

PERSPECTIVAS PARA LA INVESTIGACIÓN PSICOLÓGICA DEL ASMA

Gina Chávez Ventura*

Universidad César Vallejo

RESUMEN

La presente revisión tiene como objetivo presentar el estado del arte de la enfermedad del asma desde una perspectiva psicológica, en relación a variables clínicas, de la psicología positiva y de interacción familiar, para orientar las futuras investigaciones.

Palabras claves: psicossomática, asma, investigación.

PERSPECTIVES FOR THE PSYCHOLOGICAL INVESTIGATION OF ASTHMA

ABSTRACT

This paper has as an objective to present the state of the art of asthma illness from a psychological perspective, in relation with clinical variables, from positive psychology and family interaction, to inform future investigations.

Keywords: psychosomatic, asthma, investigation.

PERSPECTIVAS PARA A INVESTIGAÇÃO PSICOLÓGICA DO ASMA

RESUMO

A presente avaliação tem como objetivo apresentar o estado do arte da doença do asma de uma perspectiva psicológica, em relação das variáveis clínicas, da psicologia positiva e da interação familiar, para orientar futuras pesquisas.

Palavras-chave: asma, psicossomática, pesquisa

*Correspondencia: gina.chavezv@hotmail.com

El asma es una enfermedad respiratoria primaria con diversos cambios inmunológicos y fisiopatológicos vegetativos, aunque tradicionalmente ha sido considerada como una enfermedad psicosomática (Levenson, 2006). Produce una importante carga social y económica, ausentismo escolar y laboral, limitación en las actividades físicas y una mayor utilización de los servicios de salud (World Health Organization, citado por García-Sancho, Fernández-Plata, Martínez-Briseño, Franco-Marina & Pérez-Padilla, 2012).

Según la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2011), más de 235 millones de personas en el mundo padecen de asma. Para el año 2025 habrá unos 100 millones de personas más con asma que hoy y, en la actualidad, en todo el planeta, una de cada 250 muertes son causadas por el asma (Global Initiative for Asthma [GINA], 2010).

El asma está presente en todos los países, independientemente de su grado de desarrollo; sin embargo, más del 80% de las muertes por asma ocurren en países de ingresos bajos y medio-bajos (OMS, 2012)

Según el reporte de Lezana y Arancibia (2006), el Perú -como los países industrializados- tiene una prevalencia alta de asma (22%) en comparación a los demás países latinoamericanos.

Las manifestaciones clínicas del asma son generalmente reversibles y se caracterizan, según GINA (2006) por períodos recurrentes de sibilancias, dificultad respiratoria, opresión torácica y tos, especialmente nocturna y en la madrugada. Al manifestarse físicamente, los especialistas utilizan exclusivamente el tratamiento médico para enfrentar las crisis, a pesar que la literatura reconoce la participación de los factores psicológicos en la génesis, incidencia y sintomatología de la enfermedad, así como su impacto en la familia.

Existen diversos modelos teóricos explicativos de la enfermedad asmática. El modelo salutogénico planteado por Antonovsky

(1987), citado por Aragao de Moraes (2008), enfatiza los factores saludables, a partir de la educación y autoeducación y se fundamenta en los recursos de resistencia y sentido de coherencia o sensibilidad del individuo para interpretar los desafíos positivamente.

El modelo psicoanalítico se basa en la hipótesis de un conflicto en relación a una dependencia inconsciente de la madre y miedo a la separación; sin embargo, como señalan Greenberg et al. citados por Levenson (2006), estos planteamientos carecen de evidencia empírica. Dentro de este modelo es posible ubicar las teorías señaladas por Machleidt et al. (2004): De conversión de Freud, de Desomatización y resomatización de Schur, de represión en dos fases, la hipótesis de esfericidad de Alexander y de estructura psicosomática (alexitimia) de Marty y colaboradores.

De otro lado, Machleidt et al. (2004) consideran tres teorías más:

La *teoría del aprendizaje* explica los trastornos psicosomáticos como comportamientos mal aprendidos, mediante mecanismos de condicionamiento clásico y operante.

La *teoría de estrés* de Selye, por la cual el asma - como trastorno psicosomático - viene a ser un síndrome de adaptación general, que incluye las siguientes fases: reacción de alarma, adaptación y resistencia y agotamiento. Este modelo, según Crespo y Labrador (2003, citado por Moreno, 2007) adolece de problemas, como no caracterizar el agente generador de estrés, apoyándose en definiciones circulares que solo consideran respuestas orgánicas, especialmente fisiológicas, olvidándose de otros componentes de la respuesta.

Finalmente, para la teoría familiar sistémica, el asma cumple una función protectora de la homeostasis familiar, al concebir a la familia como un sistema abierto en transformación.

Respecto a las investigaciones empíricas relacionadas al asma, se encuentran aquellas centradas en quien padece la enfermedad como

aquellas que involucran al sistema del que forma parte el paciente identificado: la familia.

El objetivo de la presente revisión es presentar el estado actual de la investigación psicológica respecto al asma, que posibilite servir de pauta a futuras investigaciones sobre esta línea.

INVESTIGACIONES CENTRADAS EN EL PACIENTE

Asma y edad

Durante la infancia el desarrollo de crisis asmática es más frecuente en los niños (Bazán, 2009; Barrantes, 2010; Hinojos et al., 2010; Organización Mundial de la Salud, 2011). El asma afecta al 30% de los niños y 10% de los adultos del mundo (World Health Organization, mayo 2011, citado por García-Sancho et al., 2012).

El curso del asma suele disminuir con la edad, sin embargo, es en la etapa de la adolescencia donde presenta mayores incidencias de morbi-mortalidad por incumplimiento del tratamiento (Benítez, Molina & Camps, 2005). Vidal, Ubilla & Duffau (2008) refieren que es preocupante que la mitad de los adolescentes de la Unidad de Enfermedades Respiratorias del Hospital del Río en Chile presentan un mal control de su enfermedad.

Asma y sexo

Las crisis asmáticas son más frecuentes en los niños varones (Arnedo et al., 2007; Barrantes, 2010; Hinojos et al., 2010) y en cambio en los adultos es más frecuente en mujeres (Melero, 2012), probablemente por tener una mejor respuesta clínica de los síntomas de agudización (Hinojos et al., 2010).

En comparación con los hombres, las mujeres de un Instituto de Costa Rica presentan una mayor prevalencia de asma y su calidad de vida se ve más afectada debido al asma. Además, sus niveles de sedentarismo son más altos. (Barrantes, 2010)

Las mujeres con asma entre 14 y 72 de Coruña (España) reportan mayores valores de

pánico miedo que los varones. (Gulías-Troitiño, Vázquez, Rodríguez & Juncal, 2002)

Asma y ansiedad

El estudio de revisión de Benítez et al. (2005) señala que un aspecto importante en el modo de afrontamiento de la enfermedad asmática es la valoración del pánico-miedo del paciente respecto al asma, ya que repercute en la adherencia al tratamiento y en la percepción de la intensidad de la propia sintomatología. Niveles altos o muy bajos de pánico – miedo están vinculados al incumplimiento de tratamiento, lo que afecta la recuperación de las crisis.

Definitivamente la ansiedad se presenta con mayor intensidad en quienes padecen asma que en individuos sanos. Ello se observa en personas entre 18 y 40 años con asma de Cali, Colombia (Copete, Jurado & Gómez, 2000), en adolescentes y adultos jóvenes (15-25 años) con asma de Tesalia, Grecia (Kotrotsiou et al., 2011), en adultos con asma de México con un promedio de edad de 34 años (Espinosa et al., 2006) en adolescentes y adultos entre 17 y 87 años de Chicama (Perú) en quienes incluso es más elevada la ansiedad rasgo que estado (Rodríguez & Yacarini, 2002).

La ansiedad altera la capacidad de detectar cambios en el grado de obstrucción respiratoria y el asma puede incrementar la ansiedad. Cogniciones disfuncionales (visión negativa del personal clínico y estigma psicológico) se relacionan con la sintomatología de pánico miedo en períodos de crisis y con la actitud negativa a la enfermedad y tratamiento en adolescentes y adultos con asma de Portugal (Soares de Matos & Cardoso, 2008). Sin embargo, la adecuada percepción de la disnea se fundamenta en aspectos como la experiencia previa y el aprendizaje (Martínez-Moragóna, Perpiñán & Belloch, 2006a). Cabe señalar que la mayoría de quienes son hiperperceptores de disnea –y que son pacientes más graves- se mantienen así con el paso de los años, lo cual está relacionado con su elevada ansiedad que no han logrado controlar. (Martínez-Moragóna et al., 2006b).

Si bien es cierto lo descrito hasta aquí permite afirmar que la ansiedad es una agravante de la enfermedad y se vincula a ella, como lo señalan Espinosa et al., 2006; estudios denotan que los trastornos de ansiedad no están asociados a la gravedad del asma. (Benítez, Molina & Camps, 2005; Meneses-Jácome et al., 2009); sin embargo, las personas con asma tienden a presentar creencias catastróficas (Levenson, 2006).

Asma y depresión

La depresión es frecuente en niños con asma. Los factores asociados son: actividad habitual restringida, medicación continua y la imprevisibilidad de las crisis asmáticas. (Benítez et al., 2005). También la depresión se manifiesta mayormente en quienes tienen asma que en quienes no la padecen. Ello se evidencia en el estudio en adolescentes y adultos jóvenes de Tesalia, Grecia (Kotrotsiou et al., 2011) y en adultos mexicanos (García-Sancho et al., 2012)

Espinosa et al. (2006) encontraron en adultos mexicanos que la depresión está vinculada a la severidad del asma y empeora su pronóstico. Así también lo reportaron Hassanzadeh, Akçakaya, Camcioglu, Çokugras y Aydogan (2003) en niños. De otro lado, Katz et al., (2010) hallaron en adultos de California (EEUU) que la baja percepción de control del asma predice la aparición de depresión en adultos con asma.

La depresión, en cualquier etapa de desarrollo de quien padece el asma, actúa como un agravante de la enfermedad, que complica su tratamiento y pronóstico.

Asma y problemas de conducta

De acuerdo a Benítez et al. (2005) los niños que presentan el inicio de la enfermedad a más temprana edad, tienen mayor porcentaje de alteraciones del comportamiento que aquellos niños con inicio más tarde de la enfermedad.

La familia en el intento de controlar la aparición de síntomas sobreprotege al paciente lo que disminuye la adquisición de su autonomía como la habilidad para establecer relaciones sociales, incrementando la dependencia hacia la familia. Así también el estrés parental y el

aislamiento social de los padres pueden exacerbar los síntomas y el resentimiento es preferible no expresarlo, apareciendo conductas desadaptativas y autoagresivas. Se va configurando una personalidad en el paciente con asma dominado por el miedo a la separación e inseguridad. Finalmente, señalan un conjunto de alteraciones que se encuentran vinculadas al asma: la ansiedad, la depresión y los trastornos del comportamiento (Benítez et al., 2005).

Asma, afrontamiento y estrés

Klinert et al. (2001) en un estudio prospectivo de cohortes sobre 150 niños con riesgo a desarrollar el asma, por tener a su madre con esa enfermedad, reportaron que el estrés no es importante en la génesis del asma durante la primera infancia cuando la paternidad es adecuada; sin embargo, cuando el riesgo parental es elevado o problemático, los acontecimientos críticos (psicosociales) interactúan con la predisposición biológica y dan origen temprano a la enfermedad.

Sakellariou y Papadopoulos (2008) refieren que el estrés puede afectar el asma mediante el aumento del riesgo de infecciones respiratorias y por tanto la eliminación o reducción de los factores de estrés puede contribuir al manejo del asma.

En lo que respecta al afrontamiento, Godoy y Moreno (2002) encontraron que en quienes padecen asma con edades comprendidas entre 24 y 55 años de Entre Ríos (Argentina), en un nivel intermitente a leve de la enfermedad, utilizan con más frecuencia la estrategia de afrontamiento de análisis lógico y redefinición cognitiva, a diferencia de quienes padecen asma moderada a severa, que emplean la descarga emocional y a la vez presentan mayor neuroticismo, ansiedad, impulsividad y depresión.

Asma y autoeficacia

La autoeficacia es definida como la percepción que tiene uno mismo respecto a considerarse capaz de realizar alguna acción (Bandura, 1997).

Un porcentaje importante de adolescentes

con asma no logra controlar su enfermedad, aun bajo la dirección del especialista. Inclusive, estudios realizados en adultos demuestran que entre 50% y 55% de quienes padecen asma y que son tratados por especialistas, no estarían alcanzando el control de la enfermedad. (Vidal, Ubilla & Duffau, 2008).

Morgado, Pires y Rosado (2000) encontraron una relación negativa entre el sentimiento de autoeficacia y la frecuencia de las crisis asmáticas en dos grupos etarios de niños.

Martínez-Rivera, Vennera, Cañete, Bardagí y Picado (2011) refieren que los asmáticos con disnea funcional (patrón respiratorio anómalo que el paciente refiere como falta de aire que se alivia con los suspiros, frecuentemente asociada a inquietud y malestar general) tienen de manera significativa más ansiedad, más alexitimia y peor control del asma.

La autoeficacia reporta una influencia importante en la calidad de vida en adolescentes chilenos que padecen también otras enfermedades como diabetes, fibrosis quística e insuficiencia renal (Avendaño & Barra, 2008).

La autoeficacia en el asma, según Scherer y Bruce (2001, citados por López, 2005), predice la hospitalización y adherencia al tratamiento.

Asma y calidad de vida

Lima, Guerra y Serra (2010) en un estudio en niños con asma entre 8 y 12 años de Porto (Portugal) encontraron que las dimensiones del temperamento (reactividad negativa o reacción negativa ante situaciones estresantes y la persistencia de tarea) así como la eficacia de afrontamiento y la autoestima se constituyen predictores de la calidad de vida percibida y del ajuste psicológico de niños con asma.

Bazán (2009), Vidal, Duffau y Ubilla (2007), por su parte, reportan como resultado de su estudio un alto porcentaje de niños con asma y sus cuidadores con alteraciones de la calidad de vida. La severidad y duración del asma no afecta significativamente al niño pero sí a su cuidador (Vidal, Duffau & Ubilla, 2007); sin embargo, Riosotalora y Suescún (2009) encontraron en

niños entre 7 y 17 años atendidos en un Instituto de Bogotá que, a mayor nivel de conocimientos de los cuidadores con respecto de la enfermedad del asma, mejores es el nivel de calidad de vida.

En concordancia con Benítez et al. (2005), el asma puede tener un impacto considerable en la familia y llegar a constituirse en el centro de su preocupación, cambiando la vida y conducta de sus integrantes.

A mayor edad en niños mexicanos, de acuerdo a Bazán (2009), hay una mejoría en la calidad de vida y una disminución del impacto familiar. Sin embargo, este hallazgo es diferente del reporte de García-Sancho et al. (2012) quienes refieren que en adultos mayores a 40 años, el asma impacta significativamente la calidad de vida, el estado de salud general y el sueño.

La calidad de vida se ve afectada por la presencia de la enfermedad. Su impacto se hace evidente en la familia cuando quien padece el asma es el niño; sin embargo, no se han encontrado reportes del impacto de la calidad de vida en la pareja, especialmente cuando la enfermedad aparece en la fase adulta.

Asma y uso del inhalador

Los antiasmáticos se pueden administrar por vías diferentes, como: inhalatoria, oral y parenteral (subcutánea, intramuscular o intravenosa), de las cuales la vía aérea puede alcanzar concentraciones elevadas del fármaco de manera más eficaz y rápida y minimiza o evita los efectos adversos sistémicos (World Health Organization, 2004). Por ello, quienes padecen asma llevan consigo su inhalador, que pueden usarlo en cualquier momento, ante cualquier desencadenante de la crisis. El no llevarlo consigo podría incrementar la ansiedad y precipitar una crisis; sin embargo, hacen falta estudios científicos que permitan ofrecer una perspectiva sistematizada al respecto.

Hasta el momento se han referido una serie de factores asociados al problema del asma, desde una perspectiva psicológica. Cabe agregar; sin embargo, lo señalado por Jaúregui y Tejedor

(2004) quienes refieren que existen factores psicosociales que pueden precipitar la mortalidad: baja adherencia al tratamiento, negación o escasa percepción de sintomatología, morbilidad psiquiátrica (ansiedad, depresión, pánico), consumo de sustancias, nivel socioeconómico bajo y factores de estrés psicosocial.

Pese a que las investigaciones hasta aquí mostradas vislumbran indirectamente la participación de la familia en el proceso de la enfermedad, seguidamente se presentará una descripción más amplia de su participación.

INVESTIGACIONES CENTRADAS EN LA FAMILIA

Las formulaciones teóricas del asma han sido enriquecidas por los aportes del enfoque familiar sistémico, especialmente de Salvador Minuchin (Argentina) y de Luigi Onnis (Italia). El primero describió las características del funcionamiento de familias psicósomáticas y el segundo profundizó su estudio y trabajó especialmente con familias de niños asmáticos. Así, quedaron tipificados cuatro modelos de pautas transaccionales disfuncionales: el aglutinamiento, la sobreprotección, la rigidez y la evitación de conflictos.

De acuerdo con Onnis y Ceberio (s.f.), estas familias se caracterizan por ser aglutinadas, es decir sus integrantes invaden entre sí sus espacios físicos y emocionales. Muestran sobreprotección mediante conducta solícita y de interés mutuo, en especial cuando se manifiesta la sintomatología del asma. Son rígidas al mostrar resistencia al cambio y se presentan como muy unidos y armoniosos. Así también evidencian un bajo grado de tolerancia hacia las tensiones conflictivas, que impide explicitar los desacuerdos y la posibilidad de definir claramente las relaciones, lo que ocurre en un consenso unánime de pseudoarmonía. A ello, agregan los autores, que en la historia de estas familias se han reportado eventos traumáticos de duelos precoces o no elaborados, abandonos y separaciones prematuras; en consecuencia, la preocupación

sobre la "pérdida" es inminente y se asocia a vivencias emocionales de intensa angustia.

Para Onnis y Ceberio, la configuración de estas formas de interacción familiar se refuerzan circularmente y giran en torno al síntoma, el que llega a desempeñar una función protectora de la homeostasis familiar. Estos procesos afectan la individuación y diferenciación de los miembros de la familia y con el mito de la unión familiar que hay que sostener a cualquier precio, se oculta el fantasma de la ruptura, con la amenaza de que la aparición de un conflicto disgregue a la familia en lugar de generar un salto evolutivo.

Los aportes teóricos de Onnis, que se desprenden de sus investigaciones desarrolladas en Roma, han sido corroborados en otros contextos. Así, Sarria, Mattiello y Fischer (2008) encontraron que las familias con niños asmáticos de Rio Grande do Sul, Brasil, presentan tendencia a los extremos de alta cohesión y rigidez en la dimensión de adaptabilidad familiar. De otro lado, en México, Vásquez-Nava, Santos-Díaz y Martínez- Burnes (2003) reportaron que personas de Tamaulipas-México, entre 30 y 50 años (100 con diagnóstico de asma, 100 diabéticos y 100 sanos) presentaron marcada disfunción familiar en las funciones de adaptación, participación, crecimiento y afectividad y que en más de la mitad de los casos, la pareja del enfermo no cumple funciones de comunicación, adjudicación de roles, satisfacción sexual, afecto y toma de decisiones. El estudio de Rodríguez-Orozco, Kanán, León, Barbosa y Tejeda (2008) en familias de niños con asma entre 6 y 12 años de Michoacán-México, confirman las pautas transaccionales ya estudiadas por Onnis.

En el contexto peruano, en Trujillo, Chávez y Garrido (1999) hallaron que las familias de niños asmáticos presentan mayor disfuncionalidad familiar que las familias de niños no asmáticos en las dimensiones de aglutinamiento, sobreprotección, rigidez y evitación de conflictos. Reportaron que conforme aumentaba el tiempo de diagnóstico del asma disminuía la disfuncionalidad familiar y además se apreció un incremento en la disfuncionalidad

familiar en la etapa de la pubertad. De otro lado, en el año 2009, Honorio y Rodríguez revelaron que el funcionamiento ante situaciones de crisis de las familias de niños asmáticos entre 2 y 12 años es mayor que las familias de niños que presentan infecciones respiratorias agudas, ello quiere decir que las familias asmáticas manejan la forma de afrontar las situaciones estresantes, con mayor búsqueda de apoyo social y capacidad de reestructuración que las familias de niños con infecciones respiratorias. Esta diferencia con otros hallazgos, puede radicar en el fenómeno de triangulación; es decir, de desvío del conflicto hacia la enfermedad del niño asmático y que las situaciones críticas hacen que articulen y propicien la búsqueda de soportes que cotidianamente no consideran.

Estos hallazgos dejan entrever caracterizaciones realizadas fundamentalmente a familias de niños asmáticos, sin embargo las familias con hijos adolescentes se encuentran ante una nueva etapa del ciclo evolutivo familiar que deben enfrentar. El enmarañamiento, la sobreprotección, la evitación de conflictos y la rigidez familiar pueden generar fricción con la búsqueda de una mayor individuación del adolescente y de pertenencia a su grupo de pares, propio de esta etapa evolutiva. Por otro lado, como ya se refirió, los adolescentes con asma son los que peor afrontan la enfermedad y presentan una mayor morbi-mortalidad.

CONSIDERACIONES FINALES

VARIABLES que han sido vinculadas al problema del asma en las investigaciones son con mayor frecuencia la ansiedad, depresión y problemas de comportamiento. También está asociada la autoeficacia y calidad de vida; sin embargo hace falta el estudio desde la perspectiva de otras variables de la Psicología Positiva como el humor, los afectos, el bienestar psicológico, la empatía, el afrontamiento, el perdón y la gratitud.

La enfermedad asmática tiene un considerable impacto en la calidad de vida de quien padece la enfermedad como de la familia y

va perfilando un conjunto de características, que no han sido identificadas con mayor precisión en los estudios, considerando el ciclo evolutivo vivenciado, como por ejemplo en la adolescencia o cuando la enfermedad tiene su inicio en la adultez. Hace falta, desde la perspectiva familiar, realizar estudios longitudinales que permitan detectar cambios en el ciclo evolutivo, sea de la familia de origen o de la familia constituida en el matrimonio o convivencia.

REFERENCIAS

- Aragao de Moraes, W. (2008). *Salutogénesis y antroposofía. Síntesis y traducción de un fragmento del capítulo 3 del libro "Medicina antroposófica: un paradigma para el siglo XXI*. Recuperado de <http://www.salutogenesis.com.ar/antroposofia.html>
- Arnedo, A., Bellido, J., Rosario, M., Artero, A., Campos, J-B., Museros, L., Puig-Barberà, J., Tosca, R. & Tornador-Gaya, E. (2007). Incidencia de asma y factores de riesgo en una cohorte de escolares desde los 6-7 años hasta los 14-15 años en Castellón, según el Estudio Internacional de Asma y Alergias en la Infancia (ISAAC). *Medicina clínica*, 129(5), 165-170
- Avendaño, M.J. & Barra, E. (2008). Autoeficacia, apoyo social y calidad de vida en adolescentes con enfermedades crónicas. *Ter Psicol*, 26(2), 165-172.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: thought control of action*. New York: Freeman.
- Bazán, G. (2009). *Evaluación del impacto familiar del asma bronquial infantil en población mexicana*. (Tesis doctoral). Universidad Autónoma de Barcelona, España. Recuperado de http://www.tesisenxarxa.net/TESIS_UAB/AVAILABLE/TDX-0615110-090525/gebr1de1.pdf
- Barrantes, K. (2010). Prevalencia de asma y caracterización de estudiantes asmáticos del ITCR, sede Cartago. Aportes para una propuesta de intervención. (Tesis de maestría). Universidad Nacional Heredia, Costa Rica. Recuperado de: http://www.una.ac.cr/maestria_salud/documentos/PrevalenciadeAsmayCaracterizaciondeEstudiantesAsmaticosdelITCRSedeCartago.Aporte

- sparaunaProp.pdf
- Benítez, AM., Molina, W. & Camps, T. (2005). Aspectos psicológicos del asma infantil. *Rev Pediatr Aten Primaria*, 7 Supl 2, S137-149
- Chávez, G. & Garrido, G. (1999). *Estudio comparativo de la funcionalidad familiar de niños asmáticos y no asmáticos de tres centros hospitalarios de Trujillo*. (Tesis de licenciatura). Universidad César Vallejo, Trujillo, Perú.
- Copete, A., Jurado, L. & Gómez, I. (2000). Caracterización de la ansiedad en sujetos asmáticos de la ciudad de Cali a través del ISRA. *Revista Sonorense de Psicología*, 14(1), 39-49. Recuperado de <http://kunkaak.psicom.uson.mx/rsp/14-1-39-49.pdf>
- Espinosa, LFD., Parra, RM., Segura, MHN., Toledo, NDA., Menez, DD., Sosa, EE. & Torres, SAB. (2006). Ansiedad y depresión en asmáticos adultos en comparación con sujetos sanos. *Revista Alergia México*, 53(6), 201-206. Recuperado de: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDREVISTA=84&IDARTICULO=13016&IDPUBLICACION=1354>
- García-Sancho, C., Fernández-Plata, R., Martínez-Briseño, D., Franco-Marina, F. & Pérez-Padilla, JR. (2012). Prevalencia y riesgos asociados con pacientes adultos con asma de 40 años o más de la Ciudad de México: estudio de base poblacional. *Salud Pública Mex*, 54, 425-432
- Global Initiative for Asthma [GINA] (2006). *Guía de bolsillo dirigido a médicos y enfermeras. Basado en la estrategia global para el manejo y prevención de asma*. Canadá: GINA Assembly. Recuperado de: <http://www.slideshare.net/fullscreen/MedicinaCordoba/gina-pg2006-spanishcorr/4>
- Global Initiative for Asthma [GINA] (2010). Pocket Guide for Asthma Management and Prevention. Recuperado de: <http://www.ginasthma.org/guidelines-pocket-guide-for-asthma-management.html>
- Godoy, V. & Moreno, JE. (2002). Afrontamiento del estrés y neuroticismo en relación con la severidad del asma. *Archivos de alergia e inmunología*, 33(2), 53-57
- Gulías-Troitiño, A., Vázquez, M.I., Rodríguez, M.S. & Juncal, S. (2002). El pánico-miedo en el asma bronquial: relación con parámetros sociodemográficos y de evolución clínica. *Revista de Psicología de la Salud*, 14(1), 2002, 3-28
- Hassanzadeh, A., Akçakaya, N., Camcioglu, Y., Çokugras, H. & Aydogan, M. (2003). Psychological problems in turkish asthmatic children and their families. *Allergologia et immunopathologia, International journal for clinical and investigate allergology and clinical immunology*, 31(5), 282-287. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=787597>
- Hinojos, LC., Figueroa, E., Miranda, E., Martínez, I., Tagle, JR., Silva, M., Fuentes, V. (2010). Factores implicados en la exacerbación del asma en niños. *Revista Mexicana de Pediatría*, 77(1), 22-26. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2010/sp101f.pdf>
- Honorio, A & Rodriguez, L. (2009). *Funcionamiento familiar en situaciones de crisis con enfermedades respiratorias (Asma-IRA), atendidos en el Hospital Regional Docente de Trujillo*. (Tesis de licenciatura). Universidad César Vallejo, Trujillo, Perú.
- Jaúregui, I. & Tejedor, M.A. (2004). Asma y factores psicosociales. *Alergol Inmunol Clin*, 19, 101-109
- Katz, P., Morris, A., Julian, Omachi, T., Yelin, E., Eisner, M., Blanc, P. (2010). Onset of depressive symptoms among adults with asthma: results from a longitudinal observational cohort. *Primary Care Respiratory Journal*, 19(3), 223-230
- Klennert, MD., Nelson, HS., Price, MR., Adinoff, AD., Leung, DY. & Mrazek, DA. (2001). Onset and persistence of childhood asthma: predictors from infancy. *Pediatrics*, 108, e69, doi: 10.1542/peds.108.4.e69
- Kotrotsiou, E., Krommydas, G., Papathanasiou, I., Kotrotsiou, S., Paralikas, T., Lahana, E., Kiparissi, G. (2011). Anxiety and depression in teenagers and young adults with asthma. *Health Science Journal*, 5(3), 229-236. Recuperado de: <http://www.hsj.gr/volume5/issue3/539.pdf>

- Levenson, J. (2006). *Tratado de medicina psicosomática*. Barcelona: Grupo Ars XXI de Comunicación, S.L.
- Lezana, V. & Arancibia, C. (2006). Consideraciones epidemiológicas del asma en Latinoamérica. *Neumología pediátrica*, 1(2), 42-94. Recuperado de <http://www.neumologia-pediatrica.cl/pdf/200612/Consideraciones.pdf>
- Lima, L., Guerra, M. & Serra, M. (2010). The psychological adjustment of children with asthma: study of associated variables. *The Spanish Journal of Psychology*, 13(1), 353-363. Recuperado de: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=17213039028>
- López, A. (2005). Actitudes para fomentar el cumplimiento terapéutico en el asma. *Arch Bronconeumol*, 41, 334-40.
- Machleidt, W., López-Ibor, J.J., Bauer, M., Roser, H. & Rohd-Dachser, C. (2004). *Psiquiatría, trastornos psicosomáticos y psicoterapia*. Barcelona: MASSON, S.A.
- Martínez-Moragóna, E., Perpiñáb, M. & Bellochc, A. (2006a). ¿Influye la experiencia en la percepción de disnea? *Arch Bronconeumol.*, 42, 171-4. Recuperado de http://www.doyma.es/bronco/ctl_servlet?_f=40&ident=13086631
- Martínez-Moragóna, E., Perpiñáb, M., Bellochc, A., Serraa, B., Llorisb, A. & Maciánb, V. (2006b). Evolución temporal de la percepción exagerada de disnea en los pacientes con asma. *Arch Bronconeumol. 2006*; 42, 120-4. Recuperado de: http://www.doyma.es/bronco/ctl_servlet?_f=40&ident=13085560
- Martínez-Rivera, C., 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: Órgano oficial de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica SEPAR y la Asociación Latinoamericana de Tórax (ALAT)*, 47(2), 73-78
- Melero, C., López, A., García-Salmones, M., Cisneros, C., Jareño, J. & Ramírez-Prieto, MT. (2012). Factores relacionados con el mayor porcentaje de ingresos por asma en mujeres; Estudio FRIAM. *Archivos de bronconeumología: Órgano oficial de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica SEPAR y la Asociación Latinoamericana de Tórax (ALAT)*, 48(7), 234-239. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3958002>
- Meneses-Jácome, C., Prada-Uribe, D., Martínez-Acevedo, M., Manchego-Báez, C., Machado-Romero, CA., Díaz-Martínez, LA & Campos, A. (2009). ¿Se relaciona la severidad del asma con el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno depresivo mayor? Estudio de casos y controles. *Rev. Colomb. Psiquiatr*, 38(3), 464-470
- Moreno, A. (2007). *Estrés y enfermedad*. Más Dermatología, 1, 17-20
- Morgado, M., Pires, A. & Rosado, J. (2000). Auto-eficácia na criança asmáticas. *Psicologia, saúde & doenças*, 1(1) 121-128. Recuperado de: http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S1645-00862000000100013&script=sci_arttext
- Onnis, L. & Ceberio, M. (s.f.). *Cuando el cuerpo habla. La perspectiva sistémica en psicosomática*. Recuperado de: www.redsistemica.com.ar/onni.html
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2011). *10 datos sobre el asma*. Recuperado de <http://www.who.int/features/factfiles/asthma/es/index.html>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2012). *Enfermedades respiratorias crónicas*. Recuperado de: <http://www.who.int/respiratory/asthma/es/index.html>
- Riosotalora, O. & Suescún, JM. (2009). Correlación entre calidad de vida de niños con asma y conocimientos de los cuidadores sobre la enfermedad. Bogotá: Colegio Mayor Nuestra Señora del Rosario, Facultad de Medicina. Recuperado de: <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/10336/1677/1/7712601.pdf>

- Rodriguez-Orozco, A., Kanán, G., León, A., Barbosa, C. & Tejada, R. (2008). Perfil organizativo-funcional de la familia nuclear psicósomática con un hijo asmático. *Salud mental*, 31(1), 63-68.
- Rodríguez, L. & Yacarini, M. (2002). *La ansiedad estado y ansiedad rasgo en pacientes asmáticos y personas no asmáticas, pertenecientes al valle Chicama*. (Tesis de licenciatura). Universidad César Vallejo, Trujillo, Perú.
- Sakellariou, A. & Papadopoulos, N. (2008). Stress, infections and asthma. *Current Allergy & Clinical Immunology*, 21(2). Recuperado de <http://www.allergysa.org/journals/2008/june/stress%20infections%20and%20asthma.pdf>
- Sarria, E., Mattiolo, R. & Fischer, G. (2008). *Cohesión y adaptabilidad familiar en niños brasileños con asma*. Recuperado de <http://www.neumologia-pediatrica.cl/pdf/200831/200831.pdf>
- Soares de Matos, AP & Cardoso, AC. (2008). Estudo da psico-manutenção da Asma: as cognições como predictoras de emoções e comportamentos problemáticos associados à Asma. *Psicol. USP [online]*. 19(3), 393 - 413. Recuperado de: http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-51772008000300008&lng=pt&nrm=iso. ISSN 1678-5177.
- Vásquez-Nava, F., Santos-Díaz, A. & Martínez-Burnes, J. (2003). El paciente asmático y su dinámica familiar. *Revista Alergia*. 50(6), 214-219. Recuperado de http://imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=18650&id_seccion=64&id_ejemplar=1931&id_revista=12
- Vidal, A., Duffau, G. & Ubilla, C. (2007). Calidad de vida en el niño asmático y su cuidador. *Rev. chil. enferm. respir.*, 23(3), doi: 10.4067/S0717-73482007000300002
- Vidal, A. Ubilla, C. & Duffau, G. (2008). *Control de asma en adolescentes*. *Rev. Méd. Chile*, 136(7), 859-866, doi: 10.4067/S0034-98872008000700006
- World Health Organization (2004). *Formulario Modelo de la OMS*. Recuperado de <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js5422s/29.html>

Recibido: 3 de octubre del 2012

Aceptado: 30 de octubre del 2012

