.com

Resumen

En la actualidad parece que existen ya suficientes datos empíricos para afirmar una mayor presencia de emoción negativa, problemas de conducta o restricción de enfermedades en los pacientes asmáticos. A pesar de ello, aun no conocemos la dirección exacta de la relación. En esta aportación se presentaran datos y estudios donde se comprueba la relación del asma bronquial con las emociones más estudiadas, la ansiedad, la ira y la depresión, así como con otros problemas de índole psicológica. Además, se analizaran los principales factores psicológicos que han estudiado la relación entre Psicología y asma bronquial, ampliando el campo de miras hacia la relación de este trastorno psicofisiológico con posibles trastornos del comportamiento, privación de actividades y las ineludibles repercusiones en la familia del enfermo asmático, con especial importancia en pacientes infantiles.

Palabras clave: asma, ansiedad, ira, depresión, factores psicológicos.

Introducción

El asma es un trastorno pulmonar, obstructivo y reversible, caracterizado por hiperreactividad de las vías respiratorias a una variedad de estímulos. Más concretamente, Cisneros, López, Ramírez y Almonacid (2009), definen el asma como una enfermedad originada por la existencia de una inflamación crónica de las vías aéreas, que se asocia a hiperrespuesta bronquial, y que cursa de forma característica con episodios de obstrucción bronquial reversible, con o sin tratamiento.

Para Agustí-Vidal y Monserrat (1984), toda definición del asma debe de incluir estas tres características:

1.- Hiperreactividad bronquial: aumento de la respuesta broncoconstrictora a una gran variedad de estímulos. Esta respuesta correlaciona con la sintomatología clínica del paciente siendo ésta mayor cuando existe un mayor grado de hiperreactividad y viceversa.

2.- Limitación del flujo aéreo: con las manifestaciones de disnea, tos y sibilancias.

3.- Reversibilidad: ya sea completa o parcial, a través de intervención terapéutica, o bien de carácter espontáneo.

Según Fernández (2012a), a nivel fisiológico, el asma es un trastorno predominantemente inflamatorio. Esto se ha demostrado gracias a dos tipos de estudios practicados en seres humanos. El primero de ellos se refiere al lavado broncoalveolar de los asmáticos, en él se han identificado mayor cantidad de células de tipo inflamatorio, que incluyen eosinófilos, macrófagos y linfocitos, que en los sujetos sanos. En segundo lugar están las biopsias de pulmón realizadas a sujetos normales y asmáticos, las realizadas a pacientes asmáticos muestran un mayor grosor de las vías respiratorias y del flujo de las células inflamatorias hacia el interior de los tejidos pulmonares.

El asma bronquial, en mayor o menor medida está presente en todos los países, con independencia del grado de desarrollo que se haya alcanzado, aunque el 80% de las

muerres por asma tienen lugar en países de ingresos bajos y medios-bajos. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), hay al menos unos 235 millones de pacientes con asma, de los cuales 255.000 fallecen a causa de esta enfermedad en el año 2005 (OMS, 2013). En países industrializados y a través de varios estudios se ha comprobado que la prevalencia del asma se está incrementando en aproximadamente un 5% al año, tanto en niños como en adultos jóvenes (Tattersfield, Knox, Britton y Hall, 2002).

De unos países a otros los datos presentan gran variación, así, se han encontrado diferencias tales como un 20% de prevalencia en Nueva Zelanda frente a un 3% en Japón), o el 20% de prevalencia entre la población infantil de las Islas Maldivas frente al 0,1% de la población infantil en una comunidad rural de Zimbawe (Lemanek, Trane y Weiner, 1997; Keeley, Neil y Gallivan, 1991; citados por Fernández, 2003).

Según Lezana y Arancibia (2006), en aquellos países latinoamericanos donde se ha realizado el ISAAC (proyecto mundial de investigación sobre la prevalencia y factores de riesgo asociados a asma y enfermedades alérgicas en la infancia), se observa que México, Chile y Argentina sitúan su prevalencia entre el 5-10%. Uruguay, Panamá y Paraguay entre el 15-20%. Por encima de este porcentaje aparecen Perú, Costa Rica y Brasil.

Asma y Factores psicológicos

El asma bronquial puede llegar a constituir un problema muy relevante en la vida de la paciente que sufre esta enfermedad, llegando en muchas ocasiones al punto de ocasionar serias restricciones en el estilo de vida de la persona. Esta situación se hace especialmente importante en la población infantil, ya que las restricciones pueden llegar a ocasionar deficiencias tanto a nivel académico como a nivel social, con las graves consecuencias que esas deficiencias pueden llegar a suponer en la edad infantil y respecto del futuro desarrollo del paciente.

En nuestros días se dispone de una gran cantidad de datos que explican o al menos matizan la relación que los factores psicológicos mantienen con la enfermedad física y la

salud en general. Las emociones, dentro de los factores psicológicos cobran gran importancia en la matización de la relación con la enfermedad, de hecho, cada vez son más los estudios que muestran cómo los factores emocionales están ligados a trastornos digestivos, vasculares, respiratorios y aquellos relacionados con un fallo del sistema inmunológico, como el cáncer o en gran medida el asma bronquial. Existe evidencia para afirmar que los factores psicosociales juegan un papel importante en la variabilidad de la enfermedad física, evolución, morbilidad y tratamiento (Castilblanco y Suarez, 2012).

Las variables psicológicas relacionadas con el asma bronquial, ya estén centradas el paciente o en su familia no deben de ser consideradas de forma aislada, especialmente en el caso de pacientes en edad infantil. Los factores psicológicos actúan a menudo según un modelo circular, afectando los problemas del paciente a la familia y los problemas de la familia al propio paciente, demostrándose una relación entre los procesos familiares y la sintomatología asmática en niños y adolescentes (Creer y Bender, 1995; Bender 2002).

Se hace necesario identificar no sólo los factores que afectan a la calidad de vida del paciente, sino que por añadidura se requiere identificar los factores que afectan a la calidad de vida de la familia, sólo de esta manera se pueden encarar la totalidad de los problemas, dentro de un abordaje más global de la enfermedad (Schulz, Dye, Jolicoeur, Cafferty y Watson, 1994; Fasciglione y Castañeiras, 2010).

A pesar de los adelantos en el tratamiento, se observa un control deficiente de la enfermedad. Martínez-Moragon (2010) señala un factor novedoso que se asocia en cuanto a un mal control de la enfermedad: la existencia de un evento estresante de forma reciente, siempre en base a la propia opinión del paciente. Cuando se produce ese evento estresante la probabilidad de que la enfermedad este controlada de forma deficiente asciende a más del doble.

A continuación se describen, para mayor claridad, las variables psicológicas relacionadas con el asma bronquial en el propio paciente y en la familia del paciente.

Ansiedad

La presencia de la ansiedad en los trastornos psicofisiológicos está bien demostrada en nuestros días, siendo la ansiedad uno de los posibles y más importantes factores explicativos de los trastornos psicofisiológicos (Cano, 2010). La ansiedad y el estrés son de igual forma un estímulo muy significativo en el asma bronquial, tanto en pacientes en edad adulta (Cano, Fernández y Spielberger, 2012; Fernández 2012a), como en niños y adolescentes (Butz y Alexander,1993).

La ansiedad se convierte en un factor muy relevante en el asma debido a dos características de la propia enfermedad. La primera de ellas se produce cuando el paciente en el desarrollo de una crisis (broncoconstricción) intenta compensar la dificultad respiratoria, en ese momento se produce en el individuo una alta activación emocional que puede desembocar en una hiperventilación, como consecuencia de todo ello se produce un aumento de la ansiedad por la imposibilidad de poder controlar la situación.

La segunda característica de la enfermedad que hace que la ansiedad se convierta en un aspecto intimamente ligado con la enfermedad es el carácter intermitente con que se presenta el asma bronquial, así como la gran variedad y número de estímulos que pueden hacer exacerbar las manifestaciones clínicas de la enfermedad. Esta intermitencia y la gran variedad de estímulos desencadenantes se traducen en imprevisibilidad, la cual se transforma en el sujeto en una gran actividad cognitiva en forma de creencias y expectativas sobre el trastorno, su aparición y sus consecuencias. Estas creencias y expectativas hacen que se genere una ansiedad crónica con la consecuente mayor activación fisiológica y mayor atención a los estímulos circundantes.

Igualmente, el uso de cierto tipo de medicación, como pueden ser los corticoides, antihistamínicos y broncodilatadores β -2 agonistas, podrían influir en el humor de los pacientes y producir un aumento de la ansiedad (Nascimento, Nardia, Valença, Dopesa Mezzasalmaa, Nascentes y Walter, 2002).

Parecen existir pruebas que implican una disfunción de los nervios autónomos que inervan el músculo liso de las vías respiratorias y de la vasculatura asociada como una causa importante de las vías respiratorias hiperreactividad en el asma (Canning, Woo y Mazzone, 2012).

Depresión

De igual forma, en el caso de la depresión se ha señalado una mayor presencia de este trastorno en los sujetos que sufren asma bronquial, tanto en niños (Nelms, 1989; Bahreinian, Pelota, Colman, Becker y Kozyrskyj, 2011); adolescentes (Naimi y Apter, 2010; Guglani, Havstad, Johnson, Qwnby y Joseph, 2012;) y adultos (Fernández, 2003).

En el caso de la depresión, la intermitencia del trastorno y la imprevisibilidad con la que se presentan los ataques vuelven a jugar un papel fundamental dando al sujeto una idea de incontrolabilidad e impredecibilidad de su situación, derivando en el paciente a una sensación de falta de control. Este estado podría ser congruente con el propuesto por la teoría de la “indefensión aprendida” (Seligman, 1975, 1981), lo que a su vez motivaría todos los rasgos depresivos que la teoría postula: apatía, falta de motivación, pasividad, etc. A todo ello hay que añadir la posible pérdida de reforzadores, cambio de trato al enfermo, etc.

Debido a las propias características de la depresión hay que señalar las importantes consecuencias que se pueden producir en el asma bronquial, como un pobre autocuidado o una gran indiferencia por parte del paciente ante la sintomatología asmática (Strunk, Mrazek, Wolfson y LaBrecque, 1987).

El depresivo puede llegar a padecer un estado en el que se produzca una alta activación del tono colinérgico, esta activación del tono colinérgico es coherente con las teorías que apoyan esa vía como la causa posible del agravamiento de la sintomatología asmática. La mediación colinérgica se puso de relieve por McFadden, Luparello, Lyons y

Bleecker (1969) al bloquear la repuesta de broncoconstricción como respuesta a la sugestión con la administración de atropina previa al experimento.

De esta forma, cualquier activación del tono colinérgico, ya sea inducido de forma farmacológica o por medio de estimulación vagal, representa un claro factor de riesgo en todos aquellos individuos que posean la enfermedad o que tengan predisposición a sufrirla. Miller (1987) hipotetiza que la depresión en los pacientes asmáticos puede llevar a un estado colinérgico, produciendo la consecuente exacerbación de la enfermedad. Para Miller (1987) tal asociación (depresión y asma bronquial) puede llegar a ser descrita como una “combinación mortal”.

Para Mrazek (1992) la presencia de un trastorno depresivo en un asmático severo se asocia con un curso tendente a una mayor gravedad en el asma y mayor mortalidad causada por ésta, siendo necesario en la intervención adjuntar las estrategias necesarias para minimizar los efectos de la emoción.

Ira

La ira es una emoción que ha despertado un gran interés entre los investigadores en los últimos años, demostrando gran utilidad en algunos trastornos psicofisiológicos en general (Cano, 2010), como en el asma en particular (Fernández, 1997; Cano y Fernández, 1999; Fernández, 2003; Cano, Fernández y Spielberger, 2012 y Fernández, 2012b).

La posible influencia de esta emoción puede producirse a nivel fisiológico por el aumento de activación del sistema nervioso autónomo. De hecho, la ira es una emoción única en cuanto a la función de movilizar y mantener la energía en niveles altos, no habiendo otras emociones que puedan igualar a la ira en cuanto al mantenimiento de altos niveles de actividad motora (Izard,1993).

La ira y la hostilidad implicarían sentimientos mientras que la agresión iría más allá, implicando comportamientos, aunque los tres conceptos se entremezclan constantemente. La hostilidad suele implicar sentimientos airados, y a su vez, conlleva

actitudes que motivan a la conducta agresiva, igualmente entre las formas de expresión de la ira se contemplan conductas agresivas hacia el entorno, tanto verbales como físicas.

La investigación en relación con la ira no es tan extensa y, quizás por ello menos fructífera, como lo es en el caso de la ansiedad, la mayoría de los estudios se refieren a conceptos relacionados con la ira como la hostilidad o la agresividad. También existen algunos estudios en los cuales se han hecho referencias a la ira al estudiar sugestión o arousal.

Privación de actividades

En primer lugar y por grupos de edad, las actividades que más comúnmente se dejan de realizar son aquellas que lógicamente se realizan de forma más frecuentemente, así, los niños, en primer lugar dejan de acudir a la escuela y entre los adultos se produce absentismo laboral.

Schiffer y Hunt (1963) comprobaron que el asma era el mayor factor relacionado con el absentismo escolar en menores de 17 años con desórdenes físicos de carácter crónico, con el paso de los años las cosas no han cambiado y el asma sigue siendo la causa responsable del mayor número de absentismo escolar entre las enfermedades crónicas (Gergen y Weiss, 1990; Drobic, 2006).

Una de las actividades que más comúnmente se reducen en el asma bronquial es la privación, incluso ausencia del ejercicio físico. Las causas que responden a esta privación no suelen obedecer al consejo médico y se deben más bien a una falta de conocimiento de los pacientes sobre la enfermedad y sobre los beneficios del deporte sobre la misma.

En el caso de los niños el problema adquiere un carácter de gravedad, puesto que los padres no sólo prohíben la práctica del deporte, sino que limitan todo tipo de actividad física o motora del niño, con lo que se limita en gran parte el adecuado desarrollo social y emocional del niño.

Existen numerosos programas de ejercicio físico para asmáticos, y con un adecuado seguimiento y cuidado, los asmáticos demuestran igual potencial hacia el deporte que sus iguales no asmáticos. Basten los datos ofrecidos por Pierson en el año 1988, donde pone de relieve los magníficos resultados obtenidos por asmáticos del equipo olímpico de Estados Unidos en la olimpiada de Los Angeles-84, éstos obtuvieron 15 medallas de oro, 21 de plata y 5 de bronce.

En el caso de la realización de ejercicio físico por parte de asmáticos sólo hay que tener en cuenta tres aspectos básicos:

1.- Elección adecuada del deporte, es altamente recomendable la natación, pues apenas se produce aparición de broncoespasmo durante la práctica de este deporte.

2.- Correcto precalentamiento.

3.- Uso correcto de la medicación, sobre todo de los fármacos preventivos antes de la práctica del ejercicio.

Weston, Macfarlane, y Hopkins (1989) encontraron en una muestra de 65 niños asmáticos, con edades comprendidas entre los 11 y 13 años, y en comparación con una muestra de 343 niños no asmáticos, mayor índice de ansiedad hacia el ejercicio físico entre los niños enfermos, aunque ambos grupos no diferían significativamente en cuanto a la práctica del ejercicio y auto-concepto físico, demostrando los niños asmáticos conductas y actitudes favorables respecto de la práctica del ejercicio físico y el deporte.

Trastornos del Comportamiento

Los trastornos del comportamiento han sido frecuentemente descritos en el asma bronquial, sobre todo en casos de asma infantil, siendo mayor el impacto social y personal de los trastornos cuanto mayor sea la gravedad del asma (Nocon y Booth,1991). Es importante analizar cómo se desenvuelve socialmente el niño y cómo interactúa con las

personas de su medio, ya que aquellos que padecen una enfermedad crónica, suelen tener problemas psicológicos, sociales, familiares y escolares (Oblitas, 2004).

Diversos estudios, han encontrado (Fernández, 2003) menor competencia social y un aumento de la agresividad en niños asmáticos, una elevación significativa de trastornos de comportamiento relativa a una dificultad para adaptarse a las normas sociales, menor autoestima, problemas de competencia social, problemas en la escuela. Por el contrario, también existen estudios que no encuentran diferencias significativas en cuanto a la agresividad entre niños asmáticos y niños sanos, incluso los niños asmáticos tenían menores índices de agresividad que niños con otras enfermedades crónicas.

Para Beneítez, Molina y Camps (2005), muchos adolescentes se muestran resentidos, frustrados y enojados al recibir un diagnóstico de asma bronquial. La falta de adherencia al tratamiento es más frecuente en adolescentes que en cualquier otro grupo de edad. La falta de adherencia al tratamiento puede ser no intencionado (olvido de tomas, no entender o no haber recibido de forma correcta la información debida sobre el tratamiento) o intencionado (negación de la necesidad de tratamiento, preocupación por los efectos secundarios, rechazo del consejo de una persona autoritaria). Los adolescentes niegan la severidad de sus síntomas y la necesidad de un tratamiento de forma regular. Demuestran preocupación sobre los posibles efectos secundarios que pueda producir la medicación, especialmente por los corticoides o piensan que la profilaxis es inefectiva por la inexistencia de un beneficio inmediato. Debido a todo ello, existe un alto nivel de morbi-mortalidad. No es sorprendente que las muertes por asma sean más frecuentes en adolescentes que en niños, llegando a estimarse la mortalidad del asma como 6 veces mayor en adolescentes de 15 a 19 años que en los niños de 5 a 9 años.

Sólo una educación sistemática y comprensiva hacia los pacientes asmáticos, sus padres y el personal escolar en general puede hacer que los niños asmáticos no sufran la reducción de actividades gratificantes, no tengan problemas con sus compañeros o impedir que arrastren otros lastres en su desarrollo futuro (Bender, 1995).

En adultos, y a un nivel más general de enfermos respiratorios, Ortiz, Abad y Morales (1993), en una muestra de 30 sujetos, todos ellos con al menos 11 años de patología respiratoria, encontraron que estos enfermos respiratorios crónicos (entre ellos asmáticos) tienen una pobre participación laboral y ocupacional, tienen un menor grado de implicación emocional en sus actividades, poseen una mayor percepción negativa del soporte social, tienen un alto grado de aislamiento social con un soporte social muy reducido, efectúan una mayor demanda de los servicios médicos que enfermos crónicos de otro tipo y poseen una fuerte convicción de enfermedad, convicción que les hace instalarse biográficamente en la enfermedad.

También se ha relacionado el asma con un déficit en la calidad del sueño, debido a la mayor predominancia del sistema nervioso parasimpático durante las horas nocturnas, horas donde existe una mayor probabilidad de broncoespasmo ya que hay una predominancia de esta rama del sistema nervioso durante la noche, observándose además una mayor prevalencia de pesadillas entre pacientes asmáticos y otros tipos de enfermos crónicos respiratorios (Wood, Bootzin, Quan y Klink, 1993), se ha informado de un mayor índice de sueños de contenido violento en los asmáticos (Levitan y Winkler, 1985), así como que los asmáticos mostraron un mayor riesgo de ronquido y más somnolencia excesiva diurna que los no asmáticos García, Fernández, Martínez, Franco y Pérez (2012).

Consecuencias en las Familias

Como se ha comentado más arriba, las variables psicológicas que se relacionan con la enfermedad no sólo se dejan sentir en el paciente, la familia participa de esos factores relacionados con el asma, llegando a ser un factor muy importante para lograr atajar todas las consecuencias del trastorno.

En general, los efectos disruptivos de la enfermedad producidos en la vida del paciente y la sensación de amenaza para su propia vida son las causas principales para que

puedan aparecer alteraciones psicosociales en el propio paciente y en sus familias (Vázquez y Buceta, 1994).

Diversos estudios (Fernández, 2012a) señalan que los aspectos disfuncionales que el trastorno puede originar en la familia son principalmente: ansiedad, sobreprotección, rasgos depresivos, culpa y hostilidad. La ansiedad y la depresión afectan a las familias con mecanismos parecidos a cómo lo hacen en los propios pacientes, existiendo una mayor presencia de estrés en padres de niños asmáticos en relación con padres de niños sanos, sobre todo en el caso de las madres.

Una de las consecuencias más graves de la enfermedad y que las familias ejercen sobre el enfermo es, sin duda, la sobreprotección. Las familias de los asmáticos (en general las familias de los niños) en un intento de prevenir las crisis prohíben y limitan la actividad de sus hijos. Los padres inadvertidamente refuerzan conductas inadecuadas en sus hijos el problema es que se genera un inadecuado desarrollo psicosocial del niño y un retraso en la adquisición de hábitos de autonomía, lo cual influye en posteriores actividades del niño, sobre todo en las actividades sociales, generando una excesiva dependencia del grupo familiar, cerrándose uno de los círculos que dificultan un desarrollo adecuado en la toma de las decisiones y el autocontrol.

La sobreprotección genera un modo desadaptativo de controlar la enfermedad, generando en la familia desacuerdos en cuanto a su tratamiento, ansiedad frente a la enfermedad y sacrificios de los miembros de la familia.

También existen estudios en los que no se encontraron datos que apoyen la tradicional permisividad de los padres de los niños asmáticos, no difiriendo los padres de los niños asmáticos de los niños del grupo control en cuanto a prácticas disciplinarias y situaciones particularmente estresoras (Fernández, 2012a).

La meta general de los padres hacia los niños asmáticos es que estos vivan libres de síntomas, libres de ataques severos y de los efectos adversos que puede producir el tratamiento medicamentoso. Desgraciadamente, en muchas ocasiones los padres tienen concepciones erróneas respecto de la enfermedad, pocos conocimientos sobre el

trastorno y su tratamiento, falta de habilidad para reconocer la severidad de los síntomas, condescendencia con el enfermo y un uso inadecuado de la medicación, por lo que la familia se convierte en muchas ocasiones en un factor que incrementa la morbilidad y mortalidad de los niños con asma (Schulz et al., 1994). Los padres pueden polarizar sus respuestas, siendo inefectivos (poco perceptivos) con los síntomas, dejando de esa manera que el niño empeore, no tomando las medidas adecuadas para evitar las crisis, o por otro lado, sobrestimando los síntomas, lo cual puede generar una hiperdependencia de los servicios sanitarios, o un mal empleo de fármacos. También se ha podido comprobar que una deficiente percepción de los síntomas lleva al abandono del tratamiento preventivo y al abuso de los medicamentos de rescate en episodios de crisis (Riveron, y Guzmán, 2011).

En general, se debe evitar no sólo un retraso escolar del niño sino que también se debe evitar que los niños sufran restricciones en su vida social. Con la renuncia a actividades infantiles y juveniles, como las deportivas, las excursiones y/o la falta a la escuela se dan muchas probabilidades para que el niño sufra déficit sociales que repercutan gravemente en su vida posterior. Con el consejo profesional y tomando las debidas precauciones, los niños y adolescentes asmáticos pueden realizar cualquier actividad que puedan realizar el resto de muchachos y muchachas de su edad y sin consecuencias negativas.

Mrazek y Klinnert (1992) identificaron una relación entre la salud psicológica de la familia y el asma de sus hijos. Localizaron a 150 niños nacidos en las familias con al menos un paciente asmático y estudiaron las características del funcionamiento familiar y riesgo de padecer asma. Los factores de riesgo fueron: problemas matrimoniales significativos, depresión persistente de la madre y problemas de los padres referentes al cuidado diario del bebé y cuidados posteriores del niño. Realizando un seguimiento de 3 años encontraron que con la presencia de un factor existía un riesgo de padecer asma del 17%, con dos o más factores el riesgo ascendía a un 42%. Es un claro ejemplo que el asma “no

sólo es una enfermedad del pecho, afecta a todo el individuo y la familia” (Aas, 1987, pag.195).

Conclusión

En definitiva, no sólo se ha de considerar el asma como un estricto problema biológico y por tanto sólo abordable desde la perspectiva médica. Hemos visto como los factores psicológicos se relacionan íntimamente con la enfermedad y con el individuo que la sufre, identificándose estos factores de forma clara hasta en los casos más extremos, los que podríamos creer más biológicos, los casos de muerte por asma. Un abordaje completo del asma ha de llevarse a cabo considerando los aspectos psicológicos, familiares y sociales del asmático.

Los factores de índole psicológica, juegan pueden jugar un importante papel en la patogenia y en la fisiopatología del asma, ya sea a través de mecanismos fisiológicos o de forma indirecta a través de diversos factores de estilo de vida, cogniciones, hábitos de salud, manejo de la enfermedad, etc. A día de hoy, los estudios no pueden demostrar la dirección de la relación, es decir, si la enfermedad produce unas determinadas características psicológicas o son precisamente los factores psicológicos los que determinan un posible curso en la enfermedad.

En los pacientes con asma, es necesario considerar que las variables psicológicas juegan un papel importante, por lo que de cara al tratamiento, se hace necesario adjuntar estrategias de intervención psicológica, no sólo en pacientes adultos, se deben incluir también a niños y adolescentes.

Bibliografía

- Aas, K. (1987). Societal implications of food allergy: Coping with atopic disease in children and adolescents. *Annals of Allergy*, 59, 195.
- Agustí-Vidal, A. y Monserrat, J.M. (1984). Asma bronquial. Madrid: Internacional de Ediciones y Publicaciones.
- Bahreinian, S.; Pelota, G.D.; Colman, I.; Becker, A.B. y Kozyrskyj, A.L. (2011). Depression Is More Common in Girls With Nonatopic Asthma. *Chest*, 140 (5), 1138-1145.
- Bender, B.G. (1995). Are asthmatic children educationally handicapped?. Special series: Cognitive and academic issues related to chronic illness. *School Psychology Quarterly*, 10, 274-291.
- Beneítez, A.M.; Molina, W. y Camps, T. (2005). Aspectos psicológicos del asma infantil. *Revista de Pediatría de Atención Primaria*, 7(Suplemento 2), 137-149.
- Butz, A.M. y Alexander, C. (1993). Anxiety in children with asthma. *Journal of Asthma*, 30, 199-209.
- Canning, B. J., Woo, A., & Mazzone, S. B. (2012). Neuronal modulation of airway and vascular tone and their influence on nonspecific airways responsiveness in asthma. *Journal of allergy*, 2012, 1-7.
- Cano, A. (2010). Ansiedad, estrés, emociones negativas y salud. *Crítica*, 60 (968), 12-16.
- Cano, A. y Fernández, J.C. (1999). Perfiles de ira y ansiedad en el asma bronquial. *Ansiedad y Estrés*, 5 (1), 25-35.

Cano, A.; Fernández, J.C. y Spielberger, C. (2012). The experience and expression of anger and

anxiety in bronchial asthma patients. *Ansiedad y Estrés*, 18 (2-3), 221-230.

Castilblanco, E. y Suarez, A. (2012). Introducción a la Psiconeuroinmología. Una aproximación holística de la salud. <http://hdl.handle.net/10818/1672>. Recuperado el 01-03-2013

Cisneros, C.; López, A.; Ramírez, M.T. y Almonacid, C (2009). Asma. En J. de Miguel y R. Álvarez Sala (Eds). Manual de Neumología Clínica. Madrid: Ergón.

Creer, T.L. (2002). Asthma. En A. Christensen (Ed.) *Chronic Physical Disorders* (pp. 244-254). Malden: Blackwell Publishers Ltd.

Creer, T.L. y Bender, B.G. (1995). Pediatric asthma. En M.C. Roberts (Ed), *Handbook of Pediatric Psychology* (pp. 219-240). New York: Guilford Press.

Drobnic, F. (2006). Detección del asma en la escuela. *Archivos de Bronconeumología*, 42 (11), 561-563.

Fasciglione, M.P. y Castañeiras, C.E. (2010). El componente educativo en el abordaje integral del asma bronquial. *Journal Brasileiro Pneumologia*, 36 (2), 252-9.

Fernández, J.C. (1997). Perfiles de ansiedad en asmáticos a través del I.S.R.A. *Boletín de la Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés*, 7, 12-22.

Fernández, J.C. (2003). Emociones y asma bronquial. Tesis Doctoral. Madrid: Servicio de Publicaciones de la Universidad Complutense de Madrid.

Fernández, J.C. (2012a). Asma bronquial y factores psicológicos, un estudio centrado en las emociones. Saarbrücken: Editorial Académica Española.

Fernández, J.C. (2012b). The experience and expression of anger and anxiety in bronchial asthma patients. *Anuario de Psicología*, 42 (2), 213-225.

García C.; Fernández; R., Martínez, D.; Franco, F. y Pérez, J. R. (2012). Adult asthma in Mexico City: a population-based study. *Salud Pública de México*, 54 (4), 425-432.

Gergen, P.J. y Weiss, K.B. (1990). Changing patterns of asthma hospitalizations among children: 1979 to 1987. *Journal of American Medical Association*, 264, 1688-1692.

Guglani, L.; Havstad, S. L.; Johnson, C.C.; Ownby, D. R. y Joseph, C. L. (2012). Effect of depressive symptoms on asthma intervention in urban teens. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*, 109, 237-242.

Izard, C.E. (1993). Organizational and motivacional functions of discrete emotions. En M. Lewis y J.M. Haviland (Eds.), *Handbook of Emotions* (pp.631-641). New York: Guilford Press.

Levitan, H. y Winkler, P. (1985). Agressive motifs in the dreams of psychosomatic and psychoneurotic patients. *Interfaces*, 12, 11-19.

Lezana, V., & Arancibia, J. C. (2006). Consideraciones epidemiológicas del asma en Latinoamérica. *Neumología Pediátrica*, 1(2), 45-48.

Martínez Moragón, E. (2010). Control del asma: un objetivo lejano. *Archivos de Bronconeumología*, 46 (7), 347-348.

- McFadenn, L.R.; Luparello, T.; Lyons, H.A. y Bleecker, F. (1969). The mechanism of action of suggestion in induction of acute asthma attacks. *Psychosomatic Medicine*, 31, 134-143.
- Miller, B.D. (1987). Depression asthma: A potentially lethal mixture. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 3, 481-486.
- Mrazek, D.A. (1992). Psychiatric complications of pediatric asthma. *Annals of Allergy*, 69, 285-290.
- Mrazek, D.A. y Klinnert, M.D. (1992). Can stress affect genes in vulnerable children?. Grant study of Asthma Risk Factors. *American Psychiatric association 145th Annual Meeting*. Washington D.C.
- Naimi, D.R. y Apter, A.J. (2010). Adolescents and asthma. In Health and Society (Ed.), *Asthma* (pp. 201-216). Springer: US.
- Nascimento, I.; Nardia, A.E.; Valença, A.M.; Dopesa, F.L.; Mezzasalmaa, M.A.; Nascentes, R. y Walter, A. (2002). Psychiatric disorders in asthmatics outpatients. *Psychiatry Research*, 110 (1), 73-80.
- Nelms, C. (1989). Emotional behaviors in chronically illness children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 17, 657-668.
- Nocon, A. y Booth, T. (1991). The social impact of asthma. *Family Practice*, 8, 37-41.
- Oblitas, L. (2004). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Thomson
- Organización Mundial de la Salud (2013). Enfermedades respiratorias crónicas. Recuperado el 03-05-2013. <http://www.who.int/respiratory/asthma/es/>
- Ortiz, M.; Abad, A. y Morales, A. (1993). Aspectos psicológicos del enfermo respiratorio. *Psiquis*, 14, 32-38

- Pierson, W.E. (1988). Bronchospasmo induced for exercise in the XXIII summer Olympic Plays. *Allergy Proceeding, vol.2*, Londres.
- Riveron, G. E. B. y Guzmán, M. O. (2011). Impacto del asma infantil en familias mexicanas: dos instrumentos para su evaluación. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala, 14* (4), 160-173.
- Schulz, R.M.; Dye, J.; Jolicoeur, L.; Cafferty, T. y Watson, M.S. (1994). Quality of life factors for parents of children with asthma. *Journal of Asthma, 31*, 209-219.
- Seligman, M.E.P. (1975). *Helplessness: On Depression, Development, and Death*. San Francisco: W.H. Freeman
- Seligman, M.E.P. (1981). *La indefensión*. Madrid: Debate.
- Schifer, C.G. y Hunt, E.P. (1963). *Illness among children. (Children's Buereau Publication nº405)*. Whashington D.C.: U.S. Government Printing Office.
- Strunk, R.C.; Mrazek, D.A.; Wolfson, G.S. y LaBrecque, J.F. (1985). Physiologic and psychological characteristics associated with deaths due to asthma in childhood: a case controlled study. *Jama, 254*, 1193-1198.
- Tattersfield, A.E.; Knox, A.J.; Britton, J.R. y Hall, I.P. (2002). Asthma. *Lancet, 360*, 1313-1322.
- Vázquez, M.I. y Buceta, J.M. (1994b). Tratamiento psicológico del asma infantil: diseño, evaluación y mejora de un programa de autocontrol. *Cuadernos de Medicina Psicosomática, 30*, 63-75
- Weston, A.; Macfarlane, D.J. y Hopkins, W.G. (1989). Physical activity of asthmatic and nonasthmatic children. *Journal of Asthma, 26*, 279-286.

Wood, J.M.; Bootzin, R.R.; Quan, S.F. y Klink, M.E. (1993). Prevalence of nighmares among patients with asthma and chronic obstructive airways disease. *Dreaming Journal of the Association for the Study of Dream*, 3, 231-241.