

# Relación entre ansiedad y depresión en pacientes con asma bronquial

AMPARO SANZ CABRERA<sup>1</sup>, FRANCISCA LOURDES MÁRQUEZ PÉREZ<sup>2</sup>, JACINTO HERNÁNDEZ BORGE<sup>3</sup>

<sup>1y3</sup> Médico Ajunto. Servicio de Neumología.

<sup>2</sup> Jefe de Servicio de Neumología.

Hospital Infanta Cristina. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz.

amparosanzcab@yahoo.es

## RESUMEN

La ansiedad y depresión son patologías psiquiátricas que coexisten en muchos pacientes asmáticos, especialmente en aquellos con asma de control difícil. La prevalencia de estos trastornos probablemente está infra-estimada. Numerosos estudios epidemiológicos ponen de manifiesto que dichas entidades son más frecuentes en pacientes asmáticos que en el resto de la población. Dado que la presencia de estos trastornos puede influir negativamente en el curso de la enfermedad y en el grado de control del asma, parece interesante permanecer alerta ante la posible coexistencia de dichas entidades en nuestros pacientes.

En el presente trabajo pretendemos dar una visión general de tema, haciendo referencia a generalidades, aspectos fisiopatológicos que relacionan el asma y los trastornos psiquiátricos mencionados, papel que juegan los factores psíquicos en el asma, y la evaluación de las variables psicológicas relevantes en nuestros pacientes. Por último, haremos una breve reseña del manejo de factores psíquicos que influyen en el asma, programas de automanejo y educación.

Palabras clave: asma, ansiedad, depresión.

## Introducción

El asma es una enfermedad inflamatoria crónica caracterizada por obstrucción reversible al flujo aéreo e hiperreactividad de la vía aérea, cuya prevalencia es de aproximadamente unos 300 millones de personas en el mundo<sup>1</sup>, estimándose una cifra aproximada de unos 100 millones de afectados más para el 2015<sup>2</sup>. Los principales factores de riesgo para padecer asma incluyen: polución ambien-

tal, incremento de alérgenos, infecciones respiratorias en la infancia, ejercicio físico insuficiente, dieta no equilibrada, bajo nivel socioeconómico, tabaquismo activo o pasivo, susceptibilidad genética o familiar, cambios de estado anímico, y vivir en grandes ciudades o lugares cerrados, entre otros<sup>3-6</sup>.

Desde 2002 a 2007, el coste anual del asma en Estados Unidos fue más de 3.000 dólares por persona<sup>7</sup>. Gran parte de estos gastos se ha atribuido a visitas a servicios de Ur-

gencias, hospitalizaciones y muerte<sup>8</sup>. Un adecuado control del asma se ha convertido en nuestro principal objetivo, dado que un buen manejo de la enfermedad se traduce en una mejor calidad de vida, menor tasa de comorbilidades y menos costes sanitarios<sup>9</sup>.

Los trastornos de ansiedad se caracterizan por sensación de estrés o preocupación sobre diversos eventos o actividades de la vida cotidiana. Se estima que su prevalencia varía de un 5.3 a un 10.4% de la población general. El coste anual que generan pacientes con ansiedad se ha calculado en más de 40 mil millones de dólares, según dos estudios publicados a finales de los años 90<sup>10,11</sup>. Los trastornos de ansiedad se han asociado con varias patologías crónicas tales como enfermedad coronaria, diabetes, EPOC o asma<sup>12</sup>. Diferentes estudios muestran una fuerte asociación entre síntomas respiratorios y el estado psíquico<sup>13</sup>. Teniendo en cuenta que el asma se caracteriza por ataques repentinos de dificultad para respirar, las crisis asmáticas pueden suponer una constante amenaza para los asmáticos. Esta amenaza real o anticipada se acompaña de sensación de tensión, conocida como ansiedad. Esta ansiedad lleva implícitas, en cuanto a lo que a sensaciones físicas se refiere, incremento en la tensión muscular, sudoración, aumento de la frecuencia respiratoria y sensación de opresión torácica. La parte cognitiva de la ansiedad implica dificultad para la concentración, a través de tormenta de ideas y pensamientos desordenados<sup>14</sup>. Por tanto, muchos asmáticos, conviven con la preocupación constante de poder presentar síntomas respiratorios en cualquier momento, lo cual ejerce una influencia negativa sobre su estado mental<sup>15</sup>. La preocupación ante un posible ataque de asma, el deterioro de las relaciones sociales, el absentismo laboral o escolar y la incapacidad para adaptarse a la enfermedad, son piezas clave para entender cómo el asma puede provocar ansiedad o depresión en los pacientes afectados<sup>16</sup>. A su vez, la falta de conocimiento sobre esta patología puede significar una fuente importante de ansiedad para individuos asmáticos y sus familias<sup>17</sup>.

La depresión es el trastorno psiquiátrico más frecuente tanto en niños como en adolescentes, siendo su prevalencia en asmáticos pediátricos del 5 al 15%, aunque se describen síntomas depresivos hasta en un 50 % de ellos, mucho más que en la población sana<sup>18</sup>. En adolescentes asmáticos, la depresión casi se duplica (16.3%, en relación a 8.6%

de los adolescentes sin asma<sup>18</sup>). Es común además que los asmáticos que cursen con depresión, presenten una tercera patología, como trastorno de ansiedad o abuso de sustancias asociado. Así, el 20.7% de los asmáticos fumadores entre 11 y 17 años padece depresión en relación al 6.7% de los asmáticos que no fuman. A su vez, el 29.7% padece ansiedad en comparación con el 12.2% de los adolescentes asmáticos no fumadores de la misma edad<sup>19</sup>.

La depresión es la psicopatología más frecuente en adultos, con cifras de prevalencia publicadas superiores al 16%. Los sentimientos de depresión experimentados por algunos pacientes asmáticos podrían derivarse de una reducida capacidad física para sobrellevar actividades sociales, sexuales, lúdicas y vocacionales<sup>20</sup>.

En base a lo expuesto, un adecuado diagnóstico y tratamiento de ansiedad y depresión en nuestros pacientes con asma podría reducir su morbilidad, mejorar su calidad de vida y supondría una clara repercusión positiva sobre el curso de la propia enfermedad.

## Historia e epidemiología

La asociación entre asma y trastornos psiquiátricos es conocida desde hace siglos. De hecho, ya en la antigua Grecia, Hipócrates de Cos (460-377 a. C) afirmaba que: *"los pacientes asmáticos debían procurar protegerse así mismos de su propia ira..."*<sup>21</sup>. Moisés Maimónides (1135-1204 d. C), escribió el "Tratado del Asma" en el que suscribe que *"la angustia mental, el miedo o el estrés pueden causar asma..."*<sup>22</sup>. Otros como H.H. Salter caracterizaban al asma como una *"enfermedad nerviosa"*<sup>23</sup> y W. Osler, en la segunda mitad del siglo XIX, hace referencia al asma como *"afección neurótica..."*<sup>24</sup>, o French y Alexander que en 1930, postulan que el Asma es uno de los 7 trastornos psicósomáticos existentes<sup>25</sup>. Así, hasta la primera mitad del siglo XX, el asma se consideró un trastorno psicósomático en el cual el estrés emocional y desequilibrios en el sistema nervioso eran la clave de su etiología, y por tanto, el alivio de esa ansiedad o estrés emocional se consideraba la principal intervención terapéutica para hacer frente a esta *"asma nerviosa"*<sup>26</sup>.

A partir de la segunda mitad del siglo XX existe un interés creciente por conocer y estudiar otros posibles factores

desencadenantes del asma, tales como alérgenos o contaminación, por lo que los factores psico-sociales quedarían en un segundo plano. Sin embargo, poco a poco con el paso del tiempo, aquellos olvidados factores psico-sociales vuelven a tener relevancia. En las últimas décadas numerosos trabajos pretenden reflejar la asociación existente entre dichos factores y el asma<sup>26</sup>. Los estudios realizados se han focalizado principalmente en examinar la relación entre los síntomas de ansiedad y la gravedad del asma por una parte, y los síntomas de ansiedad y marcadores fisiológicos de asma (tanto en niños como en adultos y ancianos) por otra. Un estudio realizado por Bennett y cols. concluye que el asma en los niños puede ser más perjudicial para su bienestar emocional que otras patologías, señalando que los niños con asma tienen incluso más riesgo de padecer depresión que los niños con otras patologías crónicas, tales como fibrosis quística o el cáncer<sup>27</sup>. Otro trabajo publicado en el año 2000 por Galil, encuentra que los niños asmáticos desarrollan sentimientos como terror o pánico frente a las crisis asmáticas, lo que puede repercutir a largo plazo en su manera de afrontar la enfermedad. A su vez, el estudio señala que la sobreprotección por parte de los padres o el entorno familiar de niños asmáticos pueden derivar en el desarrollo futuro de trastornos depresivos<sup>28</sup>.

Uno de los estudios más rigurosos en adultos ha sido el realizado por Scott y colaboradores, publicado en 2007, en el que participaron 17 países. Los autores concluyen que los adultos asmáticos tienen una prevalencia de trastorno depresivo que oscila del 5 al 25% y de trastorno ansiedad generalizado que puede llegar al 6,7%. Este trabajo señala que los adultos con asma tienen un riesgo incrementado de desarrollar depresión o trastornos de ansiedad<sup>29</sup>. Netjey y colaboradores, publican otro estudio que evalúa la presencia de depresión en una cohorte de pacientes asmáticos graves y muestra una prevalencia mucho mayor que la señalada en el estudio realizado por Scott (un 41%). Además, es más prevalente la coexistencia de trastornos psiquiátricos en pacientes asmáticos con mayor gravedad<sup>30</sup>.

Ortega y cols. estudian 2.554 ancianos ibero-americanos con patología cardiovascular, diabetes y asma, y concluyen que sólo los asmáticos tenían mayor riesgo de desarrollar trastornos depresivos<sup>31</sup>. Por otro lado, Niti y colaboradores comparan la tasa de depresión entre ancianos asiáticos con enfermedad crónica con la de ancianos sanos, y concluyen

que la depresión es más prevalente entre los pacientes con patología crónica y, entre ellos, los asmáticos y los pacientes con EPOC eran el grupo de mayor riesgo<sup>32</sup>.

## Asma y trastornos psiquiátricos: generalidades

Como venimos exponiendo, estudios recientes sugieren que los factores psíquicos juegan un papel decisivo en la génesis y evolución del asma. Es importante conocer la relación existente entre las emociones y el asma, pues de alguna manera las emociones repercuten en aspectos fundamentales del asma. En este sentido cabe destacar los siguientes aspectos:

- En el curso de la enfermedad, los pacientes asmáticos con depresión o ansiedad visitan con mayor frecuencia los Servicio de Urgencias y la gravedad del asma muestra a su vez una relación directa con la gravedad de los síntomas por depresión<sup>33</sup>.
- Existe una importante repercusión en los costes de la enfermedad: los asmáticos que padecen una segunda patología, consumen más medicamentos y visitan mayor número de sanitarios. Los pacientes que además padecen ansiedad o ataques de pánico hacen uso innecesario de medicación inhalada por síntomas como disnea que, según se ha demostrado, no compromete la función respiratoria del paciente<sup>34</sup>.
- Sobre la mortalidad. La depresión aumenta el riesgo de padecer estado asmático y de muerte súbita, debido en parte a una menor adherencia al tratamiento<sup>35</sup>.
- En la prevención. El tratamiento con antidepresivos tricíclicos en pacientes asmáticos que padecen depresión mayor ha revelado mejoría en los síntomas y el uso menos frecuente de inhaladores, así como mejoría en la calidad de vida<sup>18</sup>.

La relación entre factores psíquicos, emocionales y el asma, puede explicarse por las siguientes hipótesis<sup>36</sup>:

- a) El asma por sí misma, incrementa el riesgo de desarrollar ansiedad y depresión. En algunos niños el inicio de los síntomas alérgicos o respiratorios es anterior al inicio de síntomas de ansiedad o del trastorno del estado

ánimico. Por eso, es razonable afirmar que las manifestaciones clínicas del asma y la necesidad de tratamiento de mantenimiento y de rescate pueden causar estrés que derive en un trastorno de ansiedad. Teoría cognitiva y biológicas soportan esta hipótesis:

- La cognitiva postula que el asma puede generar creencias temerosas sobre los síntomas respiratorios que puedan conducir a trastornos de ansiedad<sup>37</sup>.
- La teoría biológica postula que experiencias repetidas de hipoxia e hipercapnia pueden sensibilizar los circuitos neuronales situados en la amígdala y el locus cereleus que controlan la respuesta al miedo, convirtiéndose en hiperreactivos a las crisis asmáticas, y generando un estado de ansiedad constante y mantenido en el paciente afecto<sup>37</sup>.

b) Trastornos del estado anímico y ansiedad conducen a un mayor riesgo de desarrollar asma<sup>36</sup>.

## Asma y trastornos psiquiátricos: aspectos fisiopatológicos

### A. Asociaciones genético-familiares entre asma y trastornos psiquiátricos

Se ha cuestionado si la genética podría estar involucrada en la relación existente entre los trastornos psiquiátricos y el asma. Estudios recientes como el de Ortega<sup>38</sup>, aportan pruebas fehacientes de que la prevalencia de trastornos del estado de ánimo está incrementada en los padres de niños asmáticos, pero la prueba más directa que soporta un vínculo genético entre asma y depresión viene del estudio realizado por Wamboldt en gemelos finlandeses, en los que se muestra la asociación de enfermedades atópicas y síntomas depresivos, encontrando que hasta el 64% de esta asociación se debía principalmente a factores genéticos<sup>39</sup>.

La exposición a factores estresantes en la edad temprana puede contribuir a incrementar el riesgo de que el niño asmático pueda desarrollar depresión. El estrés materno durante el embarazo puede afectar al desarrollo de sistema nervioso, sistema inmune y respiratorio del feto. De hecho, el feto es especialmente sensible a estímulos de estrés, sensibilidad se manifiesta por una frecuencia más alta de sín-

tesis de DNA en esos casos<sup>40</sup>. El estrés postnatal también parece jugar un papel en la génesis del asma. La exposición a estrés en la infancia se asocia, tanto con un riesgo incrementado de desarrollar asma<sup>41</sup>, como de trastornos psiquiátricos. A su vez, se ha demostrado la asociación entre un amplio margen de trastornos mentales y el posterior desarrollo de asma en la edad adulta<sup>42</sup>. Por otro lado, es interesante reseñar que el asma es una patología en la que la familia juega un papel crucial. La prevalencia de asma suele ser inversamente proporcional al nivel socio-económico familiar. Además, los niños asmáticos con nivel socio-económico bajo tienen historia de más hospitalizaciones y agudizaciones que los niños asmáticos con mejor nivel socio-familiar<sup>40</sup>.

Por otra parte, un número considerable de estudios familiares han investigado la prevalencia de asma o atopia en la descendencia de adultos con trastornos de ansiedad. Estos resultados han sugerido que hay un incremento en la frecuencia de atopia entre los descendientes de padres con trastornos de ansiedad comparados con controles sanos<sup>43-46</sup>.

### B. Papel del sistema inmune

El efecto del estrés sobre la función inmune ha sido objeto de extensos estudios de investigación. El estrés es capaz de estimular el eje hipotálamo hipofisario adrenal, produciéndose un aumento del cortisol y catecolaminas, que podrán producir un desbalance a favor de las interleukinas (IL) 4 y 5, implicadas en la patogenia del asma, así como de los linfocitos TH2 con respecto a linfocitos TH1, lo que favorece el asma y enfermedades alérgicas; de manera que, si el estrés es mantenido, se producirá un notable aumento adicional en la respuesta inflamatoria de la vía aérea del paciente asmático<sup>40,47-49</sup>. Además, según Marshall y Agarwal, el estrés se ha asociado con supresión de la actividad de las células *natural killer*, así como con proliferación linfocítica y producción de interferón-gamma<sup>50</sup>. Por otro lado, las agudizaciones de asma mediadas por el estrés pueden producir múltiples alteraciones inmunes, incluyendo disregulación de citocinas o hiperreactividad de la vía aérea mediada por el reflejo vaga<sup>50,51</sup>. Las hormonas vinculadas al estrés favorecen la inflamación a través de inducción de IL-1, IL-6, IL-8, IL-18, factor de necrosis tumoral- alfa, y proteína C

reactiva, así como a través de la activación de la hormona liberadora de corticotropina<sup>52</sup>.

### C. Papel sistema nervioso autónomo

El sistema nervioso autónomo se regula por el sistema parasimpático y simpático. El primero transporta predominantemente impulsos de mecanorreceptores y de índole quimiosensitiva, y el segundo y sus aferentes transportan principalmente sensaciones de temperatura y de alguna lesión de los tejidos de origen mecánico o térmico<sup>18</sup>. En la mayor parte de los casos los neurotransmisores simpáticos y parasimpáticos se pueden considerar como antagonistas fisiológicos o funcionales. La acción integradora del sistema nervioso autónomo tiene importancia vital para el bienestar del organismo, siendo su principal regulador. Por ejemplo, la actividad simpática sobre el músculo liso en tráquea y bronquiolos produce su relajación, mientras que la parasimpática sobre estas estructuras ocasiona contracción<sup>18</sup>.

El modelo de disregulación autonómica de Miller describe la relación entre factores psíquicos, su repercusión en la reactividad de las vías aéreas en pacientes asmáticos y su traducción clínica. Muestra que factores como la desesperanza, la depresión o el enfado pueden estimular vías autonómicas distintas en pacientes asmáticos con y sin depresión. Este modelo postula que, en el grupo de pacientes asmáticos con depresión se estimula la vía parasimpaticomimética, a través del nervio vago, aumentando así la resistencia de la vía aérea, a diferencia del grupo de pacientes asmáticos sin depresión, en los que predomina el estímulo de la vía simpaticomimética y por tanto, sin aumento de la resistencia inicial de las vías aéreas (respuesta habitual al estrés<sup>53</sup>).

Tanto el sistema nervioso simpático como el parasimpático están también involucrados en el campo de las emociones<sup>54</sup>. Los individuos con estados de estrés prolongado, están sometidos a un aumento de actividad parasimpática. Así, en los sujetos en los que el sistema parasimpático es particularmente reactivo, puede haber una mayor respuesta parasimpática al estrés y ser más propensos a presentar mayor acidez de estómago, cefaleas tensionales, etcétera. Incluso en algunas ocasiones, esos estímulos de estrés experimen-

tados por algunos pacientes pueden derivar en reacciones vaso-vagales que a veces culminan en desmayo e incluso en cuadro sincopal<sup>34</sup>.

### D. Asma e hiperventilación

Otro mecanismo implicado en la génesis de las crisis asmáticas es el producido por las sensaciones experimentadas por el sujeto en relación con situaciones de miedo o pánico, a través de un incremento de la ventilación asociado con el reflejo de lucha/huida. Esto podría ocurrir bien directamente, o bien por expresión vocal de la emoción, a través del grito, risa, llanto... etc. Estas actividades se acompañan de un incremento de frecuencia y/o profundidad de la respiración. Cualquiera podría, por tanto, conducir a hiperventilación. La hiperventilación incrementa la cantidad de aire frío respirado, y el hecho de respirar aire frío es un conocido desencadenante de crisis asmática<sup>34</sup>.

### E. Otros: factores farmacológicos

Los corticoides son los fármacos más comúnmente utilizados en el tratamiento de pacientes con asma y su uso continuado puede conducir, entre otros efectos adversos, a la depresión. Horowitz postula que glucocorticoides e inflamación se han visto implicados en la génesis de la depresión. Hay numerosas pruebas científicas que indican que la hiperactividad del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal y la disfunción del receptor de los glucocorticoides están presentes en un número significativo de pacientes que tienen depresión; y hay también pruebas del incremento de procesos inflamatorios en pacientes deprimidos con altos niveles de citocinas, incluyendo altos niveles de IL 1 e IL 6<sup>54</sup>.

## Papel de los factores psíquicos en el asma<sup>55</sup>

El conocimiento de un asmático y su entorno socio-familiar sobre su proceso respiratorio puede influir positiva o negativamente en el curso de la enfermedad. Por ello, tanto las variables cognitivas como las emocionales o conductuales, desempeñan un papel fundamental en la evolución del asma (Weiss, 1994).

## A. Variables cognitivas

Una correcta información y un apropiado estado de alerta son elementos cruciales para controlar el asma y reducir al mínimo su impacto sobre el estilo de vida. Si un paciente asmático identifica cuáles son los factores o agentes desencadenantes de su proceso, puede tomar medidas al respecto evitando su exposición a los mismos. Por otro lado, los pacientes que están alerta sobre sus síntomas pero no manifiestan una preocupación excesiva sobre ellos, evitan el pánico innecesario durante las crisis asmáticas. El hecho de poder identificar factores de riesgo o signos de alerta y actuar en consecuencia, hace que el paciente tenga una sensación de control de la situación. A su vez, quienes comprenden y cumplimentan adecuadamente su tratamiento suelen sentirse menos indefensos, y aceptan su enfermedad y muestran mayor adherencia al tratamiento. Desgraciadamente, un número elevado de pacientes no tiene estas características, debido a que, por un lado el equipo médico no suele proporcionarles las habilidades para un adecuado auto-manejo, y por otro a que en muchas ocasiones, son los propios pacientes los que no expresan de manera clara sus pensamientos o sentimientos en la consulta y son reacios a aceptar las recomendaciones recibidas en ella<sup>55</sup>.

Por todo lo expuesto, el equipo médico responsable del paciente debe indagar en todos estos aspectos para ofrecer un adecuado manejo de la enfermedad.

## B. Variables emocionales<sup>55</sup>

Las emociones, tanto positivas como negativas, son desencadenantes o agravantes de las crisis asmática. En 1994, Weiss señalaba cuatro patrones distintos de relación emoción-crisis asmática:

- I. Emoción→asma: en este esquema, una emoción fuerte puede desencadenar una crisis asmática.
- II. Emoción→conducta→asma: dentro de este esquema puede ocurrir que la emoción deriva en un tipo de conducta que desencadene la crisis asmática. Por ejemplo, la ira puede llevar al grito o la ansiedad y a la hiperventilación.
- III. Emoción→conducta→estímulo fisiológico→asma: en este caso, la emoción y la conducta provocan una reac-

ción asmática porque exponen al paciente a un estímulo fisiológico nocivo.

- IV. Asma→reacción emocional→síntomas secundarios: en este esquema, el paciente que por cualquier razón sufra una crisis asmática, reacciona de un modo que agrava su intensidad e incluso, induce complicaciones secundarias. Suele ser más frecuente en pacientes con asma de inicio en la edad adulta, que no han tenido tiempo de adaptarse a su enfermedad. En este apartado suelen jugar un papel importante los familiares del paciente, ya que si éstos muestran un exceso de atención o preocupación pueden agravar el problema y generar lo que se conoce como "conducta de enfermedad"<sup>55</sup>.

El miedo y el pánico tienen grandes efectos sobre el comportamiento de la enfermedad entre los asmáticos. Puntuaciones muy altas en las escalas que evalúan dichas sensaciones se han asociado con hospitalizaciones prolongadas y con sobremedicación, independientemente del grado de alteración de la función pulmonar<sup>34</sup>.

## C. Variables conductuales

Existen diversas conductas, hábitos, aficiones, u otras circunstancias, como uso incorrecto de tratamiento inhalado etc... que en el paciente asmático pueden desencadenar agudizaciones; por tanto el déficit de habilidad para evitar o corregir esas conductas, suponen un riesgo para el paciente<sup>55</sup>.

## Evaluación de las variables psíquicas que influyen en el asma

Dado el vínculo existente entre ansiedad, depresión y asma, debemos plantearnos, que en el paciente asmático, la entrevista clínica, más allá de una minuciosa anamnesis del problema respiratorio en sí, requerirá de un abordaje integral que comprenda el estudio de las diversas comorbilidades que puedan influir en el curso de la enfermedad, y entre ellas, como venimos señalando en el presente trabajo, los trastornos psiquiátricos. A la hora de investigar si nuestros pacientes asmáticos pueden tener asociado un trastorno ansioso-depresivo, va a ser fundamental el conocimiento de

las diversas circunstancias y condiciones que desencadenen o agraven las crisis, las estrategias por parte del paciente para afrontarlas, las reacciones de sus allegados y el impacto sobre su estilo de vida. Debemos indagar en el papel que juegan las emociones en los episodios de crisis, así como extraer conclusiones respecto a si dichas emociones son los verdaderos estímulos capaces de desencadenar y agravar su asma. Para ello, disponemos de varios cuestionarios que serán de gran utilidad para descartar posibles síntomas de ansiedad/depresión en nuestros pacientes.

### A. Escala de ansiedad de Hamilton (Hamilton Anxiety Scale, HAS)

La escala de ansiedad de Hamilton<sup>56</sup> (Hamilton Anxiety Scale, HAS). Se trata de uno de los instrumentos más utilizados en estudios sobre ansiedad. Puede usarse para valorar la intensidad de la ansiedad de una forma global en pacientes que reúnan criterios de ansiedad o depresión y para monitorizar la respuesta al tratamiento. No distingue síntomas específicos de un trastorno de ansiedad, ni entre un desorden de ansiedad y una depresión ansiosa. A pesar de discriminar adecuadamente entre pacientes con ansiedad y controles sanos, no se recomienda su uso como herramienta de criba ni de diagnóstico.

Consiste en una escala heteroaplicada de 14 ítems, 13 referentes a signos y síntomas ansiosos y el último que valora el comportamiento del paciente durante la entrevista. El propio autor<sup>56</sup> indicó para cada ítem una serie de signos y síntomas que pudieran servir de ayuda en su valoración, aunque no existen puntos del anclaje específicos. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. La puntuación total es la suma de las de cada uno de los ítems. El margen posible se encuentra entre 0-56 puntos. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). No existen puntos de corte para distinguir población con y sin ansiedad y el resultado debe interpretarse sólo como una cuantificación de esta, resultando especialmente útil sus variaciones a través del tiempo, o tras recibir tratamiento<sup>57,58</sup>. La escala puede utilizarse para valorar ansiedad generalizada cuando no existen ataques de pánico o cuando no se han producido en

los últimos 3 días, preguntado por los síntomas entre los ataques. En estos casos se ha propuesto de forma orientativa la siguiente valoración: 0-5 puntos no ansiedad, 6-14 ansiedad menor,  $\geq 15$  ansiedad mayor. Kobak<sup>59</sup> propone la puntuación igual o mayor de 14 como indicativa de ansiedad clínicamente manifiesta.

### B. Inventario de depresión de Beck.

El Inventario de Depresión de Beck<sup>60</sup> (BDI, BDI-II), creado por el psiquiatra e investigador Aaron T. Beck, es un cuestionario autoadministrado que consta de 21 preguntas de respuesta múltiple. Es uno de los instrumentos más comúnmente utilizados para medir la intensidad de la depresión. Las versiones más actuales de este cuestionario pueden utilizarse en mayores de 13 años de edad. Está compuesto por ítems relacionados con síntomas depresivos, como la desesperanza e irritabilidad, cogniciones como culpa o sentimientos como estar siendo castigado, así como síntomas físicos relacionados con la depresión, (por ejemplo, fatiga, pérdida de peso y de apetito sexual). El BDI es bastante utilizado como herramienta de evaluación de la depresión por profesionales de la salud y por investigadores en diversas áreas. El resultado del BDI no es suficiente para realizar un diagnóstico de depresión, se necesitan evaluaciones complementarias (entrevista psicológica/psiquiátrica, valoración del contexto psicosocial, etc.), pero es una herramienta útil para despistaje o control.

El cuestionario consta de 21 preguntas, proporcionando cada pregunta una puntuación entre 0 y 3. Los puntos de corte sugeridos para interpretar el resultado son los siguientes: normal (0-10), ligero trastorno emocional (11-16), depresión clínica borderline (17-30), depresión moderada (21-30), depresión grave (31-40) y depresión extrema (más de 40).

## Manejo de los factores psíquicos que contribuyen al asma<sup>55</sup>

El abordaje del manejo de estos factores psíquicos comienza con una formulación diagnóstica del problema, en la que se describen cuáles son los factores que mantienen las

manifestaciones clínicas del sujeto y cuál sería la intervención más adecuada para modificarlos. Existe un conjunto de habilidades conductuales descritas por Weiss en 1994, y que se pueden incorporar al tratamiento psicológico del asma bronquial:

- A. Corregir creencias erróneas sobre el tratamiento del asma.
- B. Conocer las condiciones que desencadenan y agravan el asma.
- C. Reconocer los signos tempranos de la crisis y saber responder a ellos.
- D. Aprender técnicas de relajación y respiración abdominal.

## Programas de automanejo y educación

Los programas de auto-manejo constituyen una aportación fundamental para el tratamiento del asma. Suponen una estrategia de intervención global sobre esta patología respiratoria, cuyo objetivo es aportar una adecuada información al paciente acerca de su proceso, así como dotarle de las habilidades y herramientas necesarias para intentar controlar aquéllos comportamientos que inciden en el asma y cuya eficacia ha sido bien establecida<sup>55</sup>. A su vez, los programas terapéuticos conductuales ofrecen diferentes puntos de unión para reducir la ansiedad en los pacientes asmáticos. Del mismo modo, el conocimiento de factores desencadenantes de asma, así como sus medidas de evitación, incrementaría la sensación de control de enfermedad y por tanto podría reducir la ansiedad<sup>14</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Braman SS. The Global Burden of Asthma. *Chest* 2006; 130:45-125.
2. Masoli M, Fabian D, Holt S, Beasley R. The global burden of asthma: executive summary of the GINA dissemination committee report. *Allergy* 2004; 59:469-478.
3. Selma Oncel, PH.D, Zeynep Canli Ozer, PH.D and Muaylla Yilmaz PH. D. Living with asthma: An analysis of patient's perspectives. *J Asthma* 2012; 49:924-302.

4. Teke T, Ozer F. Asthma and Asthma related symptoms prevalence among Selçuk University Students. *J Gen Med* 2008; 18:12-21.
5. Dabglu G, Ozkurt S, Evyapan FF, Kiter G, Zencir M, Baser S. Prevalence of Asthma symptoms and risk factors adults in 20-49 age group within Denizli city center. *J Turkey Thorac Soc* 2006; 7:151-55.
6. Anto JM. The causes of asthma: The need to look at the data with different eyes. *Turkiye Kinikeri. J Allergy-Asthma* 2004; 6:69-72.
7. Barnett SB, Nurmagambetov TA. Costs of asthma in th United States. 2002-2007. *J Allergy Clin Immunol*, 2011; 127:145-152.
8. Weiss KB, Gergen PJ, Hodgson TA. An economic evaluation of asthma in the U. S. *N Engl J Med.* 1992; 326:862-66.
9. Doz M, Chonaid C, Com-Ruelle L et al. The association between asthma control health costs and quality of life in France and Spain. *BMC Pulm Med* 2013;13(15). DOI: 10.1186/1471-2466-13-15.
10. No: DuPont RL, Rice DF, Miller LS, Shiraki SS, Rowland CR, Harwood HJ. Economic costs of anxiety disorders. *Anxiety* 1996; 2:167-172.
11. Greenberg PE, Sisitsky T, Kessler RC et al. The economic burden of anxiety disorders in the 1990s. *J Clin Psychiatry* 1999; 60:427-435.
12. Elan Gada, MD; David A. Khan, MD; Laura F DeFina, MD; and E. Sherwood Brown, MD, PhD. The relationship between asthma and self-reported anxiety in a predominantly healthy adult population. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2014; 112: 329-332.
13. Mai Leander, Erik Lampa, Anna Rask-Andersen et al. Impact of anxiety and depression on respiratory symptoms. *Respiratory Medicine* 2014; 108:1594-1600.
14. C. Ten Thoren and F. Petermann. Reviewing Asthma and Anxiety. *Respiratory Medicine* 2000; 941:409-415.
15. Demir T. Stress and asthma. IU. Cerraphpasa Faculty of Medicine Symposium on Continuing Medical Education Activities. *Istanbul* 2005; 7:1-5.
16. Mancuso CA, Westermann H, Chol TN, Wenderoth S, Briggs WM, Charlson M. Psychological and somatic symptoms in screening for depression in asthma patients. *J Asthma* 2008; 45:221-25.
17. Trollvik A, Severinsson E. Parents experiences of asthma: process from chaos to coping. *Nurs Health Sci* 2004; 6:93-99.
18. Lorena Suárez Idueta, José G. Huerta López, Horacio del Olmo Téllez. Aspectos Psicológicos del asma. *Alergia, Asma e Inmunología Pediátricas* 2010; 19:18-22.
19. Bush T, Richardson L, Katon W et al. Anxiety and depressive disorders are associated with smoking adolescents with asthma. *J Adolesc Health* 2007; 40:425-32.
20. Snadden D, Brown JB. The experience of asthma. *Soc Sci Med* 1992; 34 (42): 1351-1361.
21. Adams F. The genuine works of Hippocrates. London. The Sydenham Society, 1849.

22. Rosner F. Moses Maimonides' treatise on asthma. *Thorax* 1981; 36:45-251.
23. Salter HH. *On Asthma: Its Pathology and Treatment*. London, John Churchill and Jons, 1860.
24. Osler W. *The Principles and Practice of Medicine*. New York, D. Appleton and company, 1892.
25. French T, Alexander F: *Psychogenic Factors in bronchial Asthma*. Psychosomatic Medicine Monographs, Vol 4. National Research Council, 1941.
26. J Douwes, C. Brooks, N. Pearce. Asthma nervosa: old concept, new insights. *Eur Respir J* 2011; Vol 37:986-990.
27. Bennet DS: Depression among children with chronic medical problems: a meta-analysis. *J Pediatr Psychol* 1994; 19:149-169.
28. Galil N: Depression and asthma in children. *Curr Opin Pediatrics* 2000; 12:331-35.
29. Scott KM, Von Korff, Ormel J et al: Mental disorders among adults with asthma: results from the World Mental Health Survey. *Gen Hosp Psychiatry* 2007; 29:129-133.
30. Nejtex VA, Brown ES, Khan DA, Moore JJ, Van Wagner J, Perantje DC: Prevalence of mood disorders and relationship to asthma severity in patients at an inner-city asthma clinic. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2001; 87:129-133.
31. Ortega AN, Feldman JM, Canino G, Steinman K, Alegria M: Co-occurrence of mental and physical illness in US Latinos. *Soc Psychiatry Epidemiol*. 2006; 41:927-934.
32. Niti M, NgTP, Kua EH, Ho RC, Tan CH: Depression and chronic medical illness in Assian older adults: the role of subjective health and functional status. *Int. J Geriatr Psychiatry* 2007; 22:1087-1094.
33. Waxmondy J, Wood B et al. Association of depressive symptoms and disease activity in children with asthma; methodological and clinical implications. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr* 2008; 45:945-954.
34. Lehrer P, Isenberg S, Hochran S. Asthma an emotion: a review. *Journal of Asthma* 1993; 30:5-21.
35. Flynn R, Kifuji K; Summergrand P. Medical conditions with psychiatric manifestations. *Adolesc Med* 2006; 17:49-77.
36. Fabiano di Marco, Pierochille Santos and Stefano Centanni. Anxiety and depression in asthma. *Current Opinion in Pulmonary Medicine* 2011; 17:39-44.
37. Katon WS, Richardson L, Lozano P et al. The relationship of asthma and anxiety disorders. *Psychom Med* 2004; 66:349-355.
38. Ortega AN, Goodwin RD, McQuaid EL, Canino G: Parental mental health, childhood psychiatric disorders and asthma attacks in islan Puerto Rican youth. *Ambul Pediatr* 2004; 4:308-315.
39. Wamboldt MZ, Hewitt JK, Schmitz S: Familial association between allergic disorders and depression in adult Finnish twins. *Am J Med Genet* 2000; 96:146-153.
40. Ryan J Van Lieshout, Glenda M, McQueen. Relations between Asthma and Psychological Distress: An old Idea Revisited. *Chem Immunol Allergy, Basle, Karger*; 2012; 98:1-13.
41. Wriugh RJ, Finn P, Contreras JP et all: chronic corgiver stress and IgE expression, allergen-induce proliferation and cytokine profiles in a birth cohort presiposed to atopy. *J Allergy Clin Immunol* 2004; 113:1051-57.
42. Jordi Alonso, Peter de Jogne, Carmen CW Lim et all. Association between mental disorders and subsequent adult onset asthma. *Journal of Psyciatric Research* 2014; 59:179-188.
43. Merikangas KR, Avenevolis, Dierker L, Frillon C: Vulnerability factors among children at risk for anxiety disorders. *Biol Psychiatry* 1999; 46:1523-1535.
44. Slattery MJ, Klein DF, Mannuzza S et al: Relationship between separation anxiety disorder, parental panic disorder and atopic disorders in children: A controlled high-risk study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002; 41:947-954.
45. Renee D Goodwin. Ashtma and Anxiety Disorders. *Adv Psychosom Med*. Basel, Karger, 2003; 24:51-71.
46. Wamboldt MZ, Weintraub P, Krafchick D, Wamboldt FS: Psychiatric family history in adolescents with severe asthma. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35:1042-49.
47. Van Lieshout RJ, Bienesnstac J, McQueen GM: A review of candidate pathways underlying the association between asthma and major depressive disorder. *Psychosom Med* 2009; 71:187-195.
48. Von Herten LC: Maternal stress and T-cell differentiation of the development of asthma and atopy. *J Allergy Clin Immunol* 2002; 109:923-28.
49. Ana F Trueba, Erica Simon, Richard J. Auchus, Thomas Ritz. Cortisol response to acute stress in asthma: Moderation by depressive mood. *Physiology & Behaviour* 2016; 159:20-26.
50. Marshall GD and Agarwal SK. Stress immune regulation and immunity: Applications for asthma. *Allergy Asthma Proc* 2000; 21:241-46.
51. Marianne Frieri MD PhD, Maeve O'Connor MD and Mervat Nas-sef MD. Asthma, stress and depression in women. 2015; 36:256-261.
52. Calcagni E and Elenkov I. Stress system activity, innate and T helper cytokines and susceptibility to immune-related diseases. *Ann NY Acad Sci* 2006; 1069: 62-76.
53. Miller B, Wood B, Lim J, Ballow M. Depressed children with asthma evidence increased airway resistance "vagal vias" as a mechanism? *J Allergy Clin Immunol* 2009; 124:66-73.
54. Horowitz MA, Zunszain PA, Anacker C et al. Glucocorticoids and inflammation: A double-headed sword in depression? How do neuroendocrine and inflammatory pathways interact during stress to contribute to the pathogenesis of depression? *Med Trends Pharmacopsychiatry* 2013; 18:127-143.

55. Isaac Amigo Vázquez, Concepción Fernández Rodríguez, Mario Pérez Álvarez. Asma Bronquial. Manual de Psicología de la salud. 3ª Edición. En: Ediciones Pirámide (Grupo Anaya S.A) Ed. Madrid, 2009. p. 213-220.
56. Hamilton, M. The assessment of anxiety states by rating. *Brit J Med Psychol* 1959; 32:50-55.
57. Kellner R, Kelly AV, Sheffield BF. The assessment of changes in anxiety in a drug trial: a comparison of methods. *Br J Psychiatry* 1968; 114:863-69.
58. Maier W, Buller R, Philipp M, Heuser I. The Hamilton Anxiety Scale: reliability, validity and sensitivity to change in anxiety and depressive disorders. *J Affect Disor* 1988; 14:61-8.
59. Kobak KA, Reynolds WM, Greist JH. Development and validation of a computer-administered version of the Hamilton Anxiety Scale. *Psychological Assessment*, 1993; 5:487-492.
60. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J (196). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry* 1961; 4:561-571.