

Asma de inicio en la infancia: Impacto en la personalidad y la psicopatología en una muestra de adolescentes

Tatiana Lacruz-Gascón¹, Jessica Moraleda-Merino¹, Montserrat Graell-Berna², José R. Villa-Asensi² y Ana R. Sepúlveda-García¹

¹Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España

²Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid, España

Abstract: *Asthma of childhood onset: Impact on personality and psychopathology in a sample of adolescents.* Asthma is the most common chronic disease in childhood, with a prevalence of 14%. The aim of this study was to examine the personality profile and psychopathology in a sample of adolescents with asthma, and their relationship with the clinical variables of this disease. Participants were thirty girls with asthma of between 12 and 17 years old. Twenty-two per cent had a comorbid psychological disorder and 36.7% a pathological interference of obsessive-compulsive symptomatology. We also found higher scores on Novelty Seeking and Reward Dependence, and lower scores on Persistence and Spirituality. There were no significant relationships between the clinical variables and the psychopathology variables. The relationship between asthma and psychopathological variables is still not very clear and more research is needed in order to improve the treatment of asthmatic patients.

Keywords: Asthma; personality; adolescent; anxiety; depression.

Resumen: El asma es la enfermedad crónica más común en la infancia, con una prevalencia del 14%. El objetivo de este estudio fue examinar el perfil de personalidad y de psicopatología en una muestra de adolescentes con asma, y su relación con las variables clínicas de la enfermedad de asma. Las participantes fueron treinta chicas con asma y una edad comprendida entre los 12-17 años. Se encontró que un 22% presentó un trastorno psicológico comórbido, y un 36.7% una interferencia patológica de los síntomas obsesivo-compulsivos. También encontramos una mayor Búsqueda de Novedad y Dependencia de la Recompensa, y una menor Persistencia y Espiritualidad. No se encontraron relaciones significativas entre las variables relacionadas con la enfermedad de asma y las variables de psicopatología. La relación entre el asma y las variables de psicopatología sigue sin estar clara y se necesita más investigación al respecto para mejorar la intervención en los pacientes con asma.

Palabras clave: Asma; personalidad; adolescentes; ansiedad; depresión.

Introducción

El asma es la enfermedad crónica más común en la infancia, con una prevalencia infantil del 14%. El riesgo de padecer asma y la carga de la enfermedad (discapaci-

dad y muerte prematura) es mayor en niños y adolescentes. Añadido a las múltiples consecuencias físicas, el asma es una enfermedad que requiere un cuidado diario y hospitalizaciones frecuentes, lo cual supone una alteración en la vida de los pacientes y un desajuste en su desarrollo personal.

En diferentes estudios se ha encontrado que el asma es una enfermedad médica que está influida por factores psicológicos que pueden vincularse con su aparición, mantenimiento o agravamiento (Alonso et al., 2014; Goodwin, Jacobi, y Thefeld, 2003; Hasler et al., 2005). Aunque ha existido debate sobre si el asma se produce previamente al trastorno psicológico (Kean, Kelsay,

Recibido: 13 de septiembre 2018; aceptado: 08 de enero 2019
 Correspondencia: Dra. Ana R. Sepúlveda, Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Madrid, C/ Iván Pavlov, 6, Campus de Cantoblanco, 28049 Madrid, España. Correo-e: anarosa.sepulveda@uam.es
 Agradecimientos: El proyecto ANOBAS ha recibido financiación por parte del Ministerio de Ciencia e Innovación, Plan Nacional I +D+ i 2008/11 (PSI2011-23127). Nos gustaría agradecer a las familias su participación.

Wamboldt, y Wamboldt, 2006), o son las personas con un trastorno psicológico previo las que tienen más posibilidad de desarrollar asma (Alonso et al., 2014; Chida et al. 2008; Goodwin et al., 2009). Actualmente parece considerarse que esta relación es bidireccional y que se da en ambos sentidos (Chida et al., 2008; Del Giacco et al., 2016; Hasler et al., 2005; Van Lieshout y MacQueen, 2012). Por ello resulta necesario estudiar las consecuencias psicológicas que tiene este tipo de enfermedades cuando aparecen en la infancia.

El asma se encuentra ligado a una importante atención médica, y a diversas enfermedades físicas comórbidas como alergias, dermatitis, reflujo gastroesofágico (RGE) y apnea del sueño. Además, se asocia comúnmente a síntomas ansiosos y depresivos, y al riesgo de desarrollar un trastorno de ansiedad o depresión (Fathy et al., 2014; Goodwin et al., 2003; Lu et al., 2012; Pinquart y Shen, 2011). Se estima que los menores de 18 años con asma tienen una prevalencia de trastorno de ansiedad de 22.7%, lo que es más de tres veces la prevalencia en jóvenes sanos (Dudeney, Sharpe, Jaffe, Jones, y Hunt, 2017). Además de la gravedad que tienen estos datos por sí mismos, presentar un trastorno psicológico comórbido se ha relacionado con consecuencias físicas como un peor control del asma, un mayor número de hospitalizaciones y de urgencias (Pilipenko, Karekla, Georgiou, y Feldman, 2016). Asimismo, tener un peor control del asma se ha asociado con un mayor número de síntomas obsesivos compulsivos, ataques de pánico, síntomas depresivos y de ansiedad (Lu et al., 2014); y tener un buen control del asma, por su parte, se relaciona con un menor riesgo de ansiedad y depresión (Letitre, de Groot, Draaisma, y Brand, 2014; Lu et al., 2014). Sin embargo, en un estudio en que no se estudia la variable «control del asma» no se encuentran diferencias entre las puntuaciones de los pacientes con asma y controles sanos en obsesividad, ansiedad somática y ansiedad fóbica (Fathy et al., 2014).

Por otra parte, se han encontrado características disposicionales de los pacientes adolescentes, como las variables de personalidad, que son relativamente estables en la persona y mejoran o empeoran el proceso de enfermedad. Por ejemplo, los rasgos de personalidad bajo neuroticismo y alta extraversión (Van de Ven y Engels, 2011) y una mayor competencia emocional (Lahaye, van Broeck, Bodart, y Luminet, 2013) se relacionan con una mejor calidad de vida en adolescentes con asma.

Esta relación entre la personalidad y otras variables también se mantiene en la vida adulta, donde las variables de personalidad se relacionan con el control de los síntomas (Kim et al., 2015), la calidad de vida (Kim et al., 2015), la adherencia al tratamiento (Cheung, LeMay,

Saini, y Smith, 2014), la duración de la enfermedad (Gulec, Gulec, Oztuna, y Kose, 2010) y la gravedad de la misma (Gulec et al., 2010).

Los objetivos de la presente investigación fueron examinar las variables de psicopatología y diagnóstico clínico, y el perfil de personalidad en una muestra de adolescentes con asma de inicio temprano; posteriormente, explorar la relación de estas variables con las variables relacionadas con la enfermedad de asma; y por último, explorar la asociación entre las variables de psicopatología y de personalidad.

Método

Participantes

En el estudio participaron 30 adolescentes mujeres con edades comprendidas entre los 12 y los 17 años. Este estudio se realizó dentro de un proyecto más amplio titulado: «Marcadores biológicos, psicológicos, medio-ambientales y familiares para optimizar el diagnóstico, pronóstico y el tratamiento en trastornos del comportamiento alimentario y obesidad infantil: estudio de casos-controles (ANOBAS)» (PSI2011-23127).

Todas las participantes fueron seleccionadas según los siguientes criterios de inclusión: (a) ser mujer, (b) edad comprendida entre los 12 y los 17 años, (c) hablar y entender correctamente el castellano, (d) presentar sintomatología asmática que haya interferido con el desarrollo en la infancia. Para ello, se establecieron los siguientes criterios: (e) presentar un diagnóstico de asma de tipo episódico frecuente (máximo 8 crisis al año), moderado (más de una crisis cada 4-5 semanas) o grave (crisis frecuentes), (f) encontrarse en seguimiento desde el Hospital Universitario del Niño Jesús durante al menos cuatro años, (g) haber sufrido hospitalizaciones y urgencias durante la infancia debidas a crisis de asma, y (h) haber padecido síntomas de asma durante el periodo escolar (6-12 años).

Los criterios de exclusión fueron: (a) la presencia de una enfermedad concomitante no relacionada con los síntomas de asma (p.ej., problemas cardíacos, cáncer o alteraciones del desarrollo), (b) la presencia de trastornos relacionados con alteraciones del sistema nervioso (p.ej., síndrome de Down, epilepsia), o (c) haber recibido tratamiento psicológico.

Procedimiento

Se trata de un estudio descriptivo transversal realizado durante los años 2015/16. La recogida de las participantes para el estudio se realizó a través de la base de

datos de los pacientes de la Sección de Neumología del Hospital Infantil Universitario del Niño Jesús (HNJS), contando con el previo consentimiento de la Comisión de Investigación del HNJS (Ref. 0009/10), y del Comité Ético de la Universidad Autónoma de Madrid (CEI-27-673). Se contactó por teléfono con las participantes que cumplían los criterios de inclusión del estudio para explicarles en qué consistía y, en caso de aceptar, ser citadas junto al cuidador principal (mayoritariamente madres) en la Unidad de Psiquiatría del HNJS. De las 140 chicas que cumplían los criterios para participar según la base de datos de la Unidad de Neumología, 34 aceptaron participar y posteriormente cuatro adolescentes prefirieron no continuar en el estudio.

En el hospital se realizó la entrevista diagnóstica a la participante y al cuidador principal como también preguntas sobre la historia del desarrollo de las adolescentes y los antecedentes clínicos de las familias, y posteriormente completaban la batería de cuestionarios.

Instrumentos

Entrevista semiestructurada. A través de una entrevista semi-estructurada a la familia se midieron las siguientes variables sociodemográficas: edad, sexo, nivel de estudios y estado civil del cuidador principal (madres).

Variables relacionadas con la enfermedad de asma. Gravedad del asma según la clasificación de la GEMA (Plaza, 2015), control de asma, edad de inicio de seguimiento en el hospital, edad de alta médica y duración de tratamiento en el hospital (total de años desde el inicio hasta el alta médica). Estos datos se obtuvieron a través de la base de datos de la Unidad de Neumología del hospital.

Entrevista diagnóstica infantil K-SADS-PL (Kaufman, Birmaher, Brent, Rao, y Ryan, 1996; versión en español de De la Peña et al., 2002). Esta entrevista diagnóstica estandarizada se utilizó para evaluar la psicopatología actual. Se basa en los criterios del DSM-IV-TR (APA, 2002) y fue adaptada posteriormente a los criterios del manual DSM-5 (APA, 2013). En esta entrevista diagnóstica se obtienen puntuaciones de gravedad de los síntomas y la psicopatología presente y pasada.

Inventario de Depresión Infantil (CDI; Kovacs, 1992; versión en español de Del Barrio y Carrasco, 2004). Este cuestionario se utiliza en la evaluación de la depresión infantil y adolescente, y recoge la sintomatología depresiva tanto cognitiva, como afectiva y social. Se trata de un inventario de 27 ítems, puntuados de 0 a 2 según la intensidad descrita. Las puntuaciones oscilan entre 0 y 54. Las puntuaciones 9 y 10 se corresponden con el per-

centil 50, desde la 11 a la 16 con el percentil 75, y a partir de puntuaciones iguales o superiores a 17 se sugiere un riesgo de depresión. El alfa calculado para la presente muestra fue de 0.78.

Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo para Niños (STAIC; Spielberger, Edwards, Lushene, Montuori, y Platzeck, 1973; versión en español de Seisdedos, 1990). Este cuestionario evalúa sintomatología ansiosa y consta de 20 ítems, que se componen de dos escalas independientes que miden Ansiedad-Estado (A/E) y Ansiedad-Rasgo (A/R). La A/E hace referencia a la ansiedad transitoria provocada por una situación determinada o evento actual, y la A/R, es la ansiedad percibida usualmente por la persona. Se establecen tres niveles de respuesta (de 1 a 3). Se puede obtener una puntuación que varía entre 20 y 60. En la A/E las puntuaciones entre 29 y 31 se corresponden con el percentil 50, y entre la 32 y 35 con el percentil 75; y a partir de puntuaciones iguales o superiores a 36 se sugiere un riesgo de ansiedad. En A/R las puntuaciones entre 33 y 37 se corresponden con el percentil 50, entre 38 y 42 con el percentil 75, y a partir de puntuaciones iguales o superiores a 43 se sugiere un riesgo de ansiedad. El alfa de Cronbach en la versión española es de 0.89 para la A/E y 0.85 para la A/R, y en la muestra actual fue de 0.89 para la A/E y 0.93 para la A/R.

Inventario Obsesivo de Leyton-Versión Infantil (LOI-CV; Berg, Rapoport, y Flament, 1988; versión en español de Sans et al., 2012). Este cuestionario se utilizó para evaluar la presencia de obsesiones y/o compulsiones. Se trata de un inventario de 20 ítems, que mide dos tipos de respuestas en cada una de sus dos escalas. Por un lado, mide la ausencia o presencia del síntoma (sí/no) y por otro la interferencia que genera si está presente (desde el 0, no interferencia, hasta el 3, gran interferencia). Se toma como punto de corte para un trastorno obsesivo compulsivo la puntuación de 21 para la escala total y de 10 para la de interferencia patológica de los síntomas en la vida diaria de los pacientes. El alfa de Cronbach es de 0.79 para la presencia de síntomas y de 0.90 para la interferencia, y en la muestra actual fue de 0.80 para la presencia de síntomas y de 0.94 para la interferencia.

Inventario Infanto Juvenil de Temperamento y Carácter (JTIC; Luby et al., 1999; versión en español de Pelaz-Antolín, Bayón, Fernández, y Rodríguez, 2008). Este cuestionario se utilizó como medida de la personalidad. Está compuesto por 108 ítems, con dos opciones de respuesta (verdadero/falso) y siete escalas: Búsqueda de la novedad, Evitación del daño, Dependencia de la recompensa, Perseverancia, Autodirectividad, Cooperatividad, Fantasía y Espiritualidad. Las escalas en

población española presentan un alfa de Cronbach entre 0.61-0.76, a excepción de Dependencia de la recompensa y Persistencia que muestran un 0.47 y 0.42 respectivamente. El calculado para la muestra actual varía entre 0.71 y 0.85 en las escalas de Autodirectividad, Cooperatividad y Fantasía, y entre 0.51 y 0.60 en Evitación del daño, Dependencia de la recompensa y Perseverancia.

Análisis estadístico

Los datos se analizaron con el programa SPSS v21.0. Para evaluar la distribución de la normalidad de la muestra se realizó la prueba estadística de Kolmogorov-Smirnov; al seguir una distribución normal se realizaron pruebas paramétricas. Las variables cuantitativas se describieron con media y desviación típica, mientras que las variables cualitativas mediante frecuencias. Para valorar las diferencias de las puntuaciones medias entre el estudio actual y las puntuaciones medias del estudio de validación de Pelaz-Antolín (2006) se calculó la *t* de Student y el tamaño del efecto. Para calcular la relación entre variables cuantitativas se calculó el coeficiente de correlación *r* de Pearson, y para variables cualitativas el coeficiente de correlación *rho* de Spearman. Se utilizó el criterio de Cohen (1988) como guía para interpretar los resultados: igual o mayor que 0.50 es elevado, 0.49-0.30 es moderado, y 0.29-0.10 es pequeño. Al efectuar comparaciones múltiples, se aplicó la corrección de Bonferroni obteniéndose un nivel de significación de $p \leq 0.003$, y en el resto de los análisis una significación de $p \leq 0.05$.

Resultados

Variables sociodemográficas

La edad media de las participantes fue de 14.7 ± 1.82 (rango 12 - 17 años). Se tomaron solo los datos del cuidador principal, en este caso de las 30 madres que participaron en el estudio. El estado civil de los padres fue de un 83.3% casados, un 13.3% divorciados y un 3.3% viudos.

Variables relacionadas con la enfermedad de asma

Las variables cualitativas se exponen en la Tabla 1. La edad de inicio de tratamiento fue de 4.39 ± 2.46 (rango 1 - 8 años). La edad de alta en el hospital fue de 13.23 ± 2.48 (rango 8 - 17 años).

Tabla 1. Variables relacionadas con la enfermedad de asma de la muestra de adolescentes

| Variables | N | % |
|-----------------------------|----|------|
| Antecedentes de asma | | |
| Padre | 4 | 13.3 |
| Madre | 3 | 10 |
| Otro miembro | 5 | 16.6 |
| Control de asma | | |
| Malo | 1 | 3.3 |
| Parcial | 2 | 6.7 |
| Bueno | 24 | 80.0 |
| Perdidos | 3 | 10.0 |
| Gravedad del asma | | |
| Episódico frecuente | 10 | 33.3 |
| Persistente moderado | 6 | 20.0 |
| Persistente grave | 12 | 40.0 |
| Perdidos | 2 | 6.7 |
| Tratamiento | | |
| A demanda | 20 | 66.6 |
| Diario | 9 | 30 |
| Sin tratamiento | 1 | 3.3 |
| Comorbilidad | | |
| Dermatitis | 13 | 43.2 |
| Alergia alimentaria | 8 | 26.6 |
| Otras alergias | 24 | 80 |
| RGE | 4 | 13.3 |

Nota. RGE = reflujo gastroesofágico.

Variables de psicopatología

En primer lugar, en la Tabla 2 se muestran los resultados de los diagnósticos clínicos tras realizarse la entrevista K-SADS-PL, encontrando que el 22% de las adolescentes cumplían con un diagnóstico clínico infanto-juvenil. También se muestran los resultados de los cuestionarios medidos a través de la puntuación centil. Donde destacó la interferencia de la sintomatología obsesiva que posee un 37% de la muestra. Las adolescentes presentaron un nivel bajo de gravedad respecto a la sintomatología ansioso-depresiva.

Variables de personalidad y relación con las variables relacionadas con la enfermedad de asma y psicopatología

En la Tabla 3 presentamos la puntuación media y las desviaciones típicas de las 30 adolescentes con asma en el cuestionario JTIC en comparación con las medias y desviaciones típicas obtenidas por Pelaz-Antolín (2006)

Tabla 2. Variables de psicopatología de la muestra de adolescentes

| Variables | N | % |
|---------------------------------|----|------|
| Diagnóstico K-SADS | | |
| Trastorno de ansiedad | 4 | 13.3 |
| Trastorno afectivo | 2 | 6.7 |
| Trastorno de conducta | 1 | 3.3 |
| Sin diagnóstico | 23 | 76.7 |
| Sintomatología depresiva | | |
| P50 | 29 | 96.3 |
| P75 | 0 | 0 |
| Riesgo >P85 | 1 | 3.3 |
| Ansiedad-Rasgo | | |
| P50 | 27 | 90 |
| P75 | 1 | 3.3 |
| Riesgo >P75 | 2 | 6.6 |
| Ansiedad-Estado | | |
| P50 | 26 | 86.7 |
| P75 | 1 | 3.3 |
| Riesgo >P75 | 3 | 10 |
| Sintomatología obsesiva | | |
| Normal | 29 | 96.7 |
| Perdidos | 1 | 3.3 |
| Interferencia | | |
| Normal | 16 | 53.3 |
| Patológico | 11 | 36.7 |
| Perdidos | 3 | 10.0 |

Nota. P = Percentil

en una muestra de 827 niños de entre 9 y 13 años. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas

en las escalas Búsqueda de la novedad y Dependencia de la recompensa, con una media significativamente más alta en el grupo con asma y un tamaño del efecto medio ($d = 0.72$ y 0.49 respectivamente) y diferencias estadísticamente significativas en las escalas Persistencia y Espiritualidad, con una media significativamente más baja en el grupo con asma y un tamaño del efecto medio ($d = 0.69$ y 0.52 respectivamente).

En la Tabla 4 se puede observar la correlación entre las distintas variables del estudio. No se encontraron correlaciones significativas entre las variables relacionadas con la enfermedad de asma y las variables psicopatológicas y de personalidad en las adolescentes con asma. La Evitación del daño se relacionó con la puntuación en la escala de depresión ($r = 0.57$), la sintomatología obsesivo-compulsiva ($r = 0.65$) y su interferencia ($r = 0.59$), así como con la ansiedad-rasgo ($r = 0.56$).

Tampoco se encontraron diferencias significativas en las variables de psicopatología y personalidad de la muestra en función de las variables de control y gravedad del asma. Por otra parte, al controlar el efecto de la gravedad del asma se encontró una relación significativa entre la duración de la enfermedad y sintomatología depresiva ($r = 0.46$; $p = 0.05$).

Discusión

Existe cierto acuerdo en que el asma y sus distintas variables relacionadas con la enfermedad de asma (sobre todo, gravedad y control) se encuentran relacionadas con variables de psicopatología y con determinados trastornos psicológicos. Sin embargo, aún existe falta de información sobre determinadas cuestiones como la implicación de las variables de personalidad. Este estudio se

Tabla 3. Variables de personalidad de la muestra de adolescentes

| Variables de personalidad | Estudio actual | Pelaz-Antolín (2006) | <i>t</i> de Student | <i>d</i> |
|------------------------------|------------------------|------------------------|---------------------|----------|
| | <i>N</i> = 30 | <i>N</i> = 161 | | |
| | <i>M</i> (<i>DT</i>) | <i>M</i> (<i>DT</i>) | | |
| Búsqueda de la novedad | 7.77 (2.50) | 5.74 (3.09) | 3.92 ** | 0.72 ** |
| Evitación del daño | 7.63 (4.40) | 8.11 (4.12) | - 0.55 | 0.11 |
| Dependencia de la recompensa | 6.20 (1.83) | 5.26 (1.96) | 2.55 ** | 0.49 ** |
| Persistencia | 3.23 (1.63) | 4.28 (1.36) | - 3.32** | 0.69 ** |
| Autodirección | 14.80 (3.26) | 15.2 (3.03) | - 0.62 | 0.12 |
| Cooperación | 16.50 (3.71) | 16.82 (2.47) | - 0.45 | 0.10 |
| Fantasía | 1.03 (1.35) | 1.14 (1.31) | - 0.41 | 0.08 |
| Espiritualidad | 2.43 (1.28) | 3.13 (1.38) | - 2.76 ** | 0.52 ** |

** $p < 0.05$

Tabla 4. Relación entre las variables relacionadas con la enfermedad de asma, de psicopatología y de personalidad de la muestra de adolescentes con asma

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 |
|-----------------|-------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-----|----|
| 1. Duración | 1 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Inicio | -.63* | 1 | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. Edad de alta | .67* | .16 | 1 | | | | | | | | | | | | | |
| 4. CDI | .40 | -.15 | .30 | 1 | | | | | | | | | | | | |
| 5. LOI_t | .46 | -.26 | .25 | .63* | 1 | | | | | | | | | | | |
| 6. LOI_i | .10 | -.10 | -.01 | .31 | .56* | 1 | | | | | | | | | | |
| 7. AE | .21 | .07 | .35 | .57* | .33 | .09 | 1 | | | | | | | | | |
| 8. AR | .21 | .05 | .34 | .81* | .61* | .40 | .58* | 1 | | | | | | | | |
| 9. BN | .06 | .20 | .25 | .02 | .00 | -.22 | .00 | -.13 | 1 | | | | | | | |
| 10. ED | .31 | -.39 | .08 | .57* | .65* | .59* | .43 | .56* | -.25 | 1 | | | | | | |
| 11. DR | -.17 | .31 | .09 | -.22 | -.39 | -.22 | -.03 | -.08 | -.26 | -.42 | 1 | | | | | |
| 12. PER | -.17 | -.01 | -.24 | -.16 | -.05 | .08 | -.34 | .04 | -.43 | -.16 | .25 | 1 | | | | |
| 13. AUT | -.37 | .16 | -.29 | -.48 | -.48 | -.29 | -.28 | -.28 | -.26 | -.51 | .64 | .36 | 1 | | | |
| 14. COOP | -.31 | .23 | -.11 | -.08 | -.24 | -.22 | -.05 | .11 | -.38 | -.17 | .48 | .33 | .59* | 1 | | |
| 15. FAN | .27 | -.12 | .22 | .31 | .10 | -.21 | .16 | .07 | .38 | .06 | -.31 | -.21 | -.45 | -.29 | 1 | |
| 16. ESP | -.01 | -.18 | -.18 | .18 | .06 | -.18 | -.29 | .09 | .23 | -.04 | -.07 | .13 | -.16 | -.08 | .41 | 1 |

Nota. (1) Duración: años en tratamiento hospitalario, (2) Inicio: Inicio de tratamiento en el hospital, (3) Alta: Edad de alta en el hospital, (4) CDI: Children's Depression Inventory, (5) AE: Ansiedad-estado, (6) AR: Ansiedad-Rasgo, (7) LOI_t: Leyton Obsessional Inventory puntuación total, (8) LOI_i: Leyton Obsessional Inventory interferencia, (9) BN: Búsqueda de la novedad, (10) ED: Evitación del daño, (11) DR: Dependencia de la recompensa, (12) PER: Perseverancia, (13) AUT: Autodirectividad, (14) COOP: Cooperatividad, (15) FAN: Fantasía, (16) ESP: Espiritualidad. * $p < 0.003$

suma a la línea de investigación dirigida a examinar el impacto de la psicopatología, la personalidad y las variables relacionadas con la enfermedad de asma en una muestra de adolescentes con inicio temprano de la enfermedad. La principal fortaleza de este estudio es aportar tanto medidas de cuestionario autoinformadas por las propias pacientes como datos basados en la entrevista diagnóstica K-SADS-PL aplicada por psicólogos especializados.

En relación a las variables de psicopatología, se observó una moderada proporción de problemas psicológicos. Un 22% de las 30 adolescentes con asma presentó un trastorno psicológico según los criterios diagnóstico del DSM-5 (APA, 2014). Esta prevalencia es similar a la encontrada en otros estudios nacionales, donde estimaban una prevalencia de trastornos mentales en población

infanto-juvenil de entre el 10 y el 20% (García-Ibáñez, 2004; Mollejo, 2012). Y un 36.7% de las adolescentes refirieron una interferencia patológica de los síntomas obsesivo-compulsivos, a pesar de que ninguna mostró síntomas patológicos. Esto se explica porque las obsesiones y compulsiones relativas al orden, comprobación o contaminación han podido ser importantes en sus vidas por la gran variedad de elementos que les pueden generar una crisis asmática. Así han sido más escrupulosas con los alérgenos domésticos o el mero hecho de estar resfriadas.

Por otra parte, la gravedad de los síntomas de ansiedad y depresión fue baja en la muestra adolescente, al contrario de lo que apuntaba la evidencia científica sobre asma (Lu et al., 2012; Pinquart y Shen, 2011). Esto se puede explicar porque la mayoría de las pacientes pre-

sentaron un buen control del asma y una menor gravedad del diagnóstico de asma actual (la mayoría están dadas de alta o presentan asma episódico), lo que está relacionado con menores niveles de ansiedad y depresión (Letitre et al., 2014; Lu et al., 2014). Esto indica que una variable crítica en la psicopatología de estas pacientes parece ser la gravedad del asma y tener un buen control médico y de la enfermedad, encontrado así en otros estudios (Letitre et al., 2014; Lu et al., 2014). Al controlar en los análisis el efecto de la gravedad del asma, se encontró que cuántos más años duraba la enfermedad del asma, mayor era la sintomatología depresiva actual, lo cual parece indicar que si no se tiene en cuenta la gravedad del asma por sí misma, como una variable que explique la sobrecarga y el ajuste que se da en las adolescentes, ha de haber otros factores asociados a la duración de una enfermedad crónica, y que sería interesante poder incluir en futuros estudios.

En cuanto al perfil de personalidad de estas pacientes se encontraron diferencias significativas en las variables de Búsqueda de la novedad, Dependencia de la recompensa, Perseverancia y Espiritualidad en comparación con la población no clínica del estudio de validación de Pelaz-Antolín (2006). En las adolescentes de la muestra se encontró una mayor Búsqueda de la novedad, lo que se relaciona con una tendencia hacia la búsqueda de estímulos novedosos, que signifiquen un refuerzo positivo o la evitación de un castigo, y va acompañada de una mayor impulsividad. Esto indica que las pacientes adolescentes con asma tienden a buscar refuerzos rápidos porque tienen una menor tolerancia de la frustración. Esto no se encuentra en el estudio de Gulec et al. (2010) donde los pacientes adultos con asma destacan por su baja Búsqueda de la novedad en comparación con controles sanos y con otra enfermedad crónica. Esto se puede explicar porque la Búsqueda de la novedad se suele encontrar más alta en adolescentes, y puede que no sea una característica propia de las personas con asma en esta edad, sino que sea parte de la personalidad adulta tras una historia de asma. En cuanto a la Dependencia de la recompensa, las adolescentes de la muestra presentaron una puntuación mayor, lo que indica una tendencia a responder de forma más intensa a las recompensas, y son personas más dependientes de las respuestas sociales. En Perseverancia obtuvieron una puntuación menor, lo que indica que son personas que no perseveran en sus conductas porque se ven más influenciados por la frustración y la fatiga. Y, por último, en Espiritualidad tuvieron una puntuación menor, aunque en general la Espiritualidad disminuye desde los nueve años y está íntimamente ligada con las creencias religiosas de las personas (Pelaz-Antolín, 2006).

En cuanto a la relación entre las variables relacionadas con la enfermedad de asma y las de psicopatología no se encontraron relaciones significativas. Esto se puede explicar porque la variable relacionada con la enfermedad del asma que principalmente se ha encontrado relacionada con variables de psicopatología es el control del asma, lo que se relaciona con una menor comorbilidad psiquiátrica, especialmente con menos problemas de internalización como la ansiedad y la depresión (Letitre et al., 2014; Lu et al., 2014). Por otra parte, en el estudio de Cheung et al. (2014) no se encontró ninguna asociación entre el control del asma y los rasgos de personalidad, al igual que ocurre en el presente estudio.

En el estudio de Gulec et al. (2010) se encontró una relación entre las variables de personalidad y la duración de la enfermedad y la gravedad de la misma. Esto no ocurrió en el presente estudio, lo cual hace hipotetizar que el impacto de la enfermedad del asma en el paciente puede que sea una consecuencia a largo plazo de la enfermedad, y que por ello no se encuentre aún relacionado cuando los pacientes son adolescentes.

Respecto a las variables psicopatológicas se halló una asociación entre la variable de personalidad Evitación del daño y los síntomas de depresión, obsesivos-compulsivos, su interferencia, y la sintomatología de ansiedad-rasgo. En el estudio de Gulec et al. (2010) con pacientes adultos con asma. También se encontraron relaciones entre la ansiedad y la Evitación del daño, pero no con la depresión. Sin embargo, en ese estudio la Evitación del daño se encuentra también relacionada con la gravedad de la enfermedad, lo que no observamos en nuestro estudio. La relación entre la Evitación del daño y los síntomas obsesivos-compulsivos y la interferencia de estos se explica desde los estudios sobre Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) que entienden las conductas compulsivas como una forma de evitación del daño, siendo considerada la causa primaria del TOC (Hauser, Eldar, y Dolan, 2016). Además, esta relación en la literatura de Evitación del daño también se ha encontrados en trastornos de ansiedad (Kampman, Viikki, Järventausta, y Leinonen, 2014). Esto indica que la Evitación del daño, a pesar de que no obtuvo diferencias significativas con el estudio de validación de Pelaz-Antolín (2006), es clave en los niveles de psicopatología de la muestra. Esto puede ayudar de cara a la intervención, identificando qué variables de personalidad de las adolescentes que se pueden trabajar en la clínica y pueden estar relacionadas con altos niveles de psicopatología.

Este estudio tiene como limitación que no se tomó un grupo de comparación para ver las diferencias entre tener asma o no, o entre un grupo con otra enfermedad médica crónica, así como que no se estudiaron variables

que han sido relevantes en otros estudios como la adherencia al tratamiento o la calidad de vida. Además, como es un estudio que se engloba en una investigación más amplia, uno de los criterios de exclusión fue tener un trastorno depresivo o un trastorno del comportamiento alimentario, lo que podría haber sesgado los resultados. Asimismo, futuras líneas de investigación de este estudio pueden ser replicar este mismo estudio en niños o adultos y ver si los resultados se mantienen y si la edad es un factor decisivo en el impacto que tiene la enfermedad de asma en la persona.

Como conclusión, la enfermedad del asma es una enfermedad que en la literatura científica se ha considerado una enfermedad médica influida por factores psicológicos. Sin embargo, en el presente estudio la muestra no obtuvo un perfil de personalidad o de psicopatología distinto a lo que se esperaría para la población normal. Lo que se puede explicar desde la literatura porque la mayoría tienen un buen control del asma, aunque esta variable no se encuentra relacionada con ninguna variable de psicopatología ni de personalidad. Con todo ello, parece importante continuar la investigación en que se combinen variables de psicopatología y relacionadas con la enfermedad de asma para ayudar a adaptar las estrategias de intervención en las adolescentes con asma y elaborar protocolos de tratamiento psicológico transversal en estos pacientes.

Conflictos de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

Referencias

- Alonso, J., De Jonge, P., Lim, C. C., Aguilar-Gaxiola, S., Bruffaerts, R., Caldas-de-Almeida, J. M., & Al-Hamzawi, A. O. (2014). Association between mental disorders and subsequent adult onset asthma. *Journal of Psychiatric Research*, *59*, 179-188.
- Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN). Informe sobre la Salud Mental de Niños y Adolescentes (2009). *Cuadernos Técnicos*, *14*. Recuperado de <http://www.tienda-aen.es/wp-content/uploads/2014/10/ctecnicos14.pdf>
- Berg, C. J., Rapoport, J. L., & Flament, M. (1986). The Leyton Obsessional Inventory-Child Version. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, *25*, 84-91.
- Cheung, M. Y., LeMay, K., Saini, B., & Smith, L. (2014). Does personality influence how people with asthma manage their condition? *Journal of Asthma*, *51*, 729-736.
- Chida, Y., Hamer, M., & Steptoe, A. (2008). A bidirectional relationship between psychosocial factors and atopic disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*, *70*, 102-116.
- De la Peña, F., Ulloa, R., Higuera, F., Ortiz, S., Arechavaleta, B., Foullux, C., ... & Domínguez, E. (2002). *Interrater reliability of the Spanish version of the K-SADS-PL*. Poster presentado en American Academy of Child and Adolescent psychiatry Annual Meeting, San Francisco, Estados Unidos.
- Del Barrio, V. y Carrasco, M. A. (2004). *Adaptación del CDI, Inventario de depresión infantil de Maria Kovacs*. Madrid, España: TEA.
- Del Giacco, S. R., Cappai, A., Gambula, L., Cabras, S., Perra, S., Manconi, P. E., & Pinna, F. (2016). The asthma-anxiety connection. *Respiratory Medicine*, *120*, 44-53.
- Dudeny, J., Sharpe, L., Jaffe, A., Jones, E. B., & Hunt, C. (2017). Anxiety in youth with asthma: A meta-analysis. *Pediatric Pulmonology*, *52*, 1121-1129.
- Fathy, A., Abd Algawad, T., Arram, E.O., Elboraei, H., Arafat, M. S., & Elmetwaly, S. S. (2014). Neuroticism, anxiety, and depression in Egyptian atopic bronchial asthma. *Egyptian Journal of chest diseases and tuberculosis*, *63*, 299-303.
- Goodwin, R. D., Jacobi, F., & Thefeld, W. (2003). Mental disorders and asthma in the community. *Archives of General Psychiatry*, *60*, 1125-1130.
- Goodwin, R. D., Sourander, A., Duarte, C. S., Niemelä, S., Multimäki, P., Nikolakaros, G., ... & Tamminen, T. (2009). Do mental health problems in childhood predict chronic physical conditions among males in early adulthood? Evidence from a community-based prospective study. *Psychological Medicine*, *39*, 301-311.
- Gulec, M. Y., Gulec, H., Oztuna, F., & Kose, S. (2010). Cloninger's temperament and character dimension of personality in patients with Asthma. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, *40*, 273-287.
- Hasler, G., Gergen, P. J., Kleinbaum, D. G., Ajdacic, V., Gamma, A., Eich, D., ... & Angst, J. (2005). Asthma and panic in young adults: a 20-year prospective community study. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, *171*, 1224-1230.
- Hauser, T. U., Eldar, E., & Dolan, R. J. (2016). Neural mechanisms of harm-avoidance learning: a model for obsessive-compulsive disorder? *JAMA Psychiatry*, *73*, 1196-1197.
- Kampman, O., Viikki, M., Järventausta, K., & Leinonen, E. (2014). Meta-analysis of anxiety disorders and temperament. *Neuropsychobiology*, *69*, 175-186.
- Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U., & Ryan, N. (1996). *Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia, Present and Lifetime version (K-SADS-PL)*. Pittsburgh, Estados Unidos: University of Pittsburgh Medical Center
- Kean, E. M., Kelsay, K., Wamboldt, F., & Wamboldt, M. Z. (2006). Posttraumatic stress in adolescents with asthma and their parents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *45*, 78-86.
- Kim, S. R., Kim, H. K., Kang, J. H., Jeong, S. H., Kim, H. Y., Kim, S. R., & Kim, M. Y. (2015). Does type D personality affect symptom control and quality of life in asthma patients? *Journal of Clinical Nursing*, *24*, 739-748.
- Kovacs, M. (1992). *Childrens Depression Inventory, CDI*. Toronto (Canada): Multi-Health Systems.
- Lahaye, M., van Broeck, N., Bodart, E., & Luminet, O. (2013). Predicting quality of life in pediatric asthma: The role of emotional competence and personality. *Quality of Life Research*:

- An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care y Rehabilitation*, 22, 907-916.
- Letitre, S. L., de Groot, E. P., Draaisma, E., & Brand, P. L. (2014). Anxiety, depression and self-esteem in children with well-controlled asthma: case-control study. *Archives of Disease in Childhood*, 1-5.
- López, J. y Belloch, A. (2002). La somatización como síntoma y como síndrome: Una revisión del trastorno de somatización. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 7, 73-93.
- Lu, Y., Ho, R., Lim, T. K., Kuan, W. S., Goh, D. T., Mahadevan, M., & ... Van Bever, H. S. (2014). Psychiatric comorbidities in Asian adolescent asthma patients and the contributions of neuroticism and perceived stress. *Journal of Adolescent Health*, 55, 267-275.
- Lu, Y., Mak, K. K., Van Bever, H. P., Ng, T. P., Mak, A., & Chun-Man Ho, R. (2012). Prevalence of anxiety and depressive symptoms in adolescents with asthma: A meta-analysis and meta-regression. *Pediatric Allergy and Immunology*, 23, 707-715.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud de España (2006). Recuperado de <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2006.htm>
- Mollejo, E. (2012). Los trastornos mentales graves en la infancia y adolescencia. Bilbao (España): Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Pelaz-Antolín, A. (2006). *Validación del inventario infanto-juvenil de Temperamento y Carácter Cloninger en la población española* (Tesis doctoral). Universidad de Alcalá, España.
- Pelaz-Antolín, A., Bayón, C., Fernández, A., y Rodríguez, P. (2008). Temperamento, ansiedad y depresión en población infantil. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 10, 43-51.
- Pilipenko, N., Karekla, M., Georgiou, A., & Feldman, J. (2016). Impact of psychiatric illness upon asthma patients' health care utilization and illness control. Are all psychiatric comorbidities created equal? *Psychology, Health y Medicine*, 21, 787-799.
- Pinquart, M. & Shen, Y. (2011). Anxiety in children and adolescents with chronic physical illnesses: A meta-analysis. *Acta Paediatrica*, 100, 1069-1076.
- Plaza, V. (Ed.) (2015) Guía española para el manejo del asma [GEMA 4.0.] (2015). Recuperado de: <http://www.agapap.org/druagapap/system/files/Guia%20GEMA%204.0-2015.pdf>
- Sans, J. C., Hernández-Martínez, C., Muñoz, S. C., García, L. L., & Trallero, J. T. (2012). The Leyton Obsessional Inventory-Child Version: Validity and reliability in Spanish non-clinical population. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12, 81-96.
- Seisdedos, N. (1990). *Adaptación española del cuestionario: State-trait Anxiety Inventory for Children (STAIC)*. Madrid (España): TEA.
- Spielberger, C. D., Edwards, C., Lushene, R. E., Montuori, J., & Platzek, D. (1973). *STAIC State-Trait Anxiety Inventory for Children: Preliminary Manual*. Palo Alto (Estados Unidos): Consulting Psychologists Press.
- The Global Asthma Report (2014). Auckland, Nueva Zelanda. Recuperado de: http://www.globalasthmareport.org/resources/Global_Asthma_Report_2014.pdf
- Van De Ven, M. M. & Engels, R. E. (2011). Quality of life of adolescents with asthma: The role of personality, coping strategies, and symptom reporting. *Journal of Psychosomatic Research*, 71, 166-173.
- Van Lieshout, R. J. & MacQueen, G. M. (2012). Relations between asthma and psychological distress: An old idea revisited. En Bienenstock, J. (ed) *Allergy and the nervous system* (pp. 1-13). Basel, Suiza: Karger Publishers.

