

---

## EL ASMA Y LAS EMOCIONES

Silvana D'Anello Koch

---

### INCIDENCIA DEL ASMA

El asma ha sido considerado como el desorden crónico más común durante la niñez (Lee, Winslow, Splight y Eh, 1983), cuya morbilidad y mortalidad están dramáticamente en aumento tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo (Sly, 1988, Lehrer, 1998). En los Estados Unidos, por ejemplo, la tasa de mortalidad debido al asma en personas de 5 a 34 años ha aumentado de 0.8/100,000 en 1977 a 1.5/100.000 en 1984 (Weiss, 1990). Se estima que entre 5% y 10% de los niños menores de 12 años padecen de asma, de los cuales aproximadamente 3% la presentan en estado moderado y severo (Weinstein, 1987, Gergen, Mullally y Evans, 1988). Entre las enfermedades crónicas, el asma es causa principal responsable por un 20.25% del ausentismo escolar en escuelas norteamericanas. Igualmente en los Estados Unidos, esta enfermedad es la primera causa de hospitalización de niños (Caña, 1986). Los datos recientes son realmente alarmantes. Se estima que aproximadamente 14 millones de norteamericanos están afectados por el asma y anualmente se invierten 6 billones de dólares en dicha enfermedad. En Canadá, la proporción de admisión a los hospitales y de muerte debido al asma, fue más alto en el período 1982-84 que en el período 1970-72. Esta tendencia ha sido confirmada en otros países, notablemente en Nueva Zelanda (Jackson, Beaglehole y Era, 1982), Australia (Paterson y Almizcle, 1987) y Gran Bretaña (Anderson, Muralla y Oeste, 1980). En Venezuela, desafortunadamente no se cuentan con cifras de prevalencia, hospitalización y mortalidad; sin embargo, nuestra realidad no escapa a esta panorámica mundial (Rangel, 1990).

### LA NATURALEZA DEL ASMA

El asma se define a menudo como episodios recurrentes de disnea, caracterizados por un aumento significativo de la resistencia al fluido del aire y seguidos por períodos libres de síntomas. Según la Sociedad Torácica Americana (1962) es un desorden tipificado por una respuesta exagerada de las vías respiratorias a diferentes estímulos que pueden inducir broncoconstricción e inflamación. Su condición crónica puede imponer restricciones considerables en los aspectos físicos, emocionales y sociales de la vida de los pacientes y su familia. Desde el punto de vista médico, se piensa que fundamentalmente dos factores precipitan la disnea. El primer factor es una constricción bronquial de tipo alérgica, y el segundo es hiperactividad bronquial. Estos dos factores contribuyen de diferentes maneras a las manifestaciones del asma en distintos individuos (Steptoe, 1984).

Chai (1975) caracteriza al asma como una obstrucción intermitente, no constante y reversible de las vías respiratorias. Renne y Creer (1985) señalan que nadie parece capaz de llegar a una definición consensual del desorden, y consideran que cualquier descripción del asma incluiría los conceptos de intermitencia, severidad y reversibilidad. *Intermitencia* significa que los ataques sufridos por un paciente tendrán una base aperiódica. Así, aunque un niño asmático puede sufrir un estallido de ataques en un periodo de tiempo breve, puede permanecer sin manifestaciones asmáticas por períodos que pueden extenderse por meses o años. Otro niño puede sufrir de ataques durante todo un año. Estos autores ofrecen, además, una clasificación del asma según los

desencadenantes: (1) asma **extrínseca**, cuando el asma sólo está presente durante una época particular del año. Por ejemplo, el niño que sólo sufre de asma durante ciertas estaciones; y (2) el asma **intrínseca** (también llamada “perenne”) cuando los estímulos, generalmente fisiológicos, precipitan ataques a lo largo del año. En este caso, la información con respecto a los desencadenantes del asma está menos clara.

Los ataques de asma también varían en *severidad* y pueden ser distintos de paciente a paciente o de episodio a episodio en el mismo paciente. Y pueden ser episodios leves o fuertes. Como resultado de la severidad variable en los mismos pacientes, existe un problema a nivel de predicción y de preparación para los ataques de asma, problema que involucra tanto al niño como a los padres y al personal médico, de modo que el manejo del ataque tiene que cambiar dependiendo de la severidad, y estos cambios pueden llevar a reacciones inapropiadas (Renne y Creer, 1985). Los síntomas son igualmente variados, e incluyen problemas para respirar, dolor de pecho, dolor de garganta, tos y fatiga (Lemanek, 1990). El concepto de *Reversibilidad* supone que la obstrucción de la vía respiratoria correspondiente a un ataque de asma puede cesar espontáneamente o con tratamiento adecuado.

Según Pealman (1984) hay evidencias de predisposición genética en el desarrollo de las diferentes formas de asma. Los resultados reportados muestran un predominio más alto del desorden en familias de pacientes con asma comparadas con familias control noasmáticas (Sibbald, 1980). Sin embargo, tener simplemente una vulnerabilidad genotípica no produce, ineludiblemente, una expresión fenotípica. Refiriéndose a la inmunopatogenia del asma, Rangel (1990:503) señala que “ la condición genética subyacente en la gran mayoría de los pacientes asmáticos conocida como atopía constituye algo así como la esencia de la enfermedad, aún cuando el gen y los mecanismos de su expresión no se conocen en detalle. Atopía puede entonces considerarse como la predisposición transmitida genéticamente, para responder a numerosos agentes inhalatorios ambientales mediante la inmunoglobulina, cuya presencia es indispensable para disparar complicados mecanismos bioquímicos responsables de los síntomas de la enfermedad”.

Recientemente, Mrazek, Klinnert, Mrazek y Macey (1991) han propuesto cuatro clases de factores de riesgo ambientales que tienen el potencial de afectar la activación del gen. Primero, las infecciones virales respiratorias, las cuales parecen preceder el ataque de asma en una muestra de niños con riesgo genético para el desarrollo del asma. Una segunda clase de activadores ambientales potenciales la constituyen la amplia gama de antígenos específicos que pueden entrar en contacto con los componentes immunoregulatorios del sistema inmunológico. La tercera clase son los irritantes noantigénicos, siendo el humo la sustancia ampliamente considerada en esta categoría. Finalmente, en la cuarta clase de activadores se incluye el estrés emocional. Según los autores, el mecanismo para el impacto de estos estresores en la expresión genética aún no se ha determinado. Una posibilidad es que el estresor podría producir un cambio en el equilibrio del tono autónomo que conllevaría a una sensibilidad bronquial aumentada. Otra hipótesis es que el estresor podría tener un efecto regulador en la modulación de la función inmune. Asociaciones entre las tres primeras clases de factores de riesgo y el desarrollo de asma han sido ampliamente documentadas.

#### **ASPECTOS PSICOSOCIALES Y ASMA**

La investigación psicosocial reciente ha ido mostrando que probablemente todos los sistemas orgánicos o los mecanismos de defensa homeostáticos son influenciados por eventos psicosociales. Los estresores psicosociales pueden tener un impacto fuerte en el inicio y mantenimiento de variados desórdenes somáticos. Ellos pueden influir en el sistema inmunológico y, por lo tanto, aumentar la susceptibilidad a las enfermedades infecciosas o alérgicas.

El asma también se ha descrito como un desorden crónico producto de una reacción psicofisiológica al estrés (Bieliauskas, 1982). Otros investigadores se han referido al asma como una enfermedad familiar (Hookham, 1985). Hay pocas dudas acerca de que la dinámica familiar está muy asociada a la manifestación de síntomas asmáticos en el niño, razón por la cual el asma debe verse como una enfermedad orgánica que puede ser exacerbada por estímulos socialemocionales tales como el estrés dentro de la familia (Creer, 1982, Matus, 1981, Mrazek y Klinnert, 1988). Y existe poca discordancia entre los investigadores acerca de que los factores individuales y familiares tienen el potencial de influenciar y ser influenciados por la naturaleza y curso del asma en el niño.

Los estudios sobre muertes por asma entre los niños han centrado la atención en factores psicológicos que puedan estar implicados en la mortalidad por asma. Estos estudios han incluido variables tales como trastorno familiar, adhesión a la medicación, autocuidado, descalificación de síntomas percibidos, conflictos familiarpersonal médico y reacción ante la separación (Birkhead, Attaway, Strunk, Townsend y Teutsch, 1989, Molinero y Strunk, 1989, Strunk, 1987).

French y Alexander (1941) fueron los primeros investigadores en prestar atención especial a los factores psicológicos relacionados con el asma. Con base en un marco referencial psicoanalítico estos autores llegaron a cuatro conclusiones fundamentales: (a) los pacientes asmáticos están sujetos a un conflicto universal entre una atadura dependiente infantil a sus madres y otras actitudes emocionales que son incompatibles y amenazan tales actitudes de dependencia; (b) los ataques asmáticos están relacionados de algún modo a una supresión del llanto; (c) el paciente asmático posee una personalidad particular y (d) la psicoterapia, particularmente el psicoanálisis, aliviará los síntomas del asma. Este trabajo ejerció y aún continúa ejerciendo un gran impacto sobre las investigaciones posteriores, aunque sus conclusiones no han recibido apoyo de los datos recogidos desde la publicación de dicha monografía (Renne y Creer, 1985).

Uno de los aspectos más controversiales ha sido el relacionado con la personalidad. Los resultados de varios estudios han sugerido que los niños con asma no están caracterizados por una personalidad particular o un estilo de temperamento (Creer, 1979, Eiser, 1985), y que ellos no son más propensos a manifestar perturbaciones psicológicas que los niños sanos (Creer, 1982). Otras investigaciones, sin embargo, reportan que no es raro que los niños asmáticos exhiban conductas de inmadurez, disminuida autoconfianza, inquietud, ansiedad, timidez, tristeza, impulsividad, y deficiencia en el control de la rabia. (Creer, 1987). Los estudios enfocados en el ajuste emocional señalan que los niños asmáticos, comparados con los niños sanos, sienten más miedo a la oscuridad y a la soledad, y están más propensos a desarrollar problemas de ajuste.

En Venezuela, D'Anello y Rangel (1990) compararon un grupo de niños asmáticos con otro grupo de niños no asmáticos. Los grupos fueron pareados de acuerdo con la edad, sexo y escolaridad. Los resultados revelan en los asmáticos puntajes superiores en tendencia a la depresión, miedo a la oscuridad y a la soledad, timidez e irritabilidad. Aunque no se pueden extraer aún conclusiones definitivas, pareciera que el niño asmático "posee" o "adquiere" ciertos rasgos de personalidad que lo diferencian del niño sano.

## **EMOCIONES Y ASMA**

Según Creer (1993:1) "La relación de las emociones con el asma ha sido un tema que ha generado una miríada de argumentos y debates, aunque ha producido muy poco conocimiento factual". De hecho, cualquier esfuerzo por discutir la relación entre emociones y asma resulta bastante complicado. Existen dificultades metodológicas para la determinación del rol causal de las emociones como desen cadenantes del asma. Como muy acertadamente lo ha señalado Lazarus (1991), para mostrar los efectos causales de las emociones sobre la salud se requiere de cambios en la variable dependiente. Uno debe medir el proceso emocional antes de tal cambio, y

demostrar que el cambio puede ser predicho por el proceso emocional. No obstante, la mayoría de las investigaciones no cumplen con este requisito.

Otro problema es que los estímulos que producen la excitación emocional, dependen de las características físicas del estímulo y de su apreciación por la persona. La tercera dificultad está asociada con el contexto dentro del cual se hace el intento por inducir reacciones emocionales. Muchos de los estudios en el área de asma no han tenido en cuenta este tipo de variable. Aunque existe considerable evidencia de que los asmáticos manifiestan más emociones negativas que otros, esto puede ser un resultado de tener asma, más que una caracterización de personalidad del asmático. Por otra parte, hay también evidencia de que la emoción puede activar la exacerbación del asma, por lo menos en algunos individuos.

Una estrategia ampliamente utilizada en el estudio de la relación entre asma y emoción ha sido comparar asmáticos y no asmáticos en varios indicadores emocionales. Es importante destacar que la mayoría de los estudios han sido conducidos con muestras de niños. A continuación se presentan algunos reportes de investigación en el área.

Muchos autores describen a los niños asmáticos como diferentes a los niños sanos en lo que respecta a su conducta emocional, particularmente en relación con la rabia (Chiari, Foshino, Nuzzo, Pecci y Rossi, 1987). Específicamente, se asevera que los asmáticos tienen dificultad para mostrar la rabia y tienden a reemplazar esta emoción por patrones respiratorios anormales (Hollaender y Florín, 1983). Nelms (1989) encontró que los niños asmáticos, comparados con niños no asmáticos, tenían mayor tendencia a la depresión, eran menos agresivos y emocionalmente más sensibles ante las emociones de orgullo, felicidad, miedo, rabia y tristeza. El autoconcepto también era más bajo, lo cual es consistente con el otro hallazgo de autoestima baja en niños asmáticos (Margalit, 1982). Por su parte, Bussing y Burket (1993) reportan proporciones significantes de estrés, no sólo en la muestra de niños asmáticos sino también en los padres.

Los estudios en los cuales se ha utilizado el autoreporte como técnica de recolección de datos, han mostrado relaciones positivas entre asma y los estados afectivos de miedo, irritabilidad y fatiga (Pariante, Luparello, O'Banion y Spector, 1973; Carr, Lehrer y Hochron, 1992). Un estudio reciente con adolescentes revela que la falta de control emocional acompañado por auto reportes de ansiedad, depresión y hostilidad están altamente asociados con la severidad de la enfermedad (Silverglade, Tosi, Wise, Sharrett y D'Costa, 1997).

Algunos autores, de orientación psicoanalítica, han considerado al asmático como un tipo de paciente con incapacidad para expresar sus sentimientos. El término utilizado para caracterizar esta falta de expresividad emocional es 'alexitimia' (Sifneos, 1973). Sin embargo, una serie de estudios de laboratorio conducidos en la Universidad de Marburgo, para evaluar la expresividad emocional en niños con asma, no mostraron un patrón consistente de déficit en la expresión emocional de niños asmáticos, comparados con grupos controles. Tampoco se corroboró la hipótesis de la limitación en la expresión verbal de emociones en niños asmáticos y se observó un predominio de conducta comunicativa verbal negativa en la interacción padreniño en el grupo de asmáticos (Florín, Fiegenbaum, Hermanns, Winter, Schobinger y Jenkins, 1993). Esto sugiere que el concepto del alexitimia no es sostenible.

#### **EMOCIONES COMO CAUSAS**

Las emociones fuertes a veces pueden: (a) elicitar los síntomas asmáticos y (b) aumentar la severidad del ataque asmático. Algunos pacientes han podido alterar su resistencia de las vías respiratorias en respuesta a los estímulos emocionales. Las emociones que más a menudo se han asociado con el desencadenamiento de síntomas asmáticos incluyen la ansiedad, el miedo y la rabia.

Rumback, Kelso, Arheart, y Self (1993) hallaron que 51% de los pacientes asmáticos percibían la ansiedad como el principal desencadenante de los síntomas asmáticos. Snadden y Brown (1992) usando una técnica cualitativa para explorar la experiencia del asma en una muestra de adultos, reportan los sentimientos de rabia como el elicitador inicial de los episodios asmáticos. Purcell, Brady, Chai, Muser, Molk, Gordon, y Means (1969) realizaron un estudio en el cual el 50% de los padres indicaron que los factores emocionales eran muy relevantes en el ataque asmático de sus hijos. Según Weinstein (1984) el 40% de 268 madres de niños asmáticos reportaron un aumento en la dificultad respiratoria cuando el niño estaba llorando. Graham, Rutter, Yule, y Pless (1967) indican que el miedo y la ansiedad fueron los principales antecedentes de los ataques de los niños, seguidos por rabia y excitación motora. Para Levitan (1985), en algunos casos, la tristeza también constituye un antecedente importante de asma. Y en una reciente revisión de la literatura (Lehrer, 1998) se concluye que el pánico está fuertemente asociado al asma debido a que produce hiperventilación y un patrón específico de excitación autonómica que puede causar bronco constricción.

Otra estrategia utilizada para estudiar cómo los síntomas del asma pueden activarse o pueden ser exacerbados a través de emociones, ha sido exponer sujetos asmáticos a estresores psicológicos en el laboratorio, y observar los efectos en las vías respiratorias, para luego pasar a la preparación de autoreportes de síntomas y otros procesos psicológicos y fisiológicos asociados. En el laboratorio, también se han hecho esfuerzos por inducir sentimientos como rabia, miedo y ansiedad como estresores controlados, y entonces evaluar los cambios resultantes. Isenberg, Lehrer y Hochron (1992) revisaron 9 de estos estudios y, entre otras cosas, encontraron que no se ha desarrollado un mecanismo estandarizado para probar los efectos que ejerce la excitación emocional sobre las alteraciones de las vías respiratorias. Sin embargo, un hallazgo interesante es que las emociones negativas son capaces de producir cambios clínicamente significativos en las vías respiratorias entre, por lo menos, algunos asmáticos.

#### **MEDIACIÓN FISIOLÓGICA**

Según Isenberg y otros (1992) las influencias psicológicas en el funcionamiento pulmonar son mediadas por mecanismos del sistema autónomo. Los autores proponen que la reactividad de las vías respiratorias a las emociones está mediada vía aumentos en la actividad del nervio vago, lo cual, consecuentemente produce una constricción en las vías respiratorias superiores. Hay evidencias que apoyan la hipótesis de que los asmáticos, sensibles a las intervenciones basadas en técnicas de relajación, tienden a tener obstrucción asmática principalmente en las vías respiratorias superiores. Ello ha sido determinado mediante espirometría y medidas de volumen de flujo. Muy probablemente, este efecto sería mediado por la reducción de la reactividad del parasimpático, sugiriéndose que las reacciones emocionales pueden causar obstrucción de las vías respiratorias por un aumento en su actividad. Alternativamente, los asmáticos pueden responder al estrés emocional con un aumento en la tensión del músculo esquelético en la garganta y la cara, lo cual, a su vez, estimula la actividad del vago, produciéndose así obstrucción de las vías respiratorias superiores.

Lehrer y otros (1993) también señalan efectos de las emociones negativas sobre los mecanismos del sistema autónomo por bronco constricción, específicamente la activación del parasimpático a través del nervio vago. Y, sugieren, además, otros cuatro mecanismos: el efecto de la respuesta individual estereotipada; los efectos específicos de expresiones emocionales faciales en el asma; el efecto de la hiperventilación sobre la bronco constricción, y los efectos de factores emocionales asociados al uso de medicamentos.

Con respecto a la respuesta estereotipada en el asma, se ha encontrado que algunos asmáticos se caracterizan por desplegar este tipo de respuesta en el sistema respiratorio. Levenson(1979) por ejemplo, encontró mayor reactividad entre los asmáticos que entre los individuos sanos en

respuesta a una película con una gran carga emocional. Otros investigadores han reportado mayor broncoconstricción ante estímulos que generan rabia y miedo (Tal y Miklin, 1979). Sin embargo, no se sabe si la respuesta estereotipada es una causa o un efecto del asma, debido al hecho de que los estudios son de tipo correlacional.

Otra explicación fisiológica entre emoción y asma es que la tensión incrementada del músculo facial, asociada con la emoción, puede exacerbar el asma vía reflejo vagaltrigeminal. En otras palabras, el asma producida por la emoción va acompañada por un patrón de expresividad facial, la cual implica un aumento en la tensión del músculo facial y un aumentado en el tono vagal.

#### **ASMA COMO CAUSA**

Sin lugar a dudas, los asmáticos constituyen un grupo cuyo desarrollo emocional puede alterarse como resultado de vivir día tras día con una enfermedad que amenaza la vida cada vez que se presenta. El asma sirve como un permanente estresor que puede llevar a la ruptura y la desorganización. Las experiencias de pánico, miedo y ansiedad son frecuentemente reportadas como emociones que acompañan las crisis. Por otra parte, la tristeza y depresión y la rabia aparecen inmediatamente después de las crisis. Este patrón de respuesta emocional puede afectar tanto el manejo como el curso de la enfermedad.

Es evidente que el asma puede generar una frecuencia muy alta de emociones negativas. Lehrer et al (1993) sugieren tres factores que pueden funcionar como moderadores: (a) la sensación de displacer general por tener asma; (b) la medicación y (c) la asociación fisiológica entre el asma y la función respiratoria aumentada, que puede producir hiperventilación y conducir a síntomas de pánico.

Respecto a las medicaciones del asma como fuentes de emociones negativas, hay evidencias de que la teofilina puede producir un aumento de la conducta agresiva en animales. Y es posible que también en los humanos esta droga genere estados emocionales negativos dependiendo de las atribuciones dadas a sus efectos colaterales. Los esteroides orales son utilizados frecuentemente en el tratamiento del asma severa y también pueden asociarse con una emocionalidad aumentada. Lewis y Smith (citado en Isenberg y otros, 1993) han reportado una incidencia mayor de desórdenes afectivos en pacientes sometidos a terapia basada en corticoesteroides. En resumen, podría esperarse que los medicamentos utilizados para combatir el asma produzcan elevada emocionalidad, así como también incrementos en la reactividad del sistema autónomo, particularmente si los pacientes no son total y correctamente informados de sus efectos colaterales.

La hiperventilación y el aumento de la función respiratoria también pueden ser precursores de emociones negativas. En parte, la hiperventilación en el asma puede resultar de la sobrerrespiración cuando la broncoconstricción ocurre. Así, las sensaciones asociadas con hiperventilación pueden convertirse en disparadores de pánico debido a la similitud entre estas sensaciones y las que acompañan un ataque severo de asma.

#### **ASMA, EMOCIONES Y LA RELACIÓN PARENTAL**

Se ha postulado que ciertas características de la madre pueden llevar a estrés prolongado en el niño y así disminuir la resistencia a las enfermedades. En el caso específico de los asmáticos, los psicoanalistas sugieren que las madres contribuyen en alguna medida a la supresión de la expresividad emocional. Sin embargo, mientras algunos hallazgos contradicen dicha aseveración (Marx, Zofel, Linden, Hildegard, Bonner 1986), en otros estudios se ha encontrado que la crítica continua o la sobreprotección constituyen variables cruciales que conllevan a la disminución de la expresividad emocional de los niños asmáticos (Hollander y Florín, 1983; Florín, Freudenberg y Hollander, 1985).

Brook y Shemesh (1991) condujeron un estudio para identificar si los padres de niños asmáticos eran diferentes de los padres de niños sanos en dos emociones negativas: miedo y ansiedad. Los resultados mostraron que, efectivamente, ambas emociones eran más frecuentes e intensas en el grupo de padres de niños asmáticos. La ansiedad aumentada de los padres es explicada por la alta frecuencia de ataques de asma. Las medicaciones prescritas y las recomendaciones del médico no garantizan la curación completa, así como tampoco se puede conocer a qué edad la enfermedad desaparecerá o al menos los ataques disminuirán. Esa incertidumbre aumenta su ansiedad.

Purcell, Brady, Chai, Muser, Molk, Gordon, y Means (1996), utilizaron un procedimiento consistente en separar físicamente a un grupo de niños asmáticos de sus padres. Durante dos semanas los niños vivieron en sus respectivos hogares con padres sustitutos, mientras que sus padres verdaderos fueron trasladados a un hotel local. Los resultados fueron impactantes. En el caso de los niños con precipitantes emocionales, se encontró una mejora estadísticamente significativa en todos los índices de asma durante el período de separación familiar. La tendencia, sin embargo, fue en sentido contrario una vez que sus familias regresaron.

Carson y Schauer (1992) investigaron el estrés percibido en una muestra de madres de niños asmáticos y una muestra normativa. En general, el estrés parental de las madres de niños asmáticos resultó significativamente más alto que el de las madres en la muestra normativa. Askildsen, Watten y Faleide (1993) identificaron algunas diferencias entre los padres de niños asmáticos y otros padres. Los hallazgos principales revelaron una marcada tendencia en madres de niños asmáticos a regular, dirigir e incluso invadir al niño.

Según algunos investigadores, estilos conductuales de esta naturaleza puede llevar a una relación madreniño deficitaria que inhabilita la autoregulación del niño y promueve un estilo de comunicación alexitimico (Faleide, Unger y Watten, 1987). Otras variables asociadas a la relación parental en los asmáticos son: excesiva protección que conduce a alta dependencia del niño hacia la madre, ansiedad y depresión maternal. Aunque parezca contradictorio, también se ha reportado una alta incidencia de rechazo materno e inseguridad en la relación.

Es indudable que los padres de niños asmáticos viven bajo tensión permanente y siempre bajo el miedo de la aparición de los síntomas asmáticos. Muy probablemente tener un niño asmático en la familia afecta a los padres en su relación con el niño y hasta en la relación de pareja. El sueño se interrumpe cuando el niño requiere de cuidados nocturnos. Los horarios de trabajo se afectan. Si la condición del niño es severa, el trabajo fuera del hogar es imposible. La actividad social puede limitarse, y los quehaceres domésticos constituyen un reto adicional para mantener un ambiente libre de desencadenantes inhalatorios. Aunque muchos otros tipos de variables pueden intervenir en las manifestaciones asmáticas (el conocimiento de la enfermedad y las actitudes hacia ella, la severidad, dirección, la adhesión al tratamiento y la complejidad del régimen terapéutico), parece obvio que la relación emocional padres-hijos puede jugar un importante papel.

## CONCLUSIONES

Algunas evidencias sugieren que las emociones negativas pueden tanto exacerbar el asma como ser el resultado de padecerla. La causalidad puede ser bidireccional. Esta circularidad observada en la relación entre el asma y las emociones es complicada.

Con respecto a los mecanismos fisiológicos que han sido sugeridos, se requiere considerable experimentación para dilucidar las rutas fisiológicas. Es evidente la falta de tecnología y metodología para clarificar cómo los mecanismos emocionales actúan recíprocamente en el asma. El desarrollo de estudios longitudinales en los cuales se tomen medidas de los estados emocionales y los síntomas asmáticos serían útiles para determinar la dirección de causalidad en la asociación entre el asma y la emocionalidad.

También es posible que la emoción pueda causar y pueda ser el resultado de la exacerbación asmática en un mismo individuo. De esta manera, la relación entre el asma y las emociones puede constituir un círculo vicioso en algunos individuos. La ocurrencia de este patrón debe ser documentada clínica y experimentalmente.

Mucha investigación adicional es necesaria a fin de clarificar la relación no sólo entre emociones y asma sino también entre asma y problemas psicológicos. Por ejemplo, instrumentos más sensitivos deben ser usados para explorar si la asociación entre síntomas depresivos y ansiosos e hiperactividad es característica de niños asmáticos. Y desde la perspectiva de los servicios de salud, los clínicos requieren mejores instrumentos de evaluación que puedan ser usados a fin de despistar los casos con trastornos emocionales y conductuales.

Los especialistas que se dedican al asma infantil, deben estar conscientes de la relación entre asma y problemas emocionales y conductuales a fin de anticipar que una proporción substancial de sus pacientes pueden requerir de los servicios de salud mental. De tal manera que el niño con asma no sólo requiere de un control fisiológico de los síntomas del asma, sino también de una atención en el área psicológica. Esto será particularmente importante en los programas de educación y automanejo en los cuales el niño está llamado a tomar un mayor autocontrol de su condición, debido a que los problemas de tipo emocional o conductual pueden comprometer la habilidad del niño para ejecutar tareas exigidas en los programas de automanejo.

## REFERENCIAS

- American Thoracic Society (1962). Definitions and classification of chronic bronchitis, asthma, and pulmonary emphysema. *American Rev. Respir. Dis.*, 85, 762-768
- Anderson, H., Bailey, P. y West, R. (1980). Trends in the hospital care of acute childhood asthma 1970-78: a regional study. *British Medical Journal*, 281, 1191-1194.
- Askildsen, E., Watten, R. Y Faleide, A. (1993). Are parents of asthmatic children different from other parents? *Psychotherapy Psychosomatics*, 60, 91-99.
- Bussing, R., Burket, R.C. (1993). Anxiety and intrafamilial stress in children with hemophilia after the HIV crisis. *Journal Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 32, 562-566.
- Birkhead, G., Attaway, N., Strunk, R., Townsend, M. y Teutsch, S. (1989). Investigation of a cluster of deaths of adolescent from asthma: Evidence implicating inadequate treatment and poor patient adherence with medications. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 84, 484-491.
- Brook, U. y Shemesh, A. (1991). Parental attitude and role perception in families of asthmatic children. *Pediatr. Grenzgeb.*, 30, 3, 253-259.
- Carson, D. y R. Schauer (1992). Mothers of children with asthma: Perception of parenting stress and the motherchild relationship. *Psychological Reports*, 71, 1139-1148.
- Chai, H. (1975). Management of severe chronic perennial asthma in children. *Advances In Asthma and Allergy*, 2, 112. *Psychology of Women Quarterly*, 16, 81-96.
- Chiari, G., Foshino, G., Nuzzo, L., Pecci, L. y Rossi, R. (1987). Individual knowledge of emotions in asthmatic children. *Journal of Psychosomatic Research*, 31, 341-350.
- Creer, T. (1993). Emotions and asthma. *Journal of Asthma*, 30, 13.
- Creer, T. (1982). Asthma. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 912-921.
- Creer, T (1987) Psychological and neurophysiological aspects of childhood asthma. In D. Tinkelman, C. Falliers (Eds.), *Childhood asthma: pathophysiology and treatment*. New York: Dekker, pp. 341-371 Individual perspective. California: Brooks/ Cole Publishing Company.
- D'Anello, S. y Rangel, M. (1990). Relaciones familiares y características de personalidad de niños asmáticos. *Memorias EVEMO* 3, 524-528.
- Eiser, C. (1985) *The psychology of childhood illness*. New York: Springer Verlag.
- Faleide, A., Unger, S. y Watten, R. (1987). Psychosocial factors in bronchial asthma and allergy in childhood. In G. Christodoulou (Ed). *Psychosomatic Medicine, Past and future*. London: Plenum Press.
- Florin, I., Freudenberg, G. y Hollander, J. (1985). Facial expression of emotional and physiologic reactions in children with bronchial asthma. *Psychosomatic Medicine*, 47, 383-392.
- Florin, I., Fiegenbaum, W., Hermanns, J., Winter, H., Schobinger, R. y Jenkins, M. (1993). Emotional expressiveness, psychophysiological reactivity and motherchild interaction with asthmatic children. In H. Traue y J. Pennebaker (Eds.), *Emotion Inhibition and Health*. Toronto: Hogrefe & Huber Publishers.
- French and Alexander (1941)

- Gergen, P., Mullally, D. y Evans, R. (1988). National survey of prevalence of asthma among children in the United States, 1976 to 1980. *Pediatrics*, 81, 17.
- Hollaender, J. y Florin, I. (1983). Expressed emotion and airway conductance in children with bronchial asthma. *Journal of Psychosomatic Research*, 27, 307-311.
- Hookham, V. (1985). Family constellations in relation to asthma. *Journal of Asthma*, 22, 99-114.
- Isenberg, S., Lehrer, P. y Hochron, S. (1992). The effect of suggestion and emotional arousal on pulmonary function in asthma: A review and a hypothesis regarding vagal mediation. *Psychosomatic Medicine*, 54, 192-216.
- Jackson, R., Beaglehole, R. y Rea, H. (1982). Mortality from asthma: a new epidemic in New Zealand. *British Medical Journal*, 285, 519-538.
- KeithConors, C. (1983) Psychological management of asthmatic child. *Clinical Review Allergy*, 1, 163-177.
- Lazarus, R. (1991). *Emotion and Adaptation*. New York: Oxford University Press.
- Lee, D., Winslow, N., Splight, A. y Hey, E. (1983). Prevalence and spectrum of asthma in childhood. *Br Med Journal*, 286, 1256-1258.
- Lehrer, P. (1998). Emotionally triggered asthma: A review of research literature and some hypotheses for selfregulation. *Applied Psychophysiology & Biofeedback*, 23, 13-41.
- Lehrer, P., Isenberg, S. y Hochron, S. (1993). Asthma and Emotion: A review. *Journal of Asthma*, 30, 521.
- Lemanek, K. (1990). Adherence issues in the medical management of asthma. *Journal of Pediatric Psychology*, 15, 437-458.
- Levenson, R. (1979) Effects of thematically relevant and general stressors on specificity of responding in asthmatic and non asthmatic subjects. *Psychosomatic Medicine*, 41, 28-39.
- Matus, I. (1981). Assessing the nature and clinical significance of psychological contributions of childhood asthma. *American Journal of Orthopsychiatry*, 51, 327-341.
- Mrazek, D. y Klinnert, M. (1988). The psychological and Psychiatric evaluation of asthmatic children. In P. Karoly (Ed.), *Handbook of Child Health Assessment*. New York: Wiley, Pp. 410-433.
- Nelms, B. (1989). Emotional behaviors in chronically ill children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 17, 657-668.
- Nocon, A. y Booth, T. (1990). The social impact of asthma. *Family Practice*, 8, 37-41.
- Paterson, J. y Musk, A. (1987). Death in patients with asthma. *Medical Journal Australian* 147, 53-55.
- Pealman, D. (1984). Bronchial asthma: A perspective from childhood to adulthood. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 32, 79-85.
- Purcell, K, Brady, K., Chai, H., Muser, J., Molk, L., Gordon, N. y Means, J. (1969). The effect of asthma in children of experimental separation from the family. *Psychosomatic Medicine*, 31, 144-164.
- Rangel, A. (1990). El tratamiento del asma requiere innovaciones. *Memorias EVEMO* 3, 500-504
- Renne, M. y Creer, T. (1985). Asthmatic children and their families. *Advances in Developmental and Behavioral Pediatrics*, 6, 41-81.
- Rumback, M., Kelso, T., Arheart, K. y Self, T. (1993). Perception of anxiety as a contributing factor of asthma: Indigent versus non indigent. *Journal of Asthma*, 30, 165-169.
- Sibbald, B. (1980). Extrinsic and intrinsic asthma : Influence of classification on family history of asthma and allergic disease. *Clinical Allergy*, 10, 313-318.
- Sifneos, P. (1973). The prevalence of "alexithymic" characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22, 255-266.
- Silverglade, L., Tosi, D., Wise, P. y D'Cosat, A. (1997). Irrational beliefs and emotionality in adolescents with and without bronchial asthma. *Journal of General Psychology*, 12, 199-207.
- Sly, R. (1988). Mortality from asthma, 1979-1984. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 82, 705-717.
- Snadden, D. Y Brown, J. (1992). The experience of asthma. *Social Sci. and Medicine*, 34, 1351-1361.
- Steptoe, A. (1984). *Psychological aspects of bronchial asthma*. New York: Pergamon.
- Strunk, R. (1987). Asthma deaths in childhood: Identification of patients at risk and intervention. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 80, 472-477.
- Weinstein, A. (1987). *Asthma*. New York: McGrawHill.
- Weiss, K. (1990). Changing patterns of asthma morbidity. *JAMA*, 264, 16831-687.
- Wilson, S., Mitchell, J., Rolnick, S., yFish, L. (1993). Effective and ineffective management behaviors of parents of infants and young children with asthma. *Journal of Pediatric Psychology*, 18, 63-81.