

# Asma bronquial hoy: una perspectiva psicosocial

## Bronchial asthma today: a psychosocial perspective

M. Paola Fasciglione\*, Claudia E. Castañeiras\*\*

\*Tesis de grado Licenciatura en Psicología. \*\*Dra. en Psicología.

Grupo de Investigación en Evaluación Psicológica, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata, Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina.

Correspondencia: M. Paola Fasciglione. E-mail: mpfascig@mdp.edu.ar. Dra. Claudia E. Castañeiras. E-mail: ccastane@mdp.edu.ar

ARCHIVOS DE ALERGI A E INMUNOLOGIA CLINICA 2007;38(1):12-18

### Resumen

El asma bronquial es una enfermedad inflamatoria crónica de las vías aéreas respiratorias, cuya prevalencia está aumentando en todo el mundo. Este trabajo tiene por objetivo: a) presentar una revisión actualizada del estado del conocimiento a nivel nacional e internacional sobre asma bronquial y factores psicosociales; y b) analizar los hallazgos de la investigación empírica en el tema, particularmente los relacionados con las variables psicosociales involucradas en el desencadenamiento, evolución, modulación y mantenimiento de la enfermedad. Para este último objetivo se consideraron las publicaciones indexadas en bases de datos oficiales (LILACS, MEDLINE, PsycARTICLES, PsycBOOKS y PsycINFO) durante el período enero de 1995 y julio de 2005. Se concluye que la consideración de variables psicosociales -como las aquí reseñadas- en las tareas de evaluación y abordaje del asma bronquial como complemento del tratamiento médico constituye un aporte significativo para el mejoramiento de la calidad de vida de estos pacientes.

**Palabras clave:** asma bronquial, perspectiva psicosocial, evaluación, intervención psicológica.

### Abstract

Bronchial asthma is a chronic inflammatory disorder of the airways. Its frequency are increasing worldwide. The aims of this paper are a) to show a revision about national and international current bronchial asthma and psychosocial factors knowledge; and b) to analyze the empirical research findings about this topic, in particular which are related to psychosocial factors involved in the development, evolution, modulation and maintenance of this disease. For this, publications indexed in database (LILACS, MEDLINE, PsycARTICLES, PsycBOOKS y PsycINFO) from January 1995 to July 2005 were considered. We conclude that the consideration of psychosocial factors -like which were reviewed here- in asthma evaluation and intervention activities may be a medical treatment complement, and may represent a valuable contribution for the improvement of patients' quality of life.

**Keywords:** bronchial asthma, psychosocial perspective, evaluation, psychological intervention.

### Introducción

#### ¿Qué es el asma bronquial?

El asma bronquial es una enfermedad inflamatoria crónica de las vías aéreas respiratorias, caracterizada por la infiltración de la mucosa por células inmunes e inflamato-

rias. Dicha inflamación genera hiperreactividad bronquial frente a distintos estímulos (humos, irritantes, frío, niebla, ejercicio, factores psicoemocionales y estrés) y el estrechamiento, y la consecuente obstrucción, de las vías respiratorias, que originan síntomas como disnea, sibilancias, opresión torácica, tos y secreciones. Esta condición clínica

es parcial o totalmente reversible, de forma espontánea o con tratamiento.<sup>1</sup>

En las últimas décadas, la frecuencia de esta afección ha aumentando en todo el mundo.<sup>2</sup> En el mundo occidental las investigaciones indican una prevalencia de alrededor del 4-5% de la población adulta, hasta llegar en algunas comunidades al 10% de la población con menos de 15 años. En contraposición a la alta morbilidad del asma bronquial, la mortalidad debida a ella constituye un hecho relativamente infrecuente.<sup>3</sup> Estos datos son concordantes con las estadísticas en Argentina, que señalan un porcentaje de defunciones por asma de sólo un 0,22%.<sup>4</sup> Si bien en nuestro país no se cuenta con datos oficiales sobre la prevalencia de asma, Moreno, Asrilant, Salmún y Azerrad<sup>5</sup> sugieren que la prevalencia ronda el 10%.

Si bien aún se desconocen algunos aspectos sobre su naturaleza etiológica y se han planteado distintas propuestas de clasificación,<sup>3</sup> datos recientes sugieren que la exposición a alérgenos de determinados individuos genéticamente susceptibles conduce a su sensibilización, a una respuesta inflamatoria y a la consecuente hiperreactividad bronquial.<sup>6</sup> Tradicionalmente el asma era clasificada según la propuesta de Rackerman (1928) en asma extrínseca (o alérgica) y asma intrínseca (o no alérgica). Posteriormente, Scadding (1976) distinguió dentro del asma extrínseca el asma atópica, caracterizada por la presencia de altos niveles de inmunoglobulinas E (IgE), y el asma no atópica, en la que no se presentan niveles elevados de IgE, aunque pueden encontrarse altas otras inmunoglobulinas.<sup>3</sup> En la actualidad suele distinguirse entre el asma desencadenada por mecanismos inmunológicos, caracterizada por presencia de IgE, y el asma desencadenada por mecanismos no inmunológicos, en la que no existe un mecanismo inmune mediado por dichos anticuerpos.

En los últimos años asistimos al afianzamiento de un cambio paradigmático en la concepción de las disciplinas relacionadas con la salud y la enfermedad, a partir del cual la salud pasa a ser concebida como la confluencia de factores físicos, psicológicos, sociales y ecológicos, y la enfermedad deja de ser entendida como el resultado de la acción de agentes patógenos que se alojan en el organismo y a los cuales hay que eliminar. En este contexto, desde una concepción biopsicosocial se presentan oportunidades y desafíos únicos para la psicología.<sup>7</sup> Particularmente, en relación al asma bronquial, entendemos que es importante avanzar en el conocimiento y la evaluación de los factores psicosociales que intervienen en su desencadenamiento, evolución, modulación y tratamiento, con el objetivo de optimizar las tareas de diagnóstico y el abordaje de dicha enfermedad.

En diferentes partes del mundo, se han empezado a poner en práctica y a evaluar los resultados de intervenciones innovadoras que complementan los tratamientos médicos

convencionales: programas de entrenamiento para el auto-manejo del asma bronquial,<sup>8</sup> programas de educación sanitaria,<sup>9</sup> técnicas de visualización<sup>10</sup> y entrenamiento en biofeedback.<sup>11</sup> Sin embargo, en nuestro medio no se reportan estudios empíricos controlados sobre el tema.

En este trabajo se plantearon dos objetivos: a) presentar una revisión actualizada del estado del conocimiento a nivel nacional e internacional sobre asma bronquial y factores psicosociales; b) analizar los hallazgos de la investigación empírica en este tema, particularmente los relacionados con las variables psicosociales involucradas en el desencadenamiento, evolución, modulación y mantenimiento de la enfermedad.

## Asma y factores psicosociales. El estado de la cuestión

El análisis realizado de la literatura científica y de investigación basada en fuentes secundarias incluyó las publicaciones nacionales e internacionales (revistas con referato, presentaciones en congresos y capítulos de libros) durante el período enero de 1995 y julio de 2005 indexadas en bases de datos especializadas (LILACS, MEDLINE, PsycARTICLES, PsycBOOKS y PsycINFO). Se llevó a cabo un análisis cuantitativo y cualitativo de dicha información.

Como resultado de esta revisión se identificó un conjunto de variables que han sido predominantemente estudiadas con respecto al asma bronquial: calidad de vida, ansiedad, depresión, personalidad, alexitimia y afrontamiento. A continuación se exponen los datos más representativos sobre ellas.

### Calidad de vida y asma

La calidad de vida (CV) ha sido conceptualizada en sentido amplio y en sentido estricto o restringido. En el primer caso, los estudios incluyen distintos aspectos de la vida del paciente (alimentación, vivienda, educación, trabajo, recreación, salud, entre otros). En el segundo caso, se la estudia en relación al proceso de salud-enfermedad, denominada calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Asimismo, la CV puede ser estimada a partir de indicadores y evaluadores externos o a partir de la percepción y valoración que hace el propio sujeto.<sup>12,13</sup> En este último caso, la CVRS describe el impacto percibido que tienen los síntomas y otros aspectos de una enfermedad particular sobre la vida de los pacientes, en sus actividades cotidianas, sus emociones y relaciones.<sup>12,14</sup>

Los resultados más destacados ponen en evidencia que las personas con asma bronquial pueden sufrir crisis en los momentos más inoportunos, además de vivenciar las consecuencias esperables de cualquier enfermedad crónica

de evolución irregular y tratamiento prolongado: puede afectar la mayoría de las actividades y relaciones cotidianas, por lo cual frecuentemente se informa un empobrecimiento de la CV de estos pacientes.<sup>5,15,16</sup> No obstante, existen evidencias de que la CVRS correlaciona pobremente con las medidas convencionales del estatus clínico,<sup>17-19</sup> motivo por el cual, en la actualidad, la mayoría de las evaluaciones de la CV se realizan a partir de la estimación subjetiva que hace el paciente de su estado de salud y sus impactos.

Según consta en bases de datos que se relacionan con la salud en general (MEDLINE) como en bases específicas de psicología (PsycINFO), existen algunas publicaciones referidas exclusivamente a la descripción de la CVRS en personas asmáticas<sup>20</sup> pero en la mayoría de los casos los estudios son sobre el diseño, la traducción y las propiedades métricas de instrumentos para evaluar dicho constructo.<sup>14,21-25</sup> Probablemente, la importancia brindada en los últimos años a los factores psicosociales vinculados al diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad respiratoria<sup>16</sup> podría también explicar la proliferación de instrumentos antes señalada. Son numerosas las investigaciones acerca de la incidencia de otras variables psicosociales sobre la CVRS,<sup>17,26</sup> con lo cual se despliegan interrogantes sobre lo que Kaplan<sup>12</sup> llama mediadores de la CV, es decir los factores que pudieran estar incidiendo y modulando la CVRS, algunos de las cuales serán desarrolladas a continuación.

### **Ansiedad, depresión y asma**

Existen pruebas de que las reacciones psicológicas de ansiedad y depresión están estrechamente relacionadas con enfermedades físicas, aunque todavía no se ha demostrado con claridad de qué manera están interconectadas.<sup>27</sup>

La ansiedad se define como un rasgo y/o como un estado psicofísico que se manifiesta básicamente como una sensación de inquietud, intranquilidad, inseguridad y desasosiego. Esta puede expresarse tanto en el nivel fisiológico o corporal, en el cognitivo o subjetivo, como en el conductual, con predominio relativo de alguno de ellos. Con frecuencia, las personas asmáticas informan sintomatología ansiosa<sup>28</sup> y pueden referir manifestaciones patológicas de ella.<sup>29,15</sup>

Aunque aún no existe unanimidad al momento de explicar la alta comorbilidad entre trastornos de ansiedad y asma, se han formulado varias hipótesis al respecto. Una de ellas es que las enfermedades respiratorias crónicas podrían desencadenar ataques de pánico en ciertos individuos con características ansiosas. Una segunda hipótesis postula que los síntomas somáticos asociados a las afecciones respiratorias como el asma o la EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica) podrían exacerbar las cogniciones catastróficas y el ataque de pánico en pacientes vul-

nerables a la ansiedad. Un tercer factor que explicaría la vinculación con los trastornos de ansiedad sería el uso de medicaciones tales como corticosteroides, antihistamínicos y broncodilatadores beta 2-agonistas, que podrían influir en el humor de los pacientes.<sup>15</sup> En cuarto lugar, se conjetura que la ansiedad agudizaría los síntomas del asma, al mismo tiempo que éstos generarían niveles aún superiores de ansiedad completando así una suerte de círculo vicioso.<sup>30</sup>

Las personas con esta afección generalmente poseen menos autonomía, requieren más planificación, ven afectadas su capacidad de trabajo, sus interacciones sociales y sus relaciones sexuales, del mismo modo que su alimentación y su descanso. Por tales motivos, una quinta hipótesis considera que estos factores podrían actuar como estresores que incrementan el riesgo de aparición de trastornos de ansiedad y también de depresión.<sup>15,26</sup>

En cuanto a la depresión, se identifican distorsiones cognitivas sistemáticas y pensamientos negativos de las experiencias personales. El individuo deprimido tiende a consolidar una visión global negativa de sí mismo, del mundo, y del futuro; estos patrones cognitivos dan lugar a un conjunto de signos y síntomas: emocionales, conductuales, interpersonales, físicos y motivacionales.<sup>31,32</sup> Aunque no tan estrechamente ligada como la ansiedad, también se encontró sintomatología depresiva en comorbilidad con el asma bronquial.<sup>29,17</sup>

Como se mencionó anteriormente, la ansiedad generalmente se observa asociada a la depresión y, aunque permanece aún como interrogante en qué grado y de qué manera se relacionan estas variables entre sí, existen hallazgos sobre la influencia negativa de ambas en la calidad de vida (CV) de las personas con asma bronquial.<sup>29,17,26</sup> Sin embargo, autores como Nascimento y cols.<sup>15</sup> hipotetizan una causalidad inversa, es decir, que una pobre CV usualmente presente en personas asmáticas podría incrementar el riesgo de desarrollar trastornos de ansiedad y depresión.

### **Personalidad y asma**

Uno de los desarrollos teóricos contemporáneos más destacados en el campo de la personalidad lo ha realizado Theodore Millon. Este autor concibe la personalidad como un conjunto complejo de rasgos intrínsecos profundamente arraigados y estables, que caracterizan el modo idiosincrásico de percibir, sentir, pensar, afrontar y comportarse de las personas, que se constituye a partir de una interacción compleja de factores biológicos y ambientales.<sup>33,34</sup>

Una categoría de clasificación adecuada para estudiar la diversidad humana es la de estilo psicológico. Este concepto no pretende sustituir las categorías clásicas, como rasgo, tipo o factor; las cuales siguen siendo útiles y válidas para el estudio de la personalidad. Los estilos se refieren a un abanico de conductas -que incluyen aspectos cog-

nitivos y conativos- relativamente estables pero no estáticas. Los rasgos son un conjunto de dimensiones más elementales que constituyen los estilos, pero sólo cubren un espectro de conductas relativamente restringido.<sup>35</sup>

En estudios longitudinales, la personalidad ha resultado predictora del estado de salud a través de los años.<sup>36</sup> En lo que respecta a la población asmática, Benedito Monteón, Botella Arbona y López Andreu<sup>37</sup> citan abundantes estudios realizados en la década del '80, que han intentado determinar la existencia de un perfil (estilo) de personalidad típico del paciente asmático, que lo diferenciara de otros enfermos y de la población no clínica. Sin embargo, no se identificaron estilos de personalidad característicos de los individuos con asma bronquial. Estos hallazgos son coincidentes con investigaciones posteriores que no encontraron perfiles característicos de las personas asmáticas<sup>38</sup> ni correlaciones positivas entre personalidad y severidad del asma.<sup>39</sup>

Si bien los hallazgos no avalan la vinculación entre esta afección respiratoria y un patrón de personalidad característico, es probable que la personalidad ejerza un efecto modulador sobre la CVRS de los pacientes asmáticos: se ha observado que los pacientes asmáticos con rasgos de personalidad como la afectividad negativa informan una mayor percepción de síntomas respiratorios.<sup>40,41</sup>

### Alexitimia y asma

La alexitimia se define como una perturbación cognitivo-afectiva caracterizada por la dificultad para identificar y expresar con palabras los estados afectivos, y por una limitada capacidad para fantasear, para ponerse en contacto con la propia realidad psíquica y para localizar sensaciones corporales.<sup>42</sup>

La relación entre asma y alexitimia ha sido blanco de numerosas controversias. Originalmente se hipotetizaba que la alexitimia era un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades psicosomáticas (dentro de las cuales se incluía al asma, la úlcera péptica, la colitis ulcerosa y la artritis reumatoidea), sin embargo hay escasa evidencia empírica al respecto. Según Sivak y Wiater,<sup>42</sup> a partir de estudios epidemiológicos realizados en los últimos años, entre el 33 y el 47% de los pacientes con patologías respiratorias presentan características alexitímicas. Específicamente en relación al asma bronquial, no se dispone de estudios concluyentes que demuestren empíricamente esta relación. No obstante, ha sido ampliamente documentado que la presencia de alexitimia en pacientes asmáticos complica el manejo y tratamiento de la enfermedad<sup>43</sup> y aumenta el número de hospitalizaciones.<sup>44</sup>

A través del lenguaje las personas somos capaces de organizar, estructurar y asimilar tanto las experiencias emo-

cionales, como los acontecimientos que han podido provocar dichas emociones. La expresión de las emociones en los asmáticos es una fuente potencial de interés para la investigación y el manejo de estos pacientes.<sup>45</sup> Un estudio llevado a cabo por Smith, Stone, Hurewitz y Kaell<sup>46</sup> demostró el impacto positivo que tiene el convertir las experiencias en palabras. Un grupo experimental de 39 asmáticos escribía durante 20 minutos, durante 3 días consecutivos, sobre la experiencia más estresante que hubieran experimentado, mientras que al grupo control sólo se le solicitaba que escribieran sus planes durante el día. Los pacientes asmáticos que realizaron la tarea experimental mostraron una mejoría en el volumen espiratorio máximo a los 4 meses siguientes.

### Afrontamiento (*coping*) y asma

Las respuestas de afrontamiento podrían definirse como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales -cambiantes según el contexto y la problemática a abordar- desarrollados para hacer frente a las demandas específicas externas y/o internas, que son evaluadas por el individuo como abrumadoras y que superan sus recursos disponibles.<sup>36</sup>

Tener una enfermedad crónica como el asma puede considerarse como un factor de estrés, como una problemática que puede llegar a ser desbordante para el individuo, y que supondrá esfuerzos de afrontamiento hacia la misma. Las respuestas de afrontamiento podrán estar dirigidas a cambiar la situación, a cambiar el significado de la experiencia o a tratar de manejar el estrés resultante luego de que éste ha surgido, o una combinación de ellas.<sup>36,47</sup>

Moos<sup>48</sup> destaca que la valoración cognitiva del individuo hacia una problemática, las respuestas de afrontamiento seleccionadas y su efectividad, están influidas por tres factores: las características demográficas y personales, los aspectos de la enfermedad y las peculiaridades del ambiente físico y social. En idéntica dirección, Tovt Korshynskaa y cols.<sup>29</sup> señalan que el afrontamiento de una enfermedad como el asma es influido no sólo por las características de la afección sino también por las características psicológicas y conductuales del paciente.

Se sabe que el afrontamiento es una dimensión que tiene consecuencias sobre la salud en general.<sup>36</sup> Particularmente en los pacientes asmáticos, diversas respuestas de afrontamiento han sido asociadas a impactos diferenciales en las conductas relacionadas con la salud y en la CV. Las respuestas de afrontamiento de tipo evitativo, como la negación, han sido asociadas con un pobre status de salud, mientras que afrontamientos de tipo activo, tales como revalorización positiva y búsqueda de información y orientación, se han asociado a un impacto positivo sobre la salud.<sup>47</sup>

### Conducta de enfermedad y asma

La conducta de enfermedad hace referencia a la forma particular en las que los individuos experimentan, perciben, evalúan y responden a su propio estado de salud. Este concepto fue introducido por Mechanic y Volkart, quienes en la década del '60 advirtieron la amplia variedad de modos en que la gente reaccionaba hacia los síntomas que pudieran tener. Algunos los ignoraban y no hacían absolutamente nada, mientras que otros se inclinaban a buscar ayuda médica al detectar el más insignificante síntoma. La mayoría de los comportamientos habituales se encuentran entre estos dos extremos.<sup>49</sup>

El concepto de conducta de enfermedad podría esclarecer algunas de las posibles causas de la ausencia de correlación entre la CVRS percibida y el estatus clínico. Esta divergencia es la que se plantea mediante los términos de *disease* e *illness*. *Disease* hace referencia al daño estructural ocurrido en los tejidos y órganos del sujeto; es un evento público y objetivo. En cambio, *illness* alude a la experiencia subjetiva de malestar y sufrimiento del paciente, que puede estar o no justificada por una disfunción fisiológica; es una experiencia privada que no es observable directamente.<sup>49,50</sup>

Si bien no se han reportado estudios que aborden específicamente la conducta de enfermedad en población asmática, se considera que este concepto atraviesa cada una de las variables anteriormente descritas. A partir de su análisis en relación con el asma, se observa que el modo en que cada paciente experimente, perciba, evalúe y se conduzca con respecto a sus síntomas y a las consecuencias de la enfermedad incidirá en sus niveles de sintomatología ansiosa y depresiva, en las respuestas de afrontamiento utilizadas y tendrá un impacto diferencial sobre su CV. De manera recíproca, la ansiedad y/o depresión, la CV percibida, los estilos de personalidad y las diferentes respuestas de afrontamiento utilizadas, modularán de modo diferencial la conducta de enfermedad de cada paciente, aunque ellos presenten idénticos síntomas y severidad del asma.

### Datos nacionales

Durante el período considerado en este trabajo -enero de 1995 / julio de 2005- es notable la reducida producción hallada en Argentina sobre la temática. En las bases PsycARTICLES, PsycBOOKS y PsycINFO no se encontró indexado ningún artículo sobre asma en nuestro país. En MEDLINE se hallaron 36 publicaciones acerca de esta enfermedad en general, y sólo un artículo relacionado con aspectos psicológicos, el cual versa sobre un modelo de entrenamiento en el automanejo del asma infantil y data del año 2000. Finalmente, en LILACS se encontraron 21 publicaciones sobre asma y también un único estudio relacionado con aspectos psicosociales, publicado en el año

1996 y que aborda el compromiso emocional en niños asmáticos.

### Conclusiones

Los hallazgos de la investigación y la evidencia clínica ponen de relieve la importancia de los factores psicosociales en la evaluación y el abordaje del asma bronquial.

Las variables psicológicas actúan tanto sobre el calibre bronquial y la función pulmonar, como en la modulación de la evolución y pronóstico de la enfermedad. Algunas de ellas, por ejemplo la ansiedad y la depresión, también son consecuencia de las características de esta enfermedad respiratoria (cronicidad, intermitencia y emergencia imprevisible de las crisis) y/o de su tratamiento farmacológico. Además, las diferentes variables mantienen relaciones circulares, de modo que una misma variable puede haber surgido como consecuencia del asma pero posteriormente actuar como desencadenante de las crisis; inversamente, factores que empeoran la enfermedad pueden a su vez provocar reacciones cognitivas y emocionales adversas. Esta dinámica alcanza un carácter aún más complejo si se tiene en cuenta que en cada paciente asmático las variables implicadas se ven moduladas de modo idiosincrásico, tanto en la cantidad y el tipo como en el peso específico de cada una (3). Esta complejidad es la que debería motivar a disciplinas como la psicología a emprender nuevas investigaciones. Sin embargo, particularmente en nuestro país es significativa la ausencia de trabajos científicos que permitan alcanzar una mejor comprensión de esta problemática.

Este artículo pretendió reseñar el estado actual del conocimiento en este tema y algunas de las necesidades pendientes desde nuestra disciplina -principalmente en nuestro medio- para lograr una más adecuada conceptualización y evaluación de los factores que afectan esta condición clínica, con el fin de lograr un abordaje interdisciplinario complementario a la intervenciones médicas tradicionales, que permita optimizar la eficacia de los procedimientos destinados a favorecer su tratamiento.

### Bibliografía

1. National Heart, Lung, and Blood Institute. National Asthma Education and Prevention Program. Expert Panel Report 2: Guidelines for the diagnosis and management of asthma. February, 1997.
2. World Health Organization. Practical Approach to Lung Health. Respiratory Care in Primary Care Services- a survey in 9 countries. Geneva; 2004. p.3.
3. Vázquez, M.I. & Buceta J.M. Tratamiento Psicológico del Asma Bronquial. Madrid: Pirámide; 1996.

4. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Estadísticas vitales. Información Básica-2004. (Serie 5. Nro.48). Buenos Aires, 2005.
5. Moreno, G., Asrilant, M., Salmún, N. & Azerrad, S. Asma, actividad física y deporte. Buenos Aires: La Manzana Diseño; 2001.
6. Prieto, L. Alérgenos y asma. Algunos conceptos han cambiado. *Medicina Clínica* 1994; 102(10): 376-379.
7. Karoly, P. The Logic and Character of Assessment in Health Psychology: Perspectives and Possibilities. En *Measurement Strategies in Health Psychology*. P. Karoly, ed. New York: John Wiley & Sons; 1985. p 3-48.
8. Arias Diaz, A., Pernas Gómez, M. & Martín, G. Aplicación de un programa de entrenamiento para el automanejo del asma bronquial. *Revista Cubana de Medicina General Integral* 1998; 14(4): 335-339.
9. Gallefoss, F., Bakke P.S. & Kjaersgaard, P. Quality of life assessment after patient education in a randomized controlled study on asthma and chronic obstructive pulmonary disease. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* 1999; 159 (3): 812-817.
10. Rietveld, S., Everaerda, W. & van Beestb, I. Excessive breathlessness through emotional imagery in asthma. *Behaviour Research and Therapy* 2000; 38 (10): 1005-14.
11. Lehrer, P., Smetankin, A. & Putapova, T. Respiratory Sinus Arrhythmia Biofeedback Therapy for Asthma: A report of 20 unmedicated pediatric cases using the Smetankin Method. *Applied Psychophysiology and Biofeedback* 2000; 25(3): 193-200.
12. Kaplan, R.M. Quality-of-Life Measurement. En *Measurement Strategies in Health Psychology*. P. Karoly, ed. New York: John Wiley & Sons; 1985. p 115-146.
13. Llull, D.M. Algunas reflexiones sobre el concepto de Calidad de Vida. *Revista Quirón* 1999; 30 (3): 40-44.
14. Juniper, E.F., Guyatt, H.G., Epstein, R.S., Ferrie, P.J., Jaeschke, R. & Hiller, T.K. Evaluation of impairment of health related quality of life in asthma: development of a questionnaire for use in clinical trials. *Thorax* 1992; 47(2): 76-83.
15. Nascimento, I., Nardia, A.E., Valença, A.M., Lopesa, F.L., Mezzasalmaa, M.A., Nascentesb, R., et al. Psychiatric disorders in asthmatic outpatients. *Psychiatry Research* 2002; 110(1): 73-80.
16. Mészáros, A., Zelkó, R., Meskó, A. & Vineze, Z. Factorial design for the analysis of patient 's quality of life in asthma. *Quality of Life Research* 2005; 14: 191-195.
17. Hommel, K.A., Chaney, J.M., Wagner, J.L. & McLaughlin M.S. Asthma-Specific Quality of Life in Older Adolescents and Young Adults with Long-Standing Asthma: The Role of Anxiety and Depression. *Journal of Clinical Psychology in Medical settings* 2002; 9(3): 185-191.
18. Llull, D.M. Psicoterapia grupal en pacientes con cáncer. *Revista Argentina de Clínica Psicológica* 2003; 12(3): 207-215.
19. Riccioni, G., D'Orazio, N., Di Illio, C., Menna, V., Guagnano, M.T. & Della Vecchia, R. Quality of life and clinical symptoms in asthmatic subjects. *Journal of Asthma* 2004; 41(1): 85-89.
20. Nishimura, K., Hajiro, T., Oga, T., Tsukino, M. & Ikeda, A. Health-Related Quality of Life in Stable Asthma: What are remaining quality of life problems in patients with well-controlled asthma?. *Journal of Asthma* 2004; 41(1): 57-65.
21. Juniper, E.F., Buist, A.S., Cox, F.M., Ferrie, P.J. & King, D. R. Validation of a Standardized Version of the Asthma Quality of Life Questionnaire. *Chest* 1999; 115(5): 1265-70.
22. Aguilar Estrada, M.G. , Sotelo Malagon, M.C., Rivas, A.G. , Ramirez Vanegas, A. & Sansores Martínez, R. Reproducibilidad del cuestionario respiratorio Saint George en la versión al español, en pacientes mexicanos. *Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias de México* 2000; 13 (2): 85-95.
23. Oga, T. & Mishima, M. Comparison of the Responsiveness of Different Disease-Specific Health Status Measures in Patients With Asthma. *Chest* 2002; 122: 1228-33.
24. Sanjuás, C, Alonso, J., Ferrer, M., Currull, V., Broquetas, J.M. & Antó, J.M. Adaptation of the Asthma Quality of Life Questionnaire to a second language preserves its critical properties. *Journal of Clinical Epidemiology* 2001; 54(4): 182-189.
25. Sanjuás, C, Alonso, J., Prieto, L., Ferrer, M., Broquetas, J.M. & Antó, J.M. Health-related quality of life in asthma: A comparison between the Saint George's respiratory questionnaire and the asthma quality of life questionnaire. *Quality of Life Research* 2002; 11: 729-738.
26. SándeZ, E., Vázquez M.I., Romero-Frais, E., Blanco-Aparicio, M., Otero, I. & Vereza, H. Depression, Panic-Fear, and Quality of Life in Near-Fatal Asthma Patients. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings* 2005; 12 (2): 175-184.
27. Fernández Alvarez, H. Abordaje cognitivo de los trastornos psicosomáticos. *Revista Argentina de Clínica Psicológica* 1994; 3(1): 33-46.
28. Cía, A.H. La ansiedad y sus trastornos. En *Estrategias para superar el Pánico y la Agorafobia*. Manual práctico de recursos terapéuticos. A.H. Cía, autor. Buenos Aires: El Ateneo; 2000. p. 31-59.
29. Tovt-Korshynskaa, M., Dew, M., Chopeya, I., Spivakf, M.Y. & Lemkog, I.S. Gender differences in psychological distress in adults with asthma. *Journal of Psychosomatic Research* 2001; 51(5): 629-637.
30. Retamales Rojas, R. Factores psicológicos y rasgos de personalidad de enfermos alérgicos referidos para interconsulta. *Revista electrónica de psicología* 1998; 2(1). Disponible en: [http://www.psiquiatria.com/psicologia/vol2num1/art\\_4.htm](http://www.psiquiatria.com/psicologia/vol2num1/art_4.htm).
31. Beck A.T., Emery, G., Rush, A.J. & Shaw, B.F. *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press; 1979.
32. Vázquez, C. & Sanz J. Trastornos del estado de ánimo: Aspectos clínicos. En *Manual de Psicopatología*. Volumen 2. A. Belloch, B. Sandín & F. Ramos, comp. Madrid: McGraw Hill; 1995. p. 299-340.
33. Millon, T. *Toward a new personology: An evolutionary model*. New York: Wiley; 1990.
34. Millon, T. *Inventario Millon de Estilos de Personalidad [MIPS]*. Buenos Aires: Paidós; 1997.
35. Aparicio García, M. & Sánchez López, M. Los estilos de personalidad: su medida a través del Inventario Millon de estilos de personalidad.

- alidad. *Anales de Psicología* 1999; 15 (2): 91-211.
36. Lazarus, R. & Folkman, S. *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca; 1986.
37. Benedito Monteón, M.C., Botella Arbona, C. & López Andreu, J.A. Influencia de tres tratamientos psicológicos sobre dimensiones de personalidad en niños asmáticos. *Anales de Psicología* 1996; 12 (2): 217-222.
38. Chetta, A., Guerra, G., Foresi, A., Zaimovic, A., Del Donno, M., Chittolini, B., et al. Personality profiles and breathlessness perception in outpatients with different gradings of asthma. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* 1998; 157(1): 118-122.
39. ten Brinke, A., Ouwerkerk, M.E., Bel, E.H. & Spinhoven, Ph. Similar psychological characteristics in mild and severe asthma. *Journal of Psychosomatic Research* 2001; 50: 7-10.
40. Put, C., Demedts, M., Van den Bergh, O., Demyttenaere, K. & Varienden, G. Asthma symptoms: influence of personality versus clinical status. *European Respiratory Journal* 1999; 13: 751-756.
41. Put, C., Van den Bergh, O., Van Ongeval, E., De Peuter, S., Demedts, M. & Verleden, G. Negative affectivity and the influence of suggestion on asthma symptoms. *Journal of Psychosomatic Research* 2004; 57: 249-255.
42. Sivak, R. & Wiater, A. *Alexitimia, la dificultad para verbalizar afectos. Teoría y clínica*. Buenos Aires: Paidós; 1997.
43. Feldman, J.M., Lehrer, P. & Hochron, S. The predictive value of the Toronto Alexithymia Scale among patients with asthma. *Journal of Psychosomatic Research* 2002; 53(6): 1049-52.
44. Kleiger, J. & Dirks, J.F. Psychomaintenance aspects of alexithymia : relationship to medical outcome variables in a chronic respiratory illness population. *Psychoteraphy Psychosomatic* 1980; 34 (1): 25-33.
45. Ayllon Negrillo, E. *Repercusiones del deseo y la búsqueda activa de información sobre la toma de decisiones en pacientes asmáticos*. Tesis Doctoral no publicada, Universitat de Valencia, Facultad de Psicología, España; 2004.
46. Smith, J.M., Stone, A.A., Hurewitz, A. & Kaell, A. Effects of writing about stressful experiences on symptom reduction in patients with asthma or rheumatoid arthritis. A randomized trial. *JAMA* 1999; 281 (14): 1304-29.
47. Aalto, A.M., Härkäpää, K., Aro, A. & Rissanen, P. Ways of coping with asthma in everyday life. Validation of the Asthma Specific Coping Scale. *Journal of Psychosomatic Research* 2002; 53: 1061-69.
48. Moos, R.H. *Coping with physical illness 2: New perspectives*. New York and London: Plenum Medical Book Company; 1984.
49. Pilowsky, I. *Illness Behaviour*. En *Abnormal Illness Behaviour*. I. Pilowsky, autor. West Sussex, England: John Wiley & Sons; 1997. p. 10-24.
50. Ballester Arnal, R. *Salud y psicología de la salud*. En *Emociones y adaptación*. F. Palmero & E. Fernández-Abascal, eds. Barcelona: Ariel; 1998. p 41-65.