

EL PÁNICO-MIEDO EN EL ASMA BRONQUIAL: RELACIÓN CON PARÁMETROS SOCIODEMOGRÁFICOS Y DE EVOLUCIÓN CLÍNICA

*Gulías-Troitiño, A., *Vázquez, M.I., **Rodríguez, M.S. y *Juncal, S.

**Dpto. Psicología Clínica y Psicobiología.*

***Dpto. Métodos y Técnicas de Investigación en Ciencias del Comportamiento y Educación.*

Universidad de Santiago.

RESUMEN

El pánico-miedo (P-M) describe 2 dimensiones diferentes: la experiencia subjetiva de pánico y ansiedad durante crisis asmáticas y una dimensión estable de personalidad. Nuestro objetivo es el estudio de la relación entre P-M y variables sociodemográficas y clínicas. Para ello valoramos ambas dimensiones en 77 pacientes asmáticos en régimen ambulatorio mediante la subescala pánico-miedo del *Asthma Symptom Checklist* (ASC-PM) y la subescala pánico-miedo del MMPI (MMPI-PM). El P-M centrado en los síntomas era mayor en mujeres, pacientes con síntomas asmáticos más frecuentes y graves y aquellos pacientes que recibían fármacos más potentes. En cuanto a la personalidad P-M, también indicaron mayores valores las mujeres, los pacientes con tratamiento farmacológico más agresivo y aquellos con más visitas de urgencia y función pulmonar más deteriorada. Finalmente, analizamos las propiedades psicométricas de cada escala y la relación entre ambas, que se manifestó en 7 patrones o estilos de afrontamiento que se distribuían diferencialmente según el sexo de los pacientes.

Palabras clave: asma, pánico-miedo, lista de síntomas asmáticos, ansiedad.

ABSTRACT

Panic-fear (P-F) describes two different dimensions: the subjective experience of panic and anxiety during asthmatic crises and a stable personality dimension. Our aim is the study of the relation between P-F and sociodemographic and clinical variables. For that purpose, both dimensions were analyzed in 77 asthmatic outpatients using the panic-fear sub-scale of the *Asthma Symptom Checklist* (ASC-PF) and the panic-fear subscale of the MMPI (MMPI-PF). The P-F focused on symptoms was higher in women, patients who had asthmatic symptoms more often and severe, and patients who received aggressive pharmacological treatment. With respect to the P-F personality, it was found again that higher levels were in women as well as patients who received aggressive pharmacological treatment and these who showed more emergency attention and worst pulmonary function. Finally, it was analyzed the psychometrics properties of each scale and the relation between them, which proved to be evident in 7 patterns or response styles differentially distributed according to the patients' sex.

Key words: asthma, panic-fear, Asthma Symptom Checklist, anxiety.

INTRODUCCIÓN

Kinsman, Dirks y su equipo de la Universidad de Denver fueron los pioneros en el estudio del pánico-miedo (P-M) en pacientes asmáticos, que describe dos dimensiones diferentes; por un lado y a nivel más específico, serían las experiencias subjetivas de pánico y miedo del sujeto asociadas a la percepción de crisis asmáticas, y por otro y a nivel más general, una característica estable de personalidad referida al estilo de afrontamiento del paciente ante situaciones estresantes, entre ellas la enfermedad crónica. El pánico-miedo, en ambas acepciones, muestra gran relevancia en el psicomantenimiento y exacerbación del asma bronquial e influye en parámetros de morbilidad.

La dimensión P-M centrada en la percepción de síntomas describe la sintomatología subjetiva de ansiedad y temor del paciente asociada a la presencia de dificultades respiratorias, situando el nivel de atención de los pacientes durante las sensaciones de disnea, en un rango que oscila entre la excesiva vigilancia de síntomas (alto P-M) y su desatención total (bajo P-M) (Dirks, Kinsman, Studenmayer y Kleiger, 1979). Es el factor de mayor relevancia en el psicomantenimiento del asma (Kinsman, Dahlem, Spector y Staudenmayer, 1977) y se evalúa con la subescala pánico-miedo del *Asthma Symptom Checklist* (ASC) (Kinsman, Luparello, O'Banion y Spector, 1973a). Esta escala se ha mostrado independiente de diferentes variables objetivas de la enfermedad como función pulmonar (Brooks *et al.*, 1989;

Dahlem, Kinsman y Horton, 1977; Dahlem y Kinsman, 1978; Staudenmayer, Kinsman, Dirks, Spector y Wangaard, 1979), edad de inicio (Kinsman, O'Banion, Resnikoff, Luparello y Spector, 1973b) o duración del asma (Brooks *et al.*, 1989; Kinsman *et al.*, 1973b), poniendo de manifiesto que el P-M en percepción de síntomas es un estilo de afrontamiento peculiar de cada sujeto que, parece relacionarse con distintos parámetros sociodemográficos y de evolución clínica.

En cuanto a las variables sociodemográficas estudiadas, el ASC-PM se ha mostrado independiente de la edad, raza y nivel de escolarización mientras que no hay datos concluyentes para el sexo, ya que mientras algunos autores no hallaron relación (Brooks *et al.*, 1989; Zimet, Dirks y Kinsman, 1979) otros indican mayor P-M en mujeres (Kinsman *et al.*, 1973b). A este respecto, debemos señalar la heterogeneidad de los estudios, ya que algunos autores emplean muestras de pacientes hospitalizados y otros ambulatorios.

Por lo que se refiere a los parámetros de evolución clínica, la interacción entre el P-M del paciente, su función pulmonar y el grado de sensibilidad del médico van a determinar la prescripción farmacológica. Además los pacientes con mayor P-M presentan patrones desadaptativos de uso de la medicación, bien por uso arbitrario o abuso (Kinsman, Dirks y Dahlem, 1980), hospitalizaciones más largas (Dirks, Kleiger y Evans, 1978c) y señalan un mayor impacto del asma en su calidad de vida (Hyland, Kenyon, Taylor y Morice, 1993).

La personalidad P-M es una dimensión estable referida al estilo de afrontamiento del paciente para manejar la enfermedad crónica, y se sitúa a lo largo de un continuo que varía desde la dependencia, indefensión, inefectividad y excesiva ansiedad (alto P-M) a la total independencia y evitación de ayuda cuando es necesaria (bajo P-M); se evalúa con la escala pánico-miedo derivada del MMPI (MMPI-PM) (Dirks, Jones y Kinsman, 1977a).

La personalidad P-M también se ha mostrado independiente de características objetivas de la enfermedad, como la función pulmonar (Dirks, Ruback, Covino y Feiguine, 1982b) y la edad de inicio del asma (Dirks y Kreischer, 1982a). Los estudios realizados estimando su distribución en función de variables sociodemográficas señalan su independencia de la edad del paciente (Brooks *et al.*, 1989; Carr, Lehrer y Hochron, 1995); en cuanto al sexo, algunos autores indican mayor niveles de P-M en mujeres (Carr *et al.*, 1995) mientras que otros no han hallado relación significativa (Zimet *et al.*, 1979). Nuevamente señalar, al igual que para el ASC-PM, la heterogeneidad de las muestras que incluyen pacientes hospitalizados y asmáticos reclutados por anuncios de prensa, radio... y el rango de edad (entre 18-40 y 14-70 años) de los pacientes incluidos en los estudios.

De manera similar a lo descrito para el ASC-PM, esta dimensión incide en los parámetros de evolución clínica; el P-M en personalidad en combinación con el grado de sensibilidad del médico y la función pulmonar va a determinar el juicio

sobre la severidad del asma y la prescripción de medicación (Dirks, Horton, Kinsman, Fross y Jones, 1978a): los pacientes con alto P-M son juzgados como más graves por médicos sensibles y reciben medicación más potente e intensiva (Dirks *et al.*, 1977a); además estos pacientes muestran falta de adherencia a la medicación, abuso o uso arbitrario de fármacos a demanda (Kinsman *et al.*, 1980; Kleiger y Dirks, 1979) y elevadas tasas de hospitalización (Dirks *et al.*, 1978a; Dirks, Kinsman, Horton, Fross y Jones, 1978b).

La interacción entre las dos dimensiones de P-M va a determinar el patrón final de conducta del paciente frente a la enfermedad; la combinación de los tres niveles de P-M en cada dimensión (alto, moderado y bajo) ha dado lugar a 9 patrones o estilos de afrontamiento diferentes (Jones, Dirks y Kinsman, 1980). El patrón más frecuente se caracteriza por moderado P-M en personalidad y sintomatología, que es un estilo de respuesta que parece no afectar la evolución clínica del asma. Dada la estrecha relación de P-M en personalidad y en percepción de síntomas, las combinaciones inversas de los extremos de ambas dimensiones (bajo P-M en sintomatología con alto P-M en personalidad o viceversa) son los patrones más infrecuentes y no se ha podido determinar su influencia en la evolución del asma. El patrón caracterizado por alto P-M en percepción de síntomas y moderado P-M en personalidad resulta ser el más apropiado ante la enfermedad y da lugar a buenos resultados médicos a largo plazo; los restantes patrones (bajo P-M en personalidad/bajo en sintomatología; moderado P-M en personalidad/bajo en sintomatología; bajo P-M en personalidad/moderado en sintomatología; alto P-M en personalidad/moderado en sintomatología y alto P-M en personalidad/alto en sintomatología) muestran peores resultados (Jones *et al.*, 1980).

Los datos anteriores así como nuevas investigaciones (Feldman, Giardino y Lehrer, 2000) inciden en la importancia de ambas dimensiones P-M para conocer la repercusión de las conductas y reacciones de los pacientes sobre sus parámetros de evolución clínica. Por ello planteamos este trabajo para evaluar el P-M en una muestra de pacientes asmáticos gallegos, centrándonos en su relación con variables clínicas y sociodemográficas, con el fin de conocer su influencia y clarificar resultados previos menos concluyentes (Brooks *et al.*, 1989; Kinsman *et al.*, 1973b; Zimet *et al.*, 1979).

Atendiendo a estas consideraciones, el objetivo de este estudio es evaluar las diferencias en variables sociodemográficas, de severidad y parámetros de evolución clínica para cada dimensión P-M y su interacción, además del estudio de las propiedades psicométricas para cada escala.

MÉTODO

Sujetos

La muestra incluye 77 pacientes asmáticos en régimen ambulatorio con edades comprendidas entre los 14 y los 72 años (x : 40.01; Sd : 16.59), que acudían al Servicio de Neumología del Hospital Juan Canalejo de A Coruña. Los criterios de inclusión de los pacientes en fueron los siguientes: a) diagnóstico de asma bronquial realizado por el especialista, b) ausencia de otras patologías no atópicas y c) fluidez en lecto-escritura.

Instrumentos utilizados

La información sobre datos sociodemográficos y características clínicas del asma fue recogida mediante los siguientes instrumentos:

- **Hoja de recogida de datos demográficos:** era cumplimentada por el sujeto y se le solicitaba información sobre su edad, sexo, lugar de residencia (rural, urbano), nivel de estudios (primarios, secundarios y universitarios) y de ingresos económicos (4 categorías que oscilan desde ingresos inferiores a 100.000 pts/mes a superiores a 400.000 pts/mes).
- **Hoja de registro médico:** era cumplimentada por el médico cuando el paciente acudía a consulta y proporcionaba información sobre características del asma: edad de inicio, resultado de las pruebas espirométricas realizadas, tratamiento prescrito, número de hospitalizaciones y visitas a urgencias. Hay un ejemplar de esta hoja de registro en el anexo final.
- **Medidor de flujo espiratorio máximo:** es una pieza bucal unida a un medidor que permite valorar la función pulmonar señalando el pico máximo de flujo espirado (PEFR) o cantidad de aire espirada en el .1 seg. inicial tras una inspiración máxima. El paciente realizaba dos mediciones diarias (mañana y noche) con 3 ensayos en cada medición, anotando en la hoja de autorregistro diario el valor máximo alcanzado.
- **Hoja de registro de episodios asmáticos** (Creer, 1980): era cumplimentada por el paciente tras cada crisis asmática y en ella se recogía información sobre el día, hora, lugar, duración e intensidad de dicha crisis (valorada subjetivamente por el paciente en una escala de 0 a 10).
- **Hoja de autorregistro diario** (Creer, 1980): durante un período de 60 días el paciente cubría diariamente esta hoja en la que recogía información sobre el número de crisis, su intensidad (valorada subjetivamente por el paciente en una escala de 0 a 10), la medicación y dosis ingerida, valor máximo del PEFR (medido dos veces al día: mañana y noche).

- **Subescala pánico-miedo del *Asthma Symptom Checklist*** (Kinsman *et al.*, 1973a): valora las experiencias y síntomas de temor y ansiedad que el asmático ha presentado en las crisis. Consta de 9 ítems con formato de respuesta tipo Likert y 5 alternativas que oscilan entre la no presencia de síntomas (1: *nunca*) a su ocurrencia continua (5: *siempre*). Fue elaborada para población asmática hospitalizada, existiendo adaptaciones a población infantil (Baron *et al.*, 1986; Fritz y Overholser, 1989) y ambulatoria (Brooks *et al.*, 1989), y con una elevada consistencia interna tanto en pacientes hospitalizados (Kinsman *et al.*, 1973a) como ambulatorios (Brooks *et al.*, 1989) (α : .93).
- **Escala pánico-miedo derivada del MMPI** (Dirks *et al.*, 1977a): fue elaborada a partir del MMPI, tres escalas de validez estándar, diez escalas clínicas estándar y las escalas de *Intensidad* y *Dependencia del Ego* de Barron (1953), seleccionando aquellos ítems que mejor asignaban a los pacientes a los grupos de alto, moderado y bajo P-M en percepción de síntomas. Consta de 15 ítems con formato de respuesta dicotómico (*verdadero-falso*) puntuados en la dirección del P-M que valoran los niveles de ansiedad rasgo de los sujetos. Esta escala fue elaborada para pacientes hospitalizados con cualquier enfermedad crónica, sin que por el momento se disponga de adaptaciones para población ambulatoria.

Procedimiento

El especialista en neumología revisaba al azar el historial clínico de los pacientes asmáticos, seleccionando aquellos que cumplían los criterios de inclusión. Se contactó telefónicamente con 101 a quienes se les preguntó si estarían interesados en participar en un estudio para conocer como percibían los síntomas asociados a su asma. Con aquellos que aceptaron participar se concertó una cita en la que se realizaba una primera evaluación, completándose las hojas de registro de datos sociodemográficos y médicos. A continuación se les proporcionó el ASC-PM y el MMPI-PM, se les entrenó en el manejo del medidor de flujo espiratorio y se les entregaron las hojas de autorregistro diario y las de episodios asmáticos con instrucciones para que las cubriesen correctamente. Durante el entrenamiento en el manejo del medidor de flujo espiratorio y la cumplimentación de ambos autorregistros, se les señaló repetidamente que debían cubrirlos con la mayor inmediatez posible, a fin de que tuviesen bien presente la información. En el autorregistro diario se les pidió que lo cumplimentasen antes de tomar la medicación y siempre a las mismas horas (mañana y tarde) para mitigar en lo posible la influencia del ritmo circadiano. Se realizó un ensayo a modo de ejemplo y se les proporcionaron hojas de autorregistro para que fuesen cubiertas durante un período de dos meses. De los 101 pacientes con quienes se contactó, 77 sujetos accedieron a participar en el estudio y cumplimentaron correctamente tanto el ASC-PM como el MMPI-PM,

aunque no sucedió lo mismo con los demás instrumentos empleados, por lo que incluimos en algunas Tablas descriptivas la categoría “no contestan”.

Análisis estadístico

Se calcularon medias y desviaciones típicas para las variables continuas (ítems de ambas escalas) y frecuencia y porcentaje para todas las variables cualitativas (edad, sexo, lugar de residencia, nivel de estudios, ingresos familiares, visitas de urgencia, frecuencia y duración de ingresos hospitalarios, duración del asma en años, severidad del asma, tratamiento farmacológico prescrito, sintomatología presentada y función pulmonar). Para valorar las propiedades psicométricas de las escalas ASC-PM y MMPI-PM en nuestra población de pacientes se estimó su consistencia interna utilizando el coeficiente α de Cronbach, y su estructura fue estudiada mediante análisis factorial (rotación VARIMAX). Con el fin de valorar las diferencias en cada escala de P-M para las variables sociodemográficas empleamos ANOVAS de una vía y, en aquellos casos en los que no se cumplían los supuestos de inferencia paramétrica, la prueba de clasificación por rangos de Kruskal-Wallis. La relación del P-M con parámetros clínicos y objetivos del asma, así como la relación entre ambas escalas, fue estudiada mediante el coeficiente de correlación de Pearson entre pares de variables continuas, y con el coeficiente de correlación de Spearman cuando al menos una de las variables a relacionar era ordinal. Se utilizó para estos análisis el paquete de análisis estadístico SPSS para Windows.

RESULTADOS

Descripción de la muestra

El nivel de severidad del asma en la muestra, estimado según los criterios del *International Consensus Report* (1992), fue mayoritariamente moderada tipo II (35.06%) y en menor proporción leve (6.50%) y muy grave (7.79%). El 46.75% de los pacientes presentaba menos de 10 años de duración del asma, el 75.32% nunca había sido hospitalizado y el 62.33% nunca había acudido a urgencias. Una descripción más detallada de las características sociodemográficas y clínicas de la muestra puede encontrarse en la Tabla 1. Debemos indicar que no todos los sujetos del estudio, cumplieron totalmente los datos sociodemográficos (sobre todo los aspectos referidos a ingresos familiares) y datos clínicos; estos últimos tal vez por no disponer en ese momento de la información o por alejamiento temporal del hecho (duración de ingresos hospitalarios, duración del asma en años).

Tabla 1.- Resumen de los datos sociodemográficos y clínicos de la muestra.

Variables		N	%
<i>Sociodemográficas</i>			
Edad			
	<18 años	6	8.00
	18-30 años	22	29.33
	31-40 años	8	10.67
	41-50 años	12	16.00
	51-60 años	18	24.00
	>61 años	9	12.00
Sexo			
	Hombre	24	31.17
	Mujer	53	68.83
Lugar de residencia			
	Rural	33	45.83
	Urbano	39	54.16
Nivel de estudios			
	Primarios	37	48.05
	Secundarios	18	23.37
	Universitarios	7	9.10
	No contestan	15	19.48
Ingresos familiares			
	<100.000 pts/mes	13	16.88
	100.000-250.000 pts/mes	16	20.78
	250.000-400.000pts/mes	5	6.50
	>400.000pts/mes	4	5.20
	No contestan	39	50.64
<i>Clínicas</i>			
Visitas de urgencia			
	Ninguna	48	62.33
	1 ó más	24	3.90
	No contestan	5	6.50
Ingresos hospitalarios: Frecuencia			
	Ninguno	58	75.32
	1 ó más	14	18.18
	No contestan	5	6.50
Ingresos hospitalarios: Duración en días			
	Ninguno	58	75.32
	1 ó más días	14	18.18
	No contestan	5	6.50

El pánico-miedo en el asma bronquial: relación con parámetros sociodemográficos y . . .

Variables	N	%
Duración del asma en años		
<10 años	36	46.75
>10 años	34	44.15
No contestan	7	9.10
Severidad del asma		
Leve	5	6.50
Moderada tipo I	15	19.48
Moderada tipo II	27	35.06
Grave	19	24.67
Muy grave	6	7.79
No contestan	5	6.50
Tratamiento farmacológico		
-β ₂ corta acción y/o cromoglicato sódico	4	5.20
-Esteroides inhalados:		
≤ 800 mg/día Budesonida o Beclometasona	11	14.28
≤1000mg/día Budesonida o Beclometasona		
-β ₂ larga acción y/o β ₂ oral	5	6.50
-Esteroides inhalados:		
>800 mg/día Budesonida o Beclometasona	21	27.26
>1000 mg/día Budesonida o Beclometasona		
-Teofilinas	1	1.30
-Anticolinérgicos	-	-
-Esteroides orales (≤3 crisis/ año)	18	23.36
-Esteroides orales (>3 crisis/año o uso continuo)	12	15.60
No contestan	5	6.50
Sintomatología		
- Síntomas breves e intermitentes, síntomas de asma nocturna o asintomático	19	24.67
- Síntomas diarios y/o asma nocturna y/o síntomas crónicos que requieren el uso casi diario de β ₂ agonista de corta acción	23	29.87
- Exacerbaciones asmáticas frecuentes	21	27.26
- Crisis asmáticas graves	5	6.50
- Ingresos en UCI con ventilación mecánica	3	3.90
No contestan	6	7.80
Función pulmonar		
FEV ₁ ≥80% del teórico	27	35.06
FEV ₁ 50-80% del teórico	31	40.26
FEV ₁ ≤50% del teórico	14	18.18
No contestan	5	6.50

Resultados para el ASC-PM

El ASC-PM presentó estructura unidimensional, agrupándose sus 9 ítems en un único factor que explicaba el 55.8% de la varianza total del test; también se obtuvo un elevado nivel de fiabilidad expresado en el coeficiente alfa de Cronbach (α : .89).

El análisis descriptivo de los datos indica que la media total, obtenida como la suma de las puntuaciones a los 9 ítems, fue de x : 20.05 y su Sd: 8.63; esto determina un moderado P-M en sintomatología para nuestra muestra de pacientes. Las medias de los ítems oscilaron entre 1.66 para el sentirse “desvalido”, el síntoma menos señalado por los pacientes, y 2.95 para la “preocupación” por las crisis, que era el síntoma más frecuente. Estos datos se recogen en la Tabla 2.

Tabla 2.- Puntuaciones medias de los ítems del ASC-PM.

Ítems	X	Sd
1.-Con miedo	2.00	1.31
2.-Sintiendo miedo a estar solo	2.01	1.35
3.-Sintiendo miedo a morir	1.97	1.32
4.-Con pánico	1.68	.92
5.-Preocupado por las crisis	2.95	1.50
6.-Asustado	2.16	1.37
7.-Nervioso	2.86	1.46
8.-Desvalido	1.66	.97
9.-Preocupado	2.77	1.38

El sexo fue la única variable sociodemográfica que mostró diferencias significativas en P-M ($F_{1,74}$: 8.04; $p < .01$) indicando las mujeres mayor ansiedad centrada en los síntomas (x mujeres: 21.96; x hombres: 16.16).

No se encontraron diferencias significativas en P-M para los 5 niveles de severidad del asma, definidos basándose en la clasificación de *International Consensus Report* (1992), aunque las medias indicaban un incremento de ansiedad centrada en los síntomas a medida que se incrementaba la gravedad del asma. La sintomatología fue el único de los 3 parámetros utilizados por dicha clasificación como criterio para valorar la gravedad del asma (junto con función pulmonar y tratamiento farmacológico), que señaló diferencias significativas en P-M ($F_{4,66}$: 2.89; $p < .05$), siendo los pacientes con exacerbaciones asmáticas frecuentes los que indicaron mayor P-M (x : 23.57). Las diferencias en P-M para el tratamiento farmacológico se aproximaron a la significación estadística ($F_{6,65}$: 2.0004; p : .07); la posterior estimación de la correlación entre ambas variables puso de manifiesto su relación,

incrementándose el P-M en los pacientes a medida que se aumentaba la potencia del tratamiento y viceversa ($r: .25; p<.05$).

Confirmando lo indicado por la literatura, la función pulmonar y la duración del asma en años resultaron independientes del P-M centrado en la percepción de síntomas.

En cuanto a las variables clínicas consideradas, sólo dos correlacionaron significativamente con el ASC-PM en la muestra total: a) los pacientes presentaban mayor P-M a medida que aumentaba el número de días con crisis moderada y b) los pacientes con menor P-M presentaban mayor porcentaje de días con $PEFR \geq 80\%$ sin señalar presencia de crisis.

Teniendo en cuenta la función pulmonar de los pacientes, se estudió la relación entre P-M y diferentes variables clínicas, dividiéndose la muestra en 3 subgrupos siguiendo las categorías indicadas por el *International Consensus Report* para el porcentaje del valor teórico predicho. No se obtuvieron correlaciones significativas en el nivel de deterioro pulmonar leve ($FEV_1 \geq 80\%$). En el nivel de limitación moderada (FEV_1 50-80%), el P-M correlacionó con la intensidad de las crisis y el número de días con crisis moderadas y en el nivel de limitación pulmonar más acusada ($FEV_1 \leq 50\%$), el P-M correlacionó negativamente con el porcentaje de días con función pulmonar superior al 80% sin percepción de crisis. En la Tabla 3 se pueden ver los datos de las correlaciones entre variables clínicas y ASC-PM.

Tabla 3.- Correlaciones entre ASC-PM y parámetros clínicos del asma, en la muestra total y según el nivel de función pulmonar basal.

Variables	Muestra	FEV ₁		
	total	≥80%	50-80%	≤50%
Número total de crisis	.07	-.06	.22	-.21
Intensidad media de las crisis	.17	.25	.47*	-.25
% de días con crisis leve	-.08	-.14	-.02	-
% de días con crisis moderada	.26*	.36	.55*	-.19
% de días con crisis grave	.26	.36	.06	.45
% de días con PEF ≥80% sin señalar percepción de crisis	-.27*	-.06	.04	-.67*
% de días con PEF ≥80% señalando percepción de crisis	.12	-	.25	-.14
Visitas de urgencia	.08	.23	-.15	.24
Frecuencia de hospitalizaciones	.05	-.05	.11	.05
Nº total de días hospitalizado	.06	-.04	.21	-

* $p<.05$

Al clasificar a los pacientes según los tres niveles de P-M siguiendo los criterios definidos por los autores (Dirks *et al.*, 1977a) al elaborar el MMPI-PM (bajo: puntuaciones $t < 40$, moderado: puntuaciones t entre 40 y 60 y alto: $t > 60$; donde la puntuaciones típicas (z) se convirtieron en puntuaciones t mediante la transformación $t: x + Sd * z$ y siendo la media 50 y $Sd: 10$), no se encontraron diferencias significativas en P-M para las variables clínicas consideradas.

Resultados para el MMPI-PM

El análisis factorial de esta escala (rotación VARIMAX) extrajo 6 factores diferentes que explicaban el 67.4% de la varianza total del test, lo cual es indicativo la variabilidad de aspectos recogidos por el cuestionario. En cuanto a su fiabilidad, el coeficiente alfa para la escala MMPI-PM fue de $\alpha: .57$.

La media total de la escala ($x: 6.92$; $Sd: 2.69$) señalaba que mayoritariamente los pacientes presentaban moderado P-M en personalidad, considerado el nivel más adaptativo para el manejo de la enfermedad.

Las mujeres indicaban mayor P-M que los hombres ($F_{1,74}: 13.006$; $p < .001$), sin que en las demás variables sociodemográficas se presentasen diferencias significativas. Tampoco se alcanzaron niveles significativos para la severidad (según clasificación del *International Consensus Report*) o cada uno de los parámetros utilizados para su estimación (tratamiento farmacológico, sintomatología o función pulmonar), aunque las medias indicaban incremento en el P-M de los pacientes a medida que aumentaba la severidad del asma, determinada por los valores presentados en la potencia del tratamiento farmacológico y la sintomatología. Al igual que en el ASC-PM, se puso de manifiesto la relación entre el tratamiento farmacológico y el P-M ($r: .31$; $p < .05$), incrementando proporcionalmente ambas variables.

El P-M en personalidad resultó independiente de la función pulmonar y la duración del asma en años, confirmando que esta dimensión sería una variable de personalidad peculiar e independiente de características de la enfermedad.

De los parámetros clínicos considerados, el número de visitas de urgencia fue el único que correlacionó significativamente con el P-M, incrementando proporcionalmente sus valores. Al dividir la muestra en subgrupos según su función pulmonar siguiendo el procedimiento descrito para el ASC-PM, observamos que era en el nivel pulmonar más deteriorado ($FEV_1 \leq 50\%$) donde la relación era significativa: los pacientes con elevado P-M señalaban mayor número de visitas de urgencia y viceversa, las visitas de urgencia se incrementaron cuanto mayor era el nivel de personalidad P-M del paciente. En la Tabla 4 se puede ver un resumen de estas correlaciones.

Tabla 4.- Correlaciones entre MMPI-PM y parámetros de evolución clínica del asma, en la muestra total y atendiendo al nivel de función pulmonar.

Variables	Muestra	FEV ₁		
	total	≥80%	50-80%	≤50%
Número total de crisis	.18	.05	.30	-.01
Intensidad media de las crisis	.22	.17	.21	.34
% de días con crisis leve	.10	.17	.03	-
% de días con crisis moderada	.19	.06	.25	.21
% de días con crisis grave	.10	.06	.07	.29
% de días con PEF ≥80% sin señalar percepción de crisis	-.21	-.34	-.26	-.34
% de días con PEF ≥80% señalando percepción de crisis	.24	.21	.29	.19
Visitas de urgencia	.25*	.18	.09	.55*
Frecuencia de hospitalizaciones	.08	-.13	.07	.19
Nº total de días hospitalizado	.03	-.12	.11	.09

*p<.05

Tras clasificar a los pacientes según los tres niveles de P-M en personalidad siguiendo los puntos de corte establecidos por Dirks, Fross y Evans (1977b) (bajo: puntuaciones menores o iguales a 2, moderado: entre 3 y 8, alto: mayor o igual a 9) y estudiar sus diferencias para las variables clínicas, se alcanzaron niveles de significación estadística ($F_{2,53}$: 3.68; $p<.05$) para el porcentaje de días con FEV₁ superior al 80% con presencia de crisis entre los niveles moderado P-M (x : .91) y alto P-M (x : 3.21): los pacientes con alto P-M se mostraban más sensibles a cambios en su función pulmonar señalando presencia de crisis incluso si su nivel de función espirométrica se situaba dentro del rango de la normalidad, mientras que los pacientes con P-M moderado mostraban las reacciones más adecuadas a su limitación pulmonar.

Resultados para la interacción entre ASC-PM y MMPI-PM

Las puntuaciones totales de ambas escalas correlacionaron significativamente (r : .52; $p<.001$). Atendiendo a la combinación de los diferentes niveles de ASC-PM y MMPI-PM, estudiamos la distribución de los patrones de afrontamiento en nuestra muestra: las puntuaciones de los pacientes permitieron agruparlos en 7 estilos de afrontamiento (ver Tabla 5). El patrón 5, caracterizado por moderado P-M en ambas dimensiones, era el más frecuente; los patrones que combinaban niveles extremos e inversos de ambas dimensiones (patrones 3 y 7) no alcanzaron representación en nuestra muestra mientras que el patrón 4 (moderado P-M en sintomatología y bajo en personalidad) solamente incluía a un paciente, por lo que estos 3 patrones fueron desestimados en análisis posteriores.

Tabla 5.- Distribución de los patrones de afrontamiento en nuestra muestra.

Patrones	ASC-PM	MMPI-PM	N	%
1	Bajo	Bajo	6	7.8
2	Bajo	Moderado	7	9.1
3	Bajo	Alto	-	-
4	Moderado	Bajo	1	1.3
5	Moderado	Moderado	30	39.0
6	Moderado	Alto	18	23.4
7	Alto	Bajo	-	-
8	Alto	Moderado	11	14.3
9	Alto	Alto	4	5.2

El sexo fue la única variable sociodemográfica que mostraba diferencias significativas entre los 6 patrones ($\chi^2_{(5)}$: 12.58; $p < .05$); mediante la prueba Kruskal-Wallis se determinó que dichas diferencias se establecían entre el patrón 1 (bajo P-M en personalidad y sintomatología) formado mayoritariamente por varones y los patrones 5 ($\chi^2_{(1)}$: 4.70; $p < .05$), 6 ($\chi^2_{(1)}$: 8.62; $p < .05$), 8 ($\chi^2_{(1)}$: 6.40; $p < .05$) y 9 ($\chi^2_{(1)}$: 6.00; $p < .05$) en los que se combinaban niveles altos y moderados de P-M en sintomatología y personalidad y que estaban compuestos principalmente por mujeres. Los 6 patrones de afrontamiento resultaron independientes de la duración del asma y el grado de función pulmonar.

Los parámetros de evolución clínica tampoco mostraron diferencias significativas entre los estilos de respuesta aunque, como se aprecia en la Tabla 6, las medias indicaban una peor evolución clínica para el patrón 6 que mostraba mayor frecuencia de hospitalizaciones, mayor número de visitas de urgencia, función pulmonar más deteriorada, mayor presencia de síntomas y asma más severa.

Tabla 6.- Puntuaciones medias en las variables clínicas para los diferentes patrones de afrontamiento.

P.A.	Tto. Farm. (1 a 8)	Síntomas (1 a 5)	Grav. asma* (1 a 5)	Frec. hospit.	Días hospit.	Nº visitas de urgencia
1	3.33	2.00	2.83	.00	.00	.16
2	4.00	1.71	2.42	.00	.00	.14
5	4.89	2.37	3.13	.37	3.75	.62
6	5.18	2.46	3.31	.43	3.87	1.37
8	5.55	2.33	3.00	.11	1.22	.44
9	5.50	2.25	3.25	.25	2.25	.25

Clasificado según criterios del *International Consensus Report* (1992). P.A.: Patrones de afrontamiento

DISCUSIÓN

El estudio de las propiedades psicométricas del ASC-PM indicó un buen nivel de fiabilidad a la hora de valorar la sintomatología P-M en nuestra muestra (α : .89); este valor es similar a los indicados al aplicar la escala a pacientes hospitalizados (α : .93) y a población ambulatoria (α : .93) (Brooks *et al.*, 1989; Kinsman *et al.*, 1973a). Además se comprobó la unidimensionalidad de la escala, ya que los 9 ítems se agruparon en un único factor; la carga factorial más baja correspondía a “sentir miedo a morir” coincidiendo con resultados previos (Kinsman, *et al.*, 1973b, 1977) y entre los ítems con mayor carga factorial se encontraban estar “preocupado” y sentir “miedo” y “pánico” (Brooks *et al.*, 1989). Los pacientes no parecían sentirse indefensos, “desvalidos” o sin recursos para enfrentarse a sus episodios asmáticos aunque sí indicaban “preocupación” ante sus crisis; en muestras de estos estudios (Brooks *et al.*, 1989; Kinsman, *et al.*, 1973b, 1977) los ítems señalados con mayor frecuencia eran la preocupación y el nerviosismo durante los episodios.

Por lo que respecta a las diferencias en función de variables sociodemográficas, las mujeres presentaron puntuaciones mayores en P-M. Este dato apoya los hallazgos de Kinsman *et al.* (1977) en población hospitalizada frente a los de Zimet *et al.* (1979). Estos resultados sugieren que las mujeres prestan más atención a cambios en su estado, lo que podría acompañarse de una afectación diferencial del cuadro clínico de la enfermedad según el sexo. Las demás variables sociodemográficas (lugar de residencia, edad, nivel de estudios y de ingresos económicos) parecen no afectar la reacción emocional de sintomatología de los pacientes, confirmando lo señalado para edad (Kinsman *et al.*, 1973b; Zimet *et al.*, 1979) y nivel educativo (Brooks *et al.*, 1989).

Únicamente la sintomatología mostraba diferencias significativas en P-M, siendo los pacientes con exacerbaciones asmáticas frecuentes quienes presentaban mayor P-M centrado en los síntomas; en este caso, la presencia de sintomatología más frecuente y grave podría señalar mayor grado de obstrucción y mayor nivel de severidad del asma, y por tanto los pacientes señalarían mayor ansiedad ante dichos síntomas. En cuanto al tratamiento farmacológico, corelacionaba positivamente con el P-M en percepción de síntomas, lo cual puede interpretarse en dos sentidos: la ansiedad de los pacientes se incrementa a medida que aumenta la potencia de los fármacos que reciben o bien, los pacientes con mayor P-M reciben fármacos más agresivos probablemente debido a que su estilo de respuesta ante los síntomas influyen, en combinación con el grado de sensibilidad del médico, sobre el tratamiento que éste les prescribe (Kinsman *et al.*, 1977).

Confirmando trabajos anteriores, el P-M en percepción de síntomas se mostró independiente de la función pulmonar (Brooks *et al.*, 1989; Dahlem *et al.*, 1977;

Dahlem y Kinsman, 1978; Kinsman *et al.*, 1980; Staudenmayer *et al.*, 1979) y la duración en años del asma (Brooks *et al.*, 1989; Kinsman *et al.*, 1973b), lo que pone de manifiesto que el P-M es un estilo de respuesta peculiar de cada sujeto e independiente de las características objetivas de la enfermedad.

Los dos parámetros clínicos que correlacionaron significativamente con el P-M fueron el porcentaje de días con crisis moderada y el porcentaje de días con FEV₁ superior al 80% sin indicar presencia de crisis. Centrándonos en el porcentaje de días con crisis moderada, y apoyándonos en el ANOVA anteriormente mencionado entre sintomatología y P-M, los datos parecen sugerir que el aumento de la ansiedad en los pacientes puede deberse al incremento de la gravedad de la crisis asmática. La correlación negativa significativa obtenida entre P-M y el porcentaje de días con función pulmonar elevada sin indicar presencia de crisis, parece señalar que los pacientes con menor P-M realizan estimaciones más correctas de su nivel de deterioro pulmonar, no indicando presencia de crisis cuando su función pulmonar es elevada y se halla dentro de parámetros normales (porcentaje de días con FEV₁ ≥ 80% del valor teórico). De todos modos, debemos señalar que no se puede establecer la direccionalidad de estas relaciones de forma contundente.

La estimación del impacto diferencial del P-M en la evolución clínica atendiendo a los diferentes niveles de función pulmonar de los pacientes, no mostró relaciones significativas en el nivel espirométrico basal dentro del rango de la normalidad (FEV₁ ≥ 80%) probablemente debido a que en estos pacientes los síntomas no presentan un rango lo bastante amplio en frecuencia o intensidad. Para el nivel de limitación pulmonar moderada (FEV₁ 50-80%) se obtuvieron correlaciones significativas con la intensidad media de la crisis y el porcentaje de días con crisis moderada: la mayor duración e intensidad de la crisis unida a una menor capacidad pulmonar podría dar lugar a mayor preocupación y ansiedad en los pacientes (mayor P-M en sintomatología), aunque también los pacientes con mayor P-M podrían percibir las crisis como más graves y duraderas. En el nivel de limitación pulmonar más grave (FEV₁ ≤ 50%) las mejores estimaciones del nivel de obstrucción bronquial fueron realizadas por pacientes con menor P-M, quienes no señalaron presencia de crisis los días en que su función pulmonar se encontraba dentro del rango de la normalidad. Estos datos nos llevan a sugerir que el P-M en percepción de los síntomas parece incidir en la evolución clínica de aquellos pacientes con asma moderada y grave.

Finalmente para el ASC-PM, no encontramos diferencias significativas entre los 3 niveles de P-M (alto, moderado y bajo) para diferentes variables clínicas. Probablemente haya influido que la mayoría de los pacientes de la muestra presentase moderado P-M (n: 48), que se relaciona con menor afectación en parámetros de morbilidad del asma (número de hospitalizaciones, visitas de urgencia, duración de las hospitalizaciones) y por tanto fuese escaso el número de pacientes con puntua-

ciones extremas en P-M (8 pacientes con bajo P-M y 13 con alto P-M) que son quienes presumiblemente presentarán una morbilidad más acusada (Dirks *et al.*, 1978b, c).

En cuanto al MMPI-PM y refiriéndonos en primer lugar a sus propiedades psicométricas, esta escala presentó un bajo nivel de fiabilidad (α : .57). Dado que los autores no estimaron el coeficiente α al diseñar la escala y teniendo en cuenta nuestros resultados, parece que podría ser conveniente modificar la escala para mejorar su consistencia interna. Además la estructura de la escala señalaba la variabilidad de aspectos recogidos (6 factores en los que se distribuían los 15 ítems), que sería explicable por el procedimiento seguido para su elaboración (Dirks *et al.*, 1977a).

La media de la escala fue comparada con los puntos de corte señalados por los autores indicándonos, en el global de nuestra muestra, un moderado P-M que es el estilo de afrontamiento más adaptativo para manejar la enfermedad.

Las mujeres presentaron puntuaciones más elevadas en personalidad P-M que los varones, confirmando lo indicado por Carr (Carr *et al.*, 1995), mientras que no observamos diferencias significativas para las demás variables sociodemográficas corroborando estudios anteriores (Carr *et al.*, 1995; Zimet *et al.*, 1979).

No se alcanzaron diferencias significativas en personalidad P-M para la severidad del asma, el tratamiento farmacológico, la sintomatología y la función pulmonar, tal vez debido a que la muestra estaba formada en su mayoría por pacientes con moderado P-M quienes presentan las conductas más adaptativas para el cuidado de su enfermedad y menor impacto en el curso clínico (Jones *et al.*, 1980; Kinsman *et al.*, 1977). También debemos destacar el hecho de haber empleado los criterios del *International Consensus Report*, que incluye mayor número de categorías para cada uno de estos 4 parámetros que los considerados en estudios previos (Dirks *et al.*, 1977a, 1978b). Un dato a destacar es que las medias obtenidas presentaban tendencia a incrementar proporcionalmente: mayores valores en el nivel de personalidad P-M de los pacientes se correspondían con niveles elevados de severidad del asma (determinada por los valores presentados en la potencia del tratamiento farmacológico y sintomatología). Estos resultados apuntan en la misma dirección que los obtenidos por Dirks (Dirks *et al.*, 1977a, 1978a): los pacientes con mayores puntuaciones en P-M eran juzgados por el especialista como más graves y enfermos, recibiendo más medicación y señalando mayor sintomatología asmática, independientemente de su nivel pulmonar. La correlación entre el régimen farmacológico y P-M, que parece indicar que los pacientes con mayor P-M reciben regímenes de medicación más agresivos, viene a apoyar lo anterior. Esta relación podría estar mediada por el juicio del especialista sobre la severidad del asma (Dirks *et al.*, 1977a), que a su vez estaría influido por las variables de personalidad del paciente a la hora de elaborar sus criterios de prescripción de fármacos.

Confirmando trabajos previos (Dahlem y Kinsman, 1978; Dirks *et al.*, 1977b, 1978a, b; Kinsman *et al.*, 1980) el P-M en personalidad no guardó relación con el nivel pulmonar basal y la duración del asma en años, lo cual no significa que no afecten al curso clínico del asma, especialmente el nivel de función pulmonar. Los pacientes con mayor P-M en personalidad indicaron mayor número de visitas de urgencia, y más concretamente aquellos que presentaban un nivel espirométrico más deteriorado ($FEV_1 \leq 50\%$). Las respuestas desadaptativas que presentan estos pacientes tales como los elevados niveles de ansiedad, preocupación, indefensión y labilidad emocional, maximización de su sintomatología subjetiva... y sus inadecuadas estrategias de autocuidado, que incluyen la falta de adherencia y patrones cíclicos de uso de medicación (Dirks *et al.*, 1978b; Kinsman *et al.*, 1977, 1980; Kleiger y Dirks, 1979), se harán más patentes y darán lugar a una peor evolución de su estado, particularmente en aquellos con una función pulmonar gravemente mermada. Por tanto y de manera similar al ASC-PM, la personalidad P-M muestra mayor impacto en el curso clínico en los pacientes con asma grave.

Nuestro último objetivo para esta escala, que analizaba las diferencias entre los 3 niveles de P-M en personalidad para las variables clínicas, indicó que los pacientes con niveles moderados de P-M en personalidad realizaban las estimaciones más correctas de su función pulmonar indicando el adecuado nivel de disconfort físico y adoptando las medidas de autocuidado oportunas (Baron *et al.*, 1986), mientras que los pacientes con alto P-M respondían con niveles elevados de disconfort físico y ansiedad, maximizando su sintomatología (Dirks *et al.*, 1977a) y reaccionando de modo más alarmista (indicando presencia de crisis) aún cuando su función pulmonar se situaba dentro de los parámetros de normalidad.

El estudio de la relación entre ambas dimensiones P-M así como la determinación de los patrones de afrontamiento presentes en nuestra muestra y su distribución según variables sociodemográficas y clínicas confirmó los resultados que indicaban que los pacientes con elevado P-M en personalidad tendían a responder a las crisis asmáticas con elevados niveles de P-M en percepción de síntomas (Zimet *et al.*, 1979). De hecho las reacciones de los pacientes a la ansiedad asociada con las dificultades respiratorias parecían ser predichas por características de personalidad, ya que un 50% de los pacientes con puntuaciones extremas en personalidad también obtiene puntuaciones extremas en sintomatología (Dirks *et al.*, 1977c).

La combinación de los niveles de P-M (alto, moderado y bajo) en personalidad y sintomatología permitió obtener en nuestra muestra, seis patrones de afrontamiento diferentes, uno de los cuales (patrón 4) fue desestimado de los análisis al incluir a un único sujeto. El patrón 5 (moderado P-M en ambas dimensiones) alcanzó mayor representación en nuestra muestra (39%) mientras que ningún paciente presentaba los patrones 3 y 7, que combinaban niveles extremos e inversos de P-M en sintomatología y personalidad. Estos dos patrones habían obtenido esca-

sa representación en el trabajo de Jones (Jones *et al.*, 1980), aunque en nuestro caso su ausencia puede ser debida no sólo a la estrecha relación existente entre ambas dimensiones P-M sino también al escaso tamaño de nuestra muestra (n: 77), en comparación con la empleada por estos autores (n: 374).

Los 6 patrones de respuesta se distribuyeron diferencialmente según el sexo: las mujeres presentaron mayores niveles de P-M en personalidad y sintomatología (patrones 5, 6, 8 y 9) frente a puntuaciones de bajo P-M en ambas dimensiones para los varones (patrón 1). El sexo ya había mostrado diferencias significativas para cada una de las dimensiones P-M por separado, y en el mismo sentido, lo cual podría deberse a que las mujeres prestan una mayor atención a cambios en su estado. Sin embargo, este aspecto debería ser investigado con mayor detenimiento, pues otras variables podrían estar influyendo.

Los 6 patrones resultaron independientes de las características objetivas del asma, lo cual viene a apoyar los datos obtenidos para cada escala por separado: ni función pulmonar ni duración del asma en años guardan relación con P-M en sintomatología (Brooks *et al.*, 1989; Dahlem *et al.*, 1977; Dahlem y Kinsman, 1978; Kinsman *et al.*, 1973b, 1980; Staudenmayer *et al.*, 1979;) o personalidad (Dirks y Kreischer, 1982a; Dirks *et al.*, 1982b).

En cuanto a las variables clínicas no obtuvimos diferencias significativas entre los patrones, a diferencia de lo indicado por Dirks *et al.* (1979) que informaron que pacientes con alto P-M en ambas dimensiones recibían mayores dosis de medicación y presentaban rehospitalizaciones más frecuentes, de mayor duración y con mayor número de pacientes rehospitalizados que sujetos con moderado P-M en personalidad y alto en sintomatología. Debemos aclarar que estos datos alcanzaron la significatividad estadística al comparar estos 2 patrones entre sí, pero no se encontraron diferencias destacables al incluir los demás patrones (que combinan diferentes niveles de P-M en personalidad y sintomatología).

En nuestro caso, una posible explicación a la falta de resultados significativos vendría dada por la gravedad del asma en la muestra: la mayoría de los pacientes presentaba asma leve y moderada por lo que el impacto del estilo de afrontamiento en el curso clínico de la enfermedad era menor. Comparando entre sí los patrones, la peor evolución del trastorno correspondió al patrón 6 que presentó la mayor tasa y duración de hospitalizaciones, más visitas de urgencia, asma más grave (moderada tipo II), mayor presencia de síntomas y peor función pulmonar. El estilo de respuesta de estos pacientes (moderado P-M en sintomatología y alto en personalidad) les llevaría a exagerar su sintomatología y discomfort, presentando niveles elevados de ansiedad y mayor preocupación por su enfermedad, lo cual podría influir en las prescripciones médicas dando lugar a intervenciones más agresivas y, en consecuencia, a repercutir en parámetros de evolución clínica.

En resumen, el ASC-PM confirma su utilidad en la valoración de síntomas y experiencias subjetivas relacionados con episodios asmáticos, y se plantean aspectos interesantes para futuros trabajos, como la influencia del nivel de P-M en las decisiones médicas sobre prescripciones farmacológicas o su relación con parámetros de función pulmonar, en especial en el nivel de mayor deterioro. En cuanto al MMPI-PM se constata la importancia de mejorar aspectos psicométricos tales como su consistencia interna y validez, pues el análisis factorial indica que sus ítems se agrupan en diferentes factores referidos a variedad de aspectos (fisiológicos, emocionales, cognitivos). También en este caso, el estudio de la relación entre las estrategias de autocuidado que aplican los sujetos en función de su nivel de P-M, y la prescripción y patrón de uso de medicación así como la influencia que la combinación entre P-M y el nivel de afectación pulmonar del paciente pueda tener en el curso clínico del asma, son objetivos relevantes para próximas investigaciones. Para finalizar, destacar la importancia de determinar el estilo peculiar de afrontamiento de cada paciente (definido por la combinación de ambas dimensiones de P-M) a la hora de plantear futuras intervenciones enfocadas a lograr una buena evolución de esta enfermedad en nuestros pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Baron, C., Lamarre, A., Veilleux, P., Ducharme, G., Spier, S. y Lapierre, G. (1986). Psychomaintenance of childhood asthma: a study of 34 children. *Journal of Asthma*, 23, 69-79.
- Barron, F. (1953). An ego-strength scale which predicts response to psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 17, 327-33.
- Brooks, C., Richards, J., Bailey, W., Martin, B., Windsor, R. y Soong, S. (1989). Subjective symptomatology of asthma in an outpatient population. *Psychosomatic Medicine*, 51, 102-8.
- Carr, R.E., Lehrer, P.M. y Hochron, S.M. (1995). Predictors of panic-fear in asthma. *Health Psychology*, 14 (5), 421-26.
- Creer, T.L. (1980). Self-management behavioral strategies for asthmatics. *Behavioral Medicine*, 7, 14-24.
- Dahlem, N.W., Kinsman, R.A. y Horton, D.J. (1977). Panic-fear in asthma: request for as-needed medications in relation to pulmonary function measurements. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 60, 295-300.
- Dahlem, N.W. y Kinsman, R.A. (1978). Panic-fear in asthma: a divergence between subjective report and behavioral patterns. *Perceptual and Motor Skills*, 46, 95-98.

- Dirks, J.F., Jones, N.F. y Kinsman, R.A. (1977a). Panic-fear: a personality dimension related to intractability in asthma. *Psychosomatic Medicine*, 39, 120-126.
- Dirks, J.F., Fross, K.H. y Evans, N.W. (1977b). Panic-fear in asthma: generalized personality trait versus specific situational state. *The Journal of Asthma Research*, 14, 161-167.
- Dirks, J.F., Kinsman, R.A., Jones, N.F., Spector, S.L., Davidson, P.T. y Evans, N.W. (1977c). Panic-fear: a personality dimension related to length of hospitalization in respiratory illness. *The Journal of Asthma Research*, 14, 61-71.
- Dirks, J.F., Horton, P., Kinsman, R.A., Fross, B.A. y Jones, F. (1978a). Patient and physician characteristics influencing medical decisions in asthma. *The Journal of Asthma Research*, 15, 171-178.
- Dirks, J.F., Kinsman, R.A., Horton, D.J., Fross, K.H. y Jones, N.F. (1978b). Panic-fear in asthma: rehospitalization following intensive long-term treatment. *Psychosomatic Medicine*, 40 (1), 5-13.
- Dirks, J.F., Kleiger, J.H. y Evans, N.W. (1978c). ASC panic-fear and length of hospitalization in asthma. *The Journal of Asthma Research*, 15, 95-97.
- Dirks, J.F., Kinsman, R.A., Staudenmayer, H. y Kleiger, J.H. (1979). Panic-fear in asthma: symptomatology as an index of signal anxiety and personality as an index of ego resources. *The Journal of Asthma Research*, 16 (2), 75-78.
- Dirks, J.F. y Kreischer, B.A. (1982a). The Battery of Asthma Illness Behavior, I: Independence from age of asthma onset. *Journal of Asthma*, 19 (2), 75-78.
- Dirks, J.F., Ruback, L.A., Covino, N.A. y Feiguine, R.J. (1982b). The Battery of Asthma Illness Behavior, II: Independence from longitudinal pulmonary functions. *Journal of Asthma*, 19 (2), 85-89.
- Feldman, J.M., Giardino, N.D. y Lehrer, P.M. (2000). Asthma and panic disorder. En: D.I. Mostofsky y D.H. Barlow (Eds.), *The management of stress and anxiety in medical disorders* (pp. 220-239). Boston: Allyn and Bacon.
- Fritz, G.K. y Overholser, J.C. (1989). Patterns of response to childhood asthma. *Psychosomatic Medicine*, 51, 347-355.
- Hyland, M.E., Kenyon, C.A., Taylor, M. y Morice, A.H. (1993). Steroid prescribing for asthmatics: relationship with Asthma Symptom Checklist and Living with Asthma Questionnaire. *British Journal of Clinical Psychology*, 32, 505-511.
- International Consensus Report (1992). International Consensus Report on the diagnosis and management of the asthma. *Clinical Experimental Allergy*, 22 (Suppl), 1-72.

- Jones, N.F., Dirks, J.F. y Kinsman, R.A. (1980). Assessment in the psychomaintenance of chronic physical illness. *Journal of Psychiatric Treatment and Evaluation*, 2, 303-312.
- Kinsman, R.A., Luparello, T., O'Banion, K. y Spector, S. (1973a). Multidimensional analysis of the subjective symptomatology of asthma. *Psychosomatic Medicine*, 35, 250-267.
- Kinsman, R.A., O'Banion, K., Resnikoff, P., Luparello, T.J. y Spector, S.L. (1973b). Subjective symptoms of acute asthma within a heterogeneous sample of asthmatics. *Journal Allergy and Clinical Immunology*, 52 (5), 284-296.
- Kinsman, R.A., Dahlem, N.W., Spector, S. y Staudenmayer, H. (1977). Observations on subjective symptomatology, coping behavior and medical decisions in asthma. *Psychosomatic Medicine*, 39, 102-119.
- Kinsman, R.A., Dirks, J.F. y Dahlem, N.W. (1980). Non compliance to prescribed-as-needed (PRN) medication use in asthma: usage patterns and patient characteristics. *Journal of Psychosomatic Research*, 24, 97-107.
- Kleiger, J.H. y Dirks, J.F. (1979). Medication compliance in chronic asthmatic patients. *The Journal of Asthma Research*, 16 (3), 93-96.
- Staudenmayer, H., Kinsman, R.A., Dirks, J.F., Spector, S.L. y Wangaard, C. (1979). Medical outcome in asthmatic patients. Effects of airways hyperreactivity and symptom-focused anxiety. *Psychosomatic Medicine*, 4, 109-118.
- Zimet, G.D., Dirks, J.F. y Kinsman, R.A. (1979). Some aspects of the experience of asthma, personality style dependent appraisal. *The Journal of Asthma Research*, 16 (4), 125-130.

Nota

Subvencionado por la Xunta de Galicia. XUGA 21105A94.

Correspondencia

M^a Isabel Vázquez Rodríguez
Facultad de Psicología
Campus Universitario Sur.
15706 Santiago de Compostela.
Tfn: 981-563100 ext. 3731
Fax: 981-521581
e-mail: lbolanos@senefro.org

ANEXO

HOJA DE REGISTRO MÉDICO

Fecha _____ Nombre del médico _____

Nombre _____ Edad _____

Dirección _____ Localidad _____

Provincia _____ Teléfono _____

DATOS CLÍNICOS DEL ENFERMO

Edad de inicio del asma _____

Edad de diagnóstico _____

Incidencia estacional _____

Pruebas cutáneas ¿a qué? _____

¿con qué intensidad? _____

Prueba de metacolina: sí: resultado _____

no _____

Resultado de las pruebas espirométricas en el último año

Fecha de inicio del tratamiento actual _____

Si ha recibido inmunoterapia ¿de qué fecha a qué fecha? _____

Hospitalizaciones en los últimos dos años:

Frecuencia _____

Indicar fecha de ingreso y de alta _____

Estancias en UCI sin ventilación mecánica en los últimos dos años:

Frecuencia _____

Duración _____

Estancias en UCI con ventilación mecánica en los últimos dos años:

Frecuencia _____

Duración _____

Vistas de urgencia en los últimos dos años:

Frecuencia _____

Tratamiento recibido en cada una de ellas:

Absentismo laboral/escolar en el último año (táchese lo que no proceda)

Evolución de la enfermedad según juicio clínico en el último año:

-Mejorado _____ -Estacionario _____ -Empeorado _____

Juicio médico sobre la severidad de la enfermedad:

-Muy grave _____ -Grave _____ -Moderada _____ -Leve _____

Observaciones: _____

HOJA DE DATOS CLÍNICOS

Nombre _____

Edad de inicio del asma _____

Edad de diagnóstico _____

Resultado de las pruebas espirométricas en el último año:

-FEV₁ ≥80% _____

-FEV₁ 50-80% _____

-FEV₁ ≤50% _____

Tratamiento actual:

-β₂ de corta duración a demanda y/o cromoglicato sódico _____

-Esteroides inhalados:

≤800 mg/día Budesonida o Beclometasona _____

≤1000 mg/día Budesonida o Beclometasona _____

-β₂ de larga acción y/o β₂ oral _____

-Esteroides inhalados:

>800 mg/día Budesonida o Beclometasona _____

>1000 mg/día Budesonida o Beclometasona _____

-Teofilinas _____

-Anticolinérgicos _____

-Esteroides orales con 3 ó menos crisis al año _____

-Esteroides orales con más de 3 crisis al año o uso continuado _____

Sintomatología:

-Síntomas breves o intermitentes <1-2 veces/semana, síntomas de asma nocturna <1-2 veces al mes o asintomático entre crisis _____

-Síntomas diarios >1-2 veces/semana y/o asma nocturna >1-2 veces al mes y/o síntomas crónicos que requieren el uso casi diario de β_2 agonista de corta duración _____

-Exacerbaciones asmáticas frecuentes que requieran tratamiento con esteroides orales, o síntomas continuos con síntomas asmáticos nocturnos prácticamente diarios o actividades físicas limitadas por el asma _____

Visitas de urgencia en los últimos dos años: frecuencia _____

Hospitalizaciones en los últimos dos años:

Frecuencia _____

Duración _____

Estancias en UCI con ventilación mecánica (en cualquier período temporal):

Frecuencia _____

Duración _____

Absentismo escolar/laboral en el último año _____

Juicio médico sobre la severidad de la enfermedad:

-Muy grave _____

-Grave _____

-Moderada _____

-Leve _____