



# ASPECTOS PSICOLOGICOS ASOCIADOS AL ASMA BRONQUIAL

J. De Pablo y S. Subirá

Subdivisión de Psiquiatría y Psicología Clínica. Hospital Clínico y Provincial. Barcelona.

La literatura sobre los aspectos psicológicos relacionados con el asma bronquial es muy abundante, pero son escasos los trabajos que demuestran que los aspectos psicológicos tienen importancia clínica para los pacientes asmáticos. El estudio del papel jugado por los factores psicológicos como fenómeno intercurrente en el curso del asma bronquial, ha sido exhaustivo y ejemplarmente investigado por el grupo de Kinsman y Dirks del National Jewish Hospital de Denver (USA) y sus resultados han dado lugar a una importante serie de publicaciones.

Este grupo estudió en primer lugar la sintomatología que presentan los pacientes durante una crisis de asma. Para ello se elaboró un listado de 36 síntomas que recogía las múltiples manifestaciones subjetivas experimentables durante las crisis de asma. Este cuestionario se denominó ASC —*Asthma Symptom Checklist*— y en él, cada síntoma constituye un ítem que puede puntuarse de 1 a 5 según la frecuencia con que se presente. Cumplimentaron el listado un total de 100 asmáticos en un primer trabajo<sup>1</sup> y 374 en una replicación posterior, que confirmó las conclusiones iniciales<sup>2</sup>.

Los resultados fueron sometidos a un cuidadoso análisis estadístico (*key cluster analysis*) que mostró en primer lugar, un agrupamiento (*cluster*) de síntomas debidos a broncoconstricción, que está presente en la práctica totalidad de los pacientes asmáticos y en segundo lugar un conjunto de síntomas relacionados con manifestaciones de ansiedad, que sólo está presente en un 30-40 % de casos.

No se observó relación entre síntomas referidos y edad de inicio o tiempo de evolución<sup>3</sup>. La sintomatología de ansiedad y la de fatiga fue señalada con mayor frecuencia por mujeres que por hombres. Las puntuaciones de síntomas de ansiedad eran independientes del funcionalismo respiratorio, así como de la frecuencia y gravedad de las crisis<sup>2</sup>. Los pacientes del grupo con elevada sintomatología emocional (ansiedad e irritabilidad) recibían mayores dosis de corticoides<sup>4</sup>. Las quejas y peticiones de cambios en la medicación, eran significativamente más frecuentes en el subgrupo de pacientes con acusados síntomas de ansiedad.

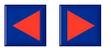
En un estudio de seguimiento de 6 meses<sup>5</sup> se comprobó que la evaluación de los síntomas de ansiedad era útil para predecir la rehospitalización. Los sujetos con escasa sintomatología de ansiedad reingresaron con mayor frecuencia que los que presentaban sintomatología media o elevada. Esta observación sugiere que presentar alguna sintomatología de ansiedad puede resultar adaptativo para mantener unos niveles de vigilancia sobre la enfermedad, que permitan un adecuado control de su evolución.

Este grupo de investigadores estudió posteriormente las variables de personalidad, que podían estar relacionadas con la sintomatología de ansiedad. Para ello se utilizó el cuestionario de personalidad MMPI y se elaboró una escala a partir de los 15 ítems que discriminaban a los pacientes con síntomas de ansiedad<sup>6</sup>. Esta nueva escala, denominada MMPI-PF, diferenció correctamente el subgrupo de asmáticos con sintomatología de ansiedad y se demostró su validez predictiva y su replicabilidad<sup>7</sup>. Las puntuaciones elevadas en esta escala se asociaron también a ingresos más prolongados y a tratamiento con dosis más elevadas de corticoides, independientemente del grado de trastorno respiratorio<sup>8</sup>.

En un estudio de rehospitalización<sup>9</sup> se demostró que los pacientes con altas puntuaciones en esta escala reingresaron dos veces más que los sujetos con puntuaciones medias. Asimismo, los pacientes con bajas puntuaciones reingresaron con frecuencia superior a la media y próxima a la de los sujetos de alta puntuación. Las repetidas medidas del funcionamiento respiratorio, el tratamiento con o sin corticoides o la valoración de los médicos sobre la gravedad de la enfermedad pulmonar, no se relacionaron con ansiedad ni con rehospitalización.

En un estudio sobre cumplimiento de prescripciones<sup>10</sup> se comprobó que el 54 % de pacientes reconocían no seguir correctamente las instrucciones. Se dividían en tres grupos: el primero formado por el 28 % del total tomaba menos medicación de la indicada, el segundo con el 11 % tomaba más de la indicada y el tercero con el 15 % era variable, tomando más o menos de la indicada según el momento y siguiendo su propio criterio. El análisis estadístico mostró que los pacientes del primer grupo presentaban puntuaciones bajas en la escala MMPI-PF, mientras que los del tercero presentaban puntuaciones altas en esta escala. Estos resultados demuestran una relación entre personalidad y cumplimiento de prescripciones que debe ser tenida en cuenta cuando una medicación no ofrece el resultado esperado.

Un interesante estudio efectuado por este grupo<sup>2</sup> aportó más información sobre la importancia de las variables psicológicas en la evolución de estos enfermos. Se procedió a dividir a los 25 médicos residentes encargados de la asistencia a pacientes asmáticos en tres grupos —«muy sensibles», «moderadamente sensibles» y «no sensibles»— en base a las valoraciones de sus supervisores sobre su «sensibilidad» frente a la problemática del paciente neumológico. A continuación se estudió la sintomatología de los pacientes asmáticos de cada residente, mediante el instrumento descrito anteriormente (ASC) y se recogieron las características de su



tratamiento. El análisis estadístico demostró que en el grupo de pacientes tratados por médicos «no sensibles» o «moderadamente sensibles», las dosis de corticoides se relacionaban con las medidas de funcionalismo respiratorio. Por el contrario, en los pacientes tratados por médicos «muy sensibles», las dosis de corticoides empleadas se relacionaban con las puntuaciones de pánico medidas con la escala de síntomas ASC. Estos resultados sugieren que algunos médicos tendían a tratar más la sintomatología subjetiva, lo que les llevaba a tratar síntomas psicológicos con corticoides. Este estudio fue reproducido posteriormente, utilizando el cuestionario MMPI-PF para clasificar a los pacientes<sup>11</sup>. Los resultados confirmaron la importancia de la interacción médico-paciente, al condicionar la evaluación que hace el médico de la gravedad de la enfermedad e influir, por tanto, en sus decisiones.

Este grupo de autores publicaron en 1980<sup>12</sup> un estudio de dos años de seguimiento sobre un grupo de 216 asmáticos. Divididos los pacientes en tres grupos —de alta, moderada o baja puntuación en la escala MMPI-PF— comprobaron que no había diferencias entre ellos en los diversos parámetros que evalúan la gravedad de la enfermedad y el funcionalismo respiratorio. A pesar de ello, los tres grupos diferían de forma altamente significativa en número de días ingresados a lo largo de los dos años del estudio. Se comprobó una hospitalización media de 35 días para el grupo de elevada ansiedad (23 % del total de la muestra), 26 para el de baja (16 % de la muestra) y 11 para el de moderada (61 % de la muestra). Este estudio concluía con un cálculo del coste que había supuesto el exceso de días de ingreso hospitalario, atribuible a factores psicológicos, que detectaron en sus pacientes y que era de alrededor de 286.000 dólares.

Como conclusión, este conjunto de estudios demuestran la existencia de mecanismo psicológicos que ejercen una notable influencia sobre la evaluación del asma bronquial.

En primer lugar, existe un subgrupo de pacientes, aparentemente los más ansiosos, que presentan una serie de características que hacen aparecer el cuadro como más severo, transmitiendo al médico una mayor sensación de gravedad. Ello puede dar lugar a la prescripción de dosis de fármacos superiores a las necesarias y a ingresos más frecuentes y prolongados. Asimismo, creemos que en otras ocasiones la sintomatología de ansiedad puede ser más aparente que la respiratoria y, al encubrirla, hacer que el médico infravalore la gravedad del trastorno pulmonar.

En segundo lugar, parece claro que los pacientes con bajo nivel de ansiedad tienden a minimizar los síntomas, lo que

les puede llevar a recibir menores dosis de medicación, a no seguir las instrucciones médicas, a un mal cumplimiento de prescripciones y finalmente también a ingresos más frecuentes. En todos los casos, la consecuencia es un asma bronquial de manejo difícil y una peor calidad de vida para el paciente.

Creemos que debe continuar la investigación de los aspectos psicológicos asociados al asma bronquial a fin de controlar su papel en la evolución de la enfermedad respiratoria.

## BIBLIOGRAFIA

1. Kinsman RA, Luparello T, O'Banion K, Spector S. Multidimensional analysis of the subjective symptomatology of asthma. *Psychosom Med* 1973; 35:250-267.
2. Kinsman RA, Dahlem NW, Spector S, Staudenmayer H. Observations on subjective symptomatology, coping behavior, and medical decisions in asthma. *Psychosom Med* 1977; 39:102-119.
3. Kinsman RA, O'Banion K, Resnikof P, Luparello TJ, Spector SL. Subjective symptoms of acute asthma within a heterogeneous sample of asthmatics. *J Allergy Clin Immunol* 1973; 52:284-296.
4. Kinsman RA, Spector SL, Shucard DW, Luparello TJ. Observations on patterns of subjective symptomatology of acute asthma. *Psychosom Med* 1974; 36:129-143.
5. Staudenmayer H, Kinsman RA, Dirks JF, Spector SL, Wagaard C. Medical outcome in asthmatic patients: Effects of airways hyperreactivity and symptom-focused anxiety. *Psychosom Med* 1979; 41:109-118.
6. Dirks JF, Jones NF, Kinsman RA. Panic-fear: A personality dimension related to intractability in asthma. *Psychosom Med* 1977; 39:120-126.
7. Dirks JF, Kinsman RA, Jones NF, Fross KH. New developments in panic-fear in asthma: Validity and stability of the MMPI panic-fear scale. *Br J Med Psychol* 1978; 51:119-126.
8. Dirks JF, Kinsman RA, Jones NF, Spector SL, Davidson PT, Evans NW. Panic-fear: A personality dimension related to length of hospitalization in respiratory illness. *J Asthma Res* 1977; 14:61-71.
9. Dirks JF, Kinsman RA, Horton DJ, Fross KH, Jones NF. Panic-fear in asthma: Rehospitalization following intensive long-term treatment. *Psychosom Med* 1978; 40:5-13.
10. Kleiger JH, Dirks JF. Medication compliance in chronic asthmatic patients. *J Asthma Res* 1979; 16:93-96.
11. Dirks JF, Horton DJ, Kinsman RA, Fross KH, Jones NF. Patient and physician characteristics influencing medical decisions in asthma. *J Asthma Res* 1978; 15:171-178.
12. Dirks JF, Schraa JC, Brown EL, Kinsman RA. Psycho-maintenance in asthma: Hospitalization rates and financial impact. *Br J Med Psychol* 1980; 53:349-354.