

**DATOS PARA LA VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO DE CONDUCTAS PROBLEMÁTICAS DEL ASMA
DE CREER ET AL. (1989)
EN UNA MUESTRA ESPAÑOLA**

Rubio Zarzuela, Eva*;
Pérez San Gregorio, M^a Ángeles*;
Conde Hernández, José**
Blanco Picabia, Alfonso***

* Facultad de Psicología. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Universidad de Sevilla

** Servicio Regional de Alergología e Inmunología Clínica. Hospital Virgen Macarena. Sevilla

*** Departamento de Psiquiatría. Universidad de Sevilla.

RESUMEN

El objetivo de este trabajo es estudiar la fiabilidad y validez del "Cuestionario de Conductas Problemáticas del Asma" con población asmática infanto-juvenil. Este instrumento es una adaptación del "Inventario de Conductas Problemáticas del Asma", el cuál valora los problemas comportamentales con adultos asmáticos. El cuestionario fue cumplimentado por 201 sujetos, todos ellos estaban diagnosticados de asma bronquial y asistían a consultas externas al servicio Regional de Alergia e Inmunología Clínica del Hospital Universitario "Virgen Macarena" de Sevilla. La fiabilidad del instrumento se determinó a través de la consistencia interna de las medidas y de su estabilidad mediante el método test-retest. La validez concurrente o de criterio se halló en primer lugar mediante

Correspondencia: Eva Rubio Zarzuela. Facultad de Psicología. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. C/ Camilo José Cela s/n. 41018 Sevilla. Tfno.: 956 / 610711668. Fax: 954557807. E-mail : evarubio@us.es.

las correlaciones Pearson entre los ítems y áreas del instrumento con las de duración de la enfermedad y severidad de la enfermedad, ésta última entendida por el sujeto como nivel de interferencia en sus actividades diarias. Un segundo paso para examinar la validez del cuestionario fue estudiar la relación entre los ítems y áreas del instrumento con las variables grado de obstrucción y gravedad del asma. Para ello se efectuaron pruebas de homogeneidad de varianzas y análisis de varianza. Se obtuvieron los siguientes resultados (1) en lo referente a fiabilidad se obtuvo un alfa de Cronbach de 0.8659 y una correlación de 0.886 entre las dos pasadas del cuestionario, (2) tras los análisis para hallar la validez se establece que las variables severidad del asma (medida como nivel de interferencia en las actividades diarias del paciente), gravedad del asma (evaluada por el médico) y grado de obstrucción, son consideradas unas variables criterio adecuadas. En conclusión, se sugiere que el "Cuestionario de Conductas Problemáticas del Asma" parece ser un instrumento fiable y válido para detectar problemas conductuales asociados al asma en niños y jóvenes afectados de esta enfermedad.

Palabras clave: ASMA. EVALUACIÓN. ASPECTOS PSICOLÓGICOS.

SUMMARY

The aim of this work is to study the reliability and validity of the "Asthma Problem Behavior Questionnaire" in children and adolescent with bronchial asthma. This questionnaire is an adaptation of the "Asthma Problem Behavior Checklist", which studied behavior problems in asthmatic adults. 201 asthmatic children and adolescent fulfilled this instrument, all of them were diagnosis of bronchial asthma and were outpatients of The Regional Service of Allergology and Immunology in the "Virgen Macarena Hospital" in Seville. The reliability of this instrument was determined by the internal consistency of the scores and its stability by the test-retest technique. Concurrent or criterion validity was examined firstly by Pearson correlations between the items and areas of the instrument with the duration and subjective perception of the illness severity. Also, varianza homogeneity proofs and ANOVAs were made in order to examine the relation between the items and the areas of the

instrument with the obstruction degree and the clinic severity of asthma. We obtained the following results (1) regarding the reliability we got an alpha Cronbach of 0.8659 an a correlation of 0,886 in both measures (2) after the validity analysis variables subjective perception of the illness severity, clinic severity of asthma and obstruction grade are suitable criterion variables. We concluded that the "Asthma Problem Behavior Questionnaire" seems to be an reliable and valid instrument for detecting behavioral problems in children and adolescents with asthma.

Key words: ASTHMA. EVALUATION. PSYCHOLOGICAL ASPECTS.

INTRODUCCIÓN

Han sido muchas las investigaciones destinadas a clarificar el papel que desempeñan los factores emocionales en el asma, y aunque parece quedar claro que los factores psicológicos no desempeñan un rol directo en la etiología del trastorno, sí pueden actuar como precipitantes de las reagudizaciones de la enfermedad o como agravantes de la situación (Álvarez-Salas, 1982; Creer, Marion y Harm, 1988; Teiramaa, 1981). Así tenemos que las cogniciones, emociones y conductas de los enfermos pueden provocar por sí solas reagudizaciones en el asma o agravar un ataque ya existente, empeorando el cuadro de síntomas. Incluso puede ocurrir que el factor psicógeno se convierta en autónomo y predomine de tal forma que la patogenia primitiva pierda mucha de su importancia en la evolución siguiente (Polaino, 1986; Rees, 1964). De igual modo pueden influir en la correcta evolución de este trastorno, afectando a comportamientos efectivos para un mayor control y prevención de la dolencia como la puesta en práctica de unos hábitos de salud adecuados, la adhesión a la medicación, la percepción y discriminación de los síntomas previos a un ataque o el empleo de estrategias de autocuidado.

Pero ocurre además que la relación que se establece entre emociones y asma es bidireccional. Así también ocurre que el asma, debido a su naturaleza crónica y su sintomatología, conlleva un estado de malestar físico y un deterioro de la calidad de vida que

puede llevar consigo la aparición de problemas conductuales (Pascual, 1995). El impacto de la enfermedad en la vida del paciente puede ser de gran magnitud, alterando la conducta del niño, limitando sus actividades, su vida social, generándole miedo o angustia (Apter, Avin, Kaminer, Weizman, Lerman y Tyano, 1991; Brook, Stein y Alkalay, 1994; Bussing, Halfon, Benjamin y Wells, 1995; Creer, Marion y Creer, 1983; Creer, Wigal, Kotses, Hatala, McConnaughy y Winder, 1993; Gila y Martín-Mateos, 1991 y Shaw, 1966). Este cuadro se extiende a sus familiares, entre los padres, entre los hermanos, generando sentimientos de culpabilización, sobreprotección, envidias, inseguridad, ignorancia de la enfermedad del niño, ansiedad, tristeza (Botella y Benedito, 1993; Brown, Avery, Mobley, Boccuti y Golbach, 1996; Evans, Clark y Feldman, 1987; Mantínez, 1987; McColl, Steen, Meadows, Hutchinson, Eccles, Hewison, Fowler y Blades, 1995 y Weston, Macfarlane y Hopkins, 1989). La aparición de todas estas consecuencias va a desencadenar un peligroso círculo vicioso en el que las repercusiones derivadas del asma se convierten en agravantes o deteriorantes de la enfermedad, produciendo de nuevo graves repercusiones (Creer, Stein, Rappaport y Lewis, 1992).

Resumiendo, el papel que los factores psicológicos desempeñan en el asma podría sintetizarse de esta forma:

- a) Como precipitantes de la enfermedad
- b) Como deteriorantes de su evolución desde conductas tales como la adherencia a la medicación, los hábitos de salud, el manejo de la enfermedad o los estilos de afrontamiento
- c) Como consecuentes de la enfermedad, apareciendo el absentismo escolar, una disminución del rendimiento académico, la limitación de actividades o el deterioro de la calidad de vida

Ahora bien una variable puede desempeñar más de una función en este esquema, así la aparición de un determinado elemento como consecuencia de la enfermedad, por ejemplo la ansiedad, puede llegar a convertirse en un potente desencadenante de las reagudizaciones asmáticas, estableciendo así un peligroso circuito cerrado. Por tanto tenemos que un mismo factor puede desempeñar al mismo tiempo el rol de antecedente, concurrente o consecuente en el asma bronquial (Mira, Belloch y Botella, 1987; Vázquez y Buceta, 1996).

En los últimos años se han desarrollado multitud de herramientas diagnósticas encaminadas a valorar estas variables en pacientes asmáticos, si bien en algunas de ellas se hace necesario perfeccionarlas y aumentar sus propiedades psicométricas, para que sean aplicables a todas las poblaciones y demuestren su sensibilidad clínica (Vázquez y Buceta, 1996).

De entre todos los instrumentos diseñados el Asthma Problem Behavior Checklist (Creer, et al., 1983) y el Revised Asthma Problem Behavior Checklist (Creer, Wigal, Tobin, Kotses, Snyder, y Winder, 1989) son los que han tenido más aceptación dentro la comunidad científica.

El Asthma Problem Behavior Checklist fue diseñado por Creer, et al. y Creer en 1983 en el Instituto Hospital para la Investigación de Niños Asmáticos en Denver y ha demostrado ser útil para identificar aquellos comportamientos que pudieran estar incidiendo de forma negativa en la evolución de la enfermedad, ya sea como precipitantes de la enfermedad, como interfirientes en el tratamiento o como consecuentes personales o familiares del asma. Es un instrumento con una alta fiabilidad test-retest (0.90) que consta de 72 ítems con un formato de respuesta dicotómica SI/NO que nos proporciona información sobre una serie de aspectos que nos van a facilitar un perfil comportamental del sujeto: información general sobre las características del asma, identificación de comportamientos preventivos de las crisis, determinación de los patrones conductuales observados en los ataques, repercusiones conductuales del asma y factores socioeconómicos relacionados con la enfermedad. Posteriormente el grupo investigador de Creer (Creer, et al., 1989) desarrolló una versión revisada para adultos, el Revised Asthma Problem Behavior Checklist, que contenía 76 ítems con cinco opciones de respuesta, las cuales iban desde "nunca" hasta "siempre", junto con un apartado que hace referencia a la clínica de la enfermedad y a las características demográficas del paciente. Las pruebas psicométricas realizadas con este cuestionario arrojan un alfa de Cronbach de 0,91 en la primera administración y de 0,94 en la segunda, siendo la correlación test-retest entre ambos pases de 0,80. La eficacia de este instrumento para detectar las conductas que han de ser modificadas en el sujeto, así como su capacidad para

determinar los cambios provocados por el tratamiento ha sido demostrada en varias investigaciones (Creer, et al., 1989).

Belloch, Perpiñá, Pascual, de Diego y Creer (1997), han realizado una versión del Revised Asthma Problem Behavior Checklist y lo han adaptado para su uso con pacientes asmáticos españoles, estudiando los problemas conductuales con 100 adultos asmáticos, 57 mujeres y 43 hombres. Encontraron que la consistencia interna del test era más baja de lo esperado (Pascual y Belloch, 1995), especialmente para las categorías de estilos de vida saludables y comportamientos de automanejo, atribuyendo este resultado a una inadecuada clasificación de los ítems en las diversas categorías, a la escasa significación y relevancia que mostraron algunos de los ítems, a la incorrecta formulación de algunos ítems, a la deseabilidad social o a las diferencias culturales con respecto al cuestionario original de Creer. En lo que respecta a la validez del instrumento, obtuvieron correlaciones significativas entre el grado de disnea y las conductas precipitantes de asma y entre el FEV1 (flujo espiratorio máximo en el primer segundo) y las consecuencias físicas del asma. Determinaron también que el inventario era capaz de reflejar la gravedad del paciente.

MATERIAL Y MÉTODO

Sujetos

Para nuestra investigación estudiamos un total de 201 sujetos de edades comprendidas entre los 8 y 16 años, que asistían a consultas externas en el Servicio Regional de Alergia e Inmunología Clínica del Hospital Universitario "Virgen Macarena" de Sevilla. Todos ellos estaban diagnosticados, por un médico especialista, de asma bronquial extrínseca en base a la definición establecida por el Consenso Internacional para el Diagnóstico y Tratamiento del Asma (National Institutes of Health, 1995): "*El asma es una alteración inflamatoria crónica de las vías aéreas en la cuál intervienen muchas células, incluidos mastocitos y eosinófilos. En individuos susceptibles, esta inflamación origina síntomas que usualmente se asocian con una*

obstrucción generalizada del flujo aéreo aunque variable, que con frecuencia remite bien sea espontáneamente o por el tratamiento, y causa de forma asociada un aumento de la respuesta de las vías respiratorias ante diversos estímulos”.

Se establecieron los siguientes criterios de exclusión:

- No estar afecto de otra patología crónica mental ni física
- No padecer retraso mental
- No haber experimentado en los 6 meses anteriores acontecimientos vitales de carácter fuertemente estresante

Instrumentos

Del total de sujetos se obtuvo información acerca del tiempo de evolución de la enfermedad y de la gravedad del asma. Para establecer el tiempo de evolución o duración del asma se tomó como referencia el tiempo, en años, transcurrido desde que se diagnosticó la enfermedad.

La gravedad del asma, evaluada por el alergólogo especialista, se estableció a partir del Consenso Internacional para el Diagnóstico y Tratamiento del Asma (National Institutes of Health, 1995), el cuál establece una clasificación basada en la severidad de la sintomatología y en los índices de obstrucción de las vías respiratorias, distinguiendo entre cuatro niveles de gravedad: asma leve, asma leve-moderada (o moderada suave), asma moderada y asma severa.

Así mismo el régimen farmacológico prescrito para cada paciente estaba basado en las pautas señaladas por el Consenso Internacional para el Diagnóstico y Tratamiento del Asma para cada estadío de gravedad. Para lograr los objetivos determinados por el Consenso el control terapéutico de la enfermedad debe estructurarse por fases. Estas fases están asociadas al estadío de gravedad que padece el enfermo.

De 63 pacientes se obtuvo una información adicional acerca de la severidad del asma y del grado de obstrucción de las vías aéreas, ambos criterios evaluados de forma subjetiva por los sujetos.

La severidad del asma, evaluada por el paciente como nivel de interferencia del asma en las actividades diarias, comprendía

una valoración entre 0 (ninguna interferencia) y 10 (máxima interferencia).

El grado de obstrucción o disnea, se determinó preguntando al niño/a el esfuerzo que tenía que realizar para respirar cuando tenía una crisis de asma, estableciéndose cuatro categorías que iban desde 1 (máximo esfuerzo) a 4 (mínimo esfuerzo).

Todos los pacientes cumplimentaron el "Cuestionario de Conductas Problemáticas del Asma". Este instrumento está basado en el Revised Asthma Problem Behavior Checklist (Creer et al., 1989). Se ha seleccionado este instrumento porque permite conocer un amplio conjunto de comportamientos y emociones del paciente. Porque, al igual que el grupo de Creer, se pretende adoptar una aproximación comportamental al problema del asma, realizando un análisis funcional de la conducta mediante la identificación de los desencadenantes emocionales y conductuales que provocan una crisis de asma y de las consecuencias personales, sociales y familiares de la enfermedad (Pascual, 1995).

El cuestionario fue traducido al español, de forma independiente, por dos licenciadas en filología inglesa, adaptándose finalmente algunas de las cuestiones para facilitar su comprensión por parte de los destinatarios. Al igual que el cuestionario original se trata de una batería de 76 ítems de 5 alternativas (desde 1 = nunca a 5 = siempre). La posibilidad de contestar se reduce a sólo una de ellas. Los 76 ítems corresponden a 10 áreas naturales diferentes, dividiéndose de la siguiente forma; ítems 1-6: adherencia al tratamiento; ítems 7-12: hábitos de salud; ítems 13-20: conductas precipitantes de crisis de asma; ítems 21-28: emociones precipitantes de crisis de asma; ítems 29-34: conductas de automanejo del asma; ítems 35-38: respuesta social del asma; ítems 39-52: consecuencias psicológicas del asma; ítems 53-62: efectos adversos de la medicación; ítems 63-73: consecuencias familiares del asma; ítems 74-76: consecuencias del asma en la vida social y/o laboral del niño y/o su familia. La puntuación correspondiente a cada una de las áreas se hallaba calculando la media de las puntuaciones de los ítems que la integraban. Se hizo necesario invertir las puntuaciones de los ítems 4, 5, 6, 7, 12 y 34 para calcular la puntuación de las áreas de adherencia al tratamiento, hábitos de salud y conductas de automanejo.

Procedimiento

El proceso de selección de los pacientes fue posible gracias a la colaboración del equipo médico del Servicio Regional de Alergia e Inmunología Clínica del Hospital Universitario "Virgen Macarena" de Sevilla, ya que eran ellos los que derivaban a los pacientes que cumplían los criterios de inclusión en el estudio. Posteriormente se les concertaba una cita, adaptándose siempre a los horarios y necesidades del paciente, en el plazo de una semana.

Para hallar la fiabilidad se determinó la consistencia interna del instrumento mediante la determinación de la tendencia central, dispersión, correlaciones Pearson y el coeficiente α de Cronbach de cada uno de los ítems y de las áreas en un total de 201 pacientes. La consistencia interna de un instrumento se refiere al grado en que los ítems de una escala están relacionados o al grado de homogeneidad de ese instrumento (Badia, Benavides y Rajmil, 2001). Así mismo se utilizó el método "test-retest", en un intervalo temporal de dos semanas, con un total de 63 pacientes, con el objeto de comprobar la estabilidad de las medidas, ya que éste procedimiento hace referencia al grado en que el instrumento proporciona la misma puntuación en dos ocasiones distintas cuando las condiciones de medición no se han modificado (Badia, et al., 2001).

La validez de criterio se halló en 63 pacientes, mediante la relación de los ítems y las áreas con los siguientes datos clínicos:

-> Duración (tiempo transcurrido desde la realización del diagnóstico hasta el momento de la cumplimentación del cuestionario)

-> Severidad (valorado por el sujeto nivel de interferencia del asma en las actividades cotidianas del paciente)

-> Grado de obstrucción (evaluada por el niño/a)

-> Gravedad (evaluada por el médico especialista)

Para la "duración" y la "severidad" se hallaron correlaciones Pearson. Para la "gravedad" y el "grado de obstrucción" se efectuaron pruebas Levene para detectar la homogeneidad de las varianzas, Análisis de Varianza para las variables homogéneas y K de Kruskal para las no homogéneas.

Todos los análisis estadísticos se realizaron con el paquete estadístico SPSS/PC+.

RESULTADOS

Tras haber recogido las puntuaciones completas de todos los sujetos, sin que hubiera ninguna respuesta perdida en ninguno de ellos, se encontraron los siguientes resultados.

Se obtuvo un α de Cronbach de 0.865. Como puede observarse en la tabla 1, destaca el ítem 32, referente al seguimiento del procedimiento para aliviar una crisis, con la media más alta (4,5274), siendo el ítem 33 (referente a poder medicarse sin ayuda) el que mayor variabilidad presenta en sus respuestas (1,6292). En lo que respecta al α de las diferentes áreas vemos que éste se encuentra entre un intervalo comprendido entre -0.207 y 0.827, siendo las áreas "emociones precipitantes de crisis de asma", "conductas precipitantes de crisis de asma" y "consecuencias del asma en vida social y/o laboral del niño y/o su familia" las que mayor α tenían y las áreas de "adherencia al tratamiento" y "hábitos de salud" las que menos. Para comprobar la estabilidad de las medidas a lo largo del tiempo se ha utilizado la prueba "t" de comparación de medias para muestras relacionadas, volviéndose a aplicar el instrumento a 63 sujetos de la muestra inicial, tras un intervalo de tiempo de aproximadamente dos semanas. Se obtuvo una correlación entre ambas pasadas de 0.886. Los resultados, mostrados en la tabla 2, nos indican la alta correlación de las respuestas a los ítems. Aquellos que mantienen una mayor estabilidad en las puntuaciones son los ítems 6, 8, 19, 20, 21, 29, 33, 38, 40, 45, 50, 57, 59, 63, 68 y el 71 (ver cuestionario anexo). Esto se constata por el hecho de que las puntuaciones no varían de forma significativa en cuanto a medias respecto a las de cada una de las aplicaciones. Los únicos ítems que no mantienen estabilidad son el 3, 4, 11, 13, 25, 32, 65 y el 75 (ver cuestionario anexo), pues presentan diferencias significativas de medias entre las puntuaciones de cada aplicación.

Para examinar la validez se emplearon varias variables criterio, indicadas en la tabla 3, en la que se muestra sus rangos, medias y desviaciones típicas correspondientes.

Tabla 1.- Media, desviación típica, cocientes de correlación y consistencia interna del cuestionario

ÁREA	ITEM	Media (DE)	r con el Total	r con su escala	α de Cronbach	α si se elimina el ítem
Adherencia al tratamiento	Ítem1	3,6020 (1,1317)	-.0604	.0412		-.4518
	Ítem2	4,4328 (0,8870)	-.0151	.3780		-.4837
	Ítem3	4,1990 (1,0199)	-.2320	.4830		-.1402
	Ítem4	2,0448 (1,2381)	-.2321	.3401		-.1000
	Ítem5	1,6965 (0,9962)	-.1566	.4017		-.2620
	Ítem6	1,1493 (0,5269)	.0555	.0592		-.4954
	TOTAL	2,8541 (0,3508)			-.2079	
Hábitos de salud	Ítem7	1,0448 (0,3361)	-.1709	.1016		.2360
	Ítem8	3,6169 (1,3702)	.1135	.126		.1074
	Ítem9	3,8856 (1,2296)	.1717	.0508		.0333
	Ítem10	4,4279 (0,8866)	.1316	.0371		.1052
	Ítem11	4,1741 (1,0791)	.0773	.0462		.1497
	Ítem12	1,0995 (0,3606)	-.0810	.0901		.2137
	TOTAL	3,0415 (0,4268)			.1677	
Conductas precipitantes de crisis de asma	Ítem13	1,9900 (1,3153)	.5044	.2735		.7542
	Ítem14	2,1244 (1,3526)	.4671	.2791		.7601
	Ítem15	2,7811 (1,4149)	.4850	.2812		.7572
	Ítem16	1,8308 (1,2293)	.3815	.2363		.7727
	Ítem17	1,9403 (1,2595)	.5257	.3013		.7513
	Ítem18	2,0697 (1,3839)	.3791	.1933		.7744
	Ítem19	2,5423 (1,4831)	.5620	.4421		.7434
Emociones precipitantes de crisis de asma	Ítem20	2,9552 (1,5209)	.5666	.4101		.7425
	TOTAL	2,2792 (0,8630)			.7811	
	Ítem21	1,6418 (1,1185)	.5875	.4839		.8021
	Ítem22	1,7214 (1,1498)	.5773	.4171		.8036
	Ítem23	1,6517 (1,0991)	.6286	.5672		.7964
	Ítem24	1,4975 (1,0155)	.4932	.6008		.8146
	Ítem25	1,3532 (0,8600)	.4565	.2578		.8191
Conductas de automanejo del asma	Ítem26	1,6219 (1,1774)	.5021	.5975		.8147
	Ítem27	1,6965 (1,0735)	.5403	.3919		.8086
	Ítem28	1,6667 (1,1328)	.6201	.5710		.7974
	TOTAL	1,6063 (0,7283)			.8273	
	Ítem29	2,3731 (1,3510)	.1166	.0290		.4454
	Ítem30	4,2836 (1,1420)	.1976	.1188		.3961
	Ítem31	4,2886 (1,1386)	.4201	.4077		.2743
Respuesta social del asma	Ítem32	4,5274 (0,9383)	.4597	.4084		.2837
	Ítem33	2,7164 (1,6292)	.1176	.0945		.4642
	Ítem34	2,3980 (1,4145)	.1068	.0439		.4549
	TOTAL	3,4312 (0,6579)			.4099	
Respuesta social del asma	Ítem35	4,6219 (0,9520)	.2474	.0782		.6468
	Ítem36	2,6219 (1,5087)	.3646	.1451		.6016
	Ítem37	1,8507 (1,2197)	.4888	.4196		.4915
	Ítem38	1,9005 (1,2570)	.5469	.4428		.4427
Respuesta social del asma	TOTAL	2,7488 (0,8568)			.6238	

Tabla 1.- Continuación

AREA	ITEM	Media (DE)	r con el Total	r con su escala	α de Cronbach	α si se elimina el ítem
Consecuencias psicológicas del asma	Ítem39	1,8010 (1,2924)	.3576	.2118	.7200	
	Ítem40	2,3234 (1,5779)	.4587	.3257	.7075	
	Ítem41	1,7761 (1,2707)	.5065	.3851	.7016	
	Ítem42	1,7065 (1,2878)	.3435	.2578	.7217	
	Ítem43	1,2438 (0,7108)	.2390	.4323	.7308	
	Ítem44	1,4030 (0,9010)	.2846	.4635	.7270	
	Ítem45	1,7164 (1,3245)	.1549	.1097	.7448	
	Ítem46	1,7811 (1,3236)	.2839	.1299	.7293	
	Ítem47	1,3582 (0,9701)	.2136	.1463	.7333	
	Ítem48	1,6318 (1,1890)	.4183	.3273	.7129	
	Ítem49	1,9602 (1,2403)	.5430	.3409	.6974	
	Ítem50	1,2189 (0,6941)	.3470	.6714	.7240	
	Ítem51	1,2338 (0,7142)	.3740	.6608	.7219	
Efectos adversos de la medicación	Ítem52	1,3483 (0,8474)	.3094	.2083	.7252	
	Ítem53	1,1990 (0,6326)	.3387	.2135	.7253	
	TOTAL	1,6073 (0,5283)			.7357	
	Ítem54	1,2090 (0,6604)	.2486	.0904	.6428	
	Ítem55	1,4179 (0,8969)	.4973	.3139	.5798	
	Ítem56	1,0199 (0,1721)	.1198	.0880	.6596	
	Ítem57	1,2587 (0,7230)	.2707	.1810	.6392	
	Ítem58	1,2786 (0,7225)	.4783	.3420	.5921	
	Ítem59	1,1990 (0,5479)	.2423	.1709	.6435	
	Ítem60	1,4527 (0,9268)	.5256	.3845	.5701	
	Ítem61	1,2637 (0,6893)	.2955	.1323	.6336	
	Ítem62	1,4179 (0,9821)	.2704	.1073	.6496	
	TOTAL	1,2716 (0,3691)			.6534	
Consecuencias familiares del asma	Ítem63	2,5771 (1,5444)	.2154	.1185	.6255	
	Ítem64	1,2438 (0,7844)	.3035	.2332	.6020	
	Ítem65	1,4876 (0,9854)	.3626	.3204	.5879	
	Ítem66	2,4577 (1,5998)	.4505	.5209	.5569	
	Ítem67	1,2488 (0,7732)	.1659	.6825	.6210	
	Ítem68	2,3085 (1,6200)	.4951	.3264	.5421	
	Ítem69	1,2537 (0,8064)	.2509	.6800	.6091	
	Ítem70	2,5174 (1,5202)	.4583	.4813	.5550	
	Ítem71	1,1194 (0,4423)	.1331	.1134	.6248	
	Ítem72	1,1294 (0,5032)	.1655	.1506	.6218	
	Ítem73	1,3881 (0,9585)	.0677	.0996	.6385	
	TOTAL	1,7028 (0,5190)			.6247	
Consecuencias sociales del asma	Ítem74	1,7910 (1,1559)	.6021	.3866	.6146	
	Ítem75	2,2537 (1,2807)	.6321	.4149	.5763	
	Ítem76	1,8159 (1,0682)	.4797	.2316	.7502	
	TOTAL	1,9536 (0,9511)			.7413	

N=201

Tabla 2.- Correlaciones test-retest para los ítems y las áreas

ÁREA	ÍTEMs	N	ÍNDICE DE CORRELACIÓN
Adherencia al tratamiento	Ítem 1	201	.756
	Ítem 2	201	.714
	Ítem 3	201	.798
	Ítem 4	201	.875
	Ítem 5	201	.836
	Ítem 6	201	.826
	TOTAL		.740
Hábitos de salud	Ítem 7	201	.893
	Ítem 8	201	.738
	Ítem 9	201	.718
	Ítem 10	201	.697
	Ítem 11	201	.728
	Ítem 12	201	
	TOTAL		.720
Conductas precipitantes de crisis de asma	Ítem 13	201	.923
	Ítem 14	201	.902
	Ítem 15	201	.803
	Ítem 16	201	.662
	Ítem 17	201	.615
	Ítem 18	201	.766
	Ítem 19	201	.865
	Ítem 20	201	.852
	TOTAL		.938
Emociones precipitantes de crisis de asma	Ítem 21	201	.849
	Ítem 22	201	.824
	Ítem 23	201	.904
	Ítem 24	201	.833
	Ítem 25	201	.840
	Ítem 26	201	.928
	Ítem 27	201	.699
	Ítem 28	201	.722
	TOTAL		.894
Conductas de automanejo	Ítem 29	201	.790
	Ítem 30	201	.681
	Ítem 31	201	.598
	Ítem 32	201	.865
	Ítem 33	201	.918
	Ítem 34	201	.743
	TOTAL		.898
Respuesta social del asma	Ítem 35	201	.809
	Ítem 36	201	.882
	Ítem 37	201	.917
	Ítem 38	201	.851
	TOTAL		.889

Tabla 2.- Continuación

ÁREA	ITEMS	N	ÍNDICE DE CORRELACIÓN
Consecuencias psicológicas del asma	Ítem 39 Ítem 40 Ítem 41 Ítem 42 Ítem 43 Ítem 44 Ítem 45 Ítem 46 Ítem 47 Ítem 48 Ítem 49 Ítem 50 Ítem 51 Ítem 52 Ítem 53 TOTAL	201 201 201 201 201 201 201 201 201 201 201 201 201 201 201 201	.813 .978 .924 .886 .896 .917 .974 .809 .819 .908 .867 .716 .789 .742 .795 .943
Efectos adversos de la medicación	Ítem 54 Ítem 55 Ítem 56 Ítem 57 Ítem 58 Ítem 59 Ítem 60 Ítem 61 Ítem 62 TOTAL	201 201 201 201 201 201 201 201 201 201	.918 .751 .940 .805 .692 .733 .859 .863 .879
Consecuencias familiares del asma	Ítem 63 Ítem 64 Ítem 65 Ítem 66 Ítem 67 Ítem 68 Ítem 69 Ítem 70 Ítem 71 Ítem 72 Ítem 73 TOTAL	201 201 201 201 201 201 201 201 201 201 201 201	.797 .989 .907 .939 .893 .971 .826 .928 .668 .943 .910 .965
Consecuencias del asma en la vida social y/o laboral del niño y/o su familia	Ítem 74 Ítem 75 Ítem 76 TOTAL	201 201 201 201	.970 .933 .911 .973

Tabla 3.- Media y desviación típica de las variables criterio

VARIABLES CRITERIO	N	RANGO	MEDIA	DESVIACIÓN TÍPICA
Duración	201	1-16	5.46	3.68
Severidad (interferencia)	63	1-10	3.17	1.93
Grado de disnea	63	1-4	2.37	1.00
Gravedad	201	1-4	1.59	0.94

Para comprobar la sensibilidad de los ítems a las variaciones de las diferentes variables criterio, se empleó el análisis de la varianza de un factor. Tras la serie de análisis realizados se alcanzaron los siguientes resultados.

1. *Duración*: El comportamiento de las puntuaciones de los ítems del test respecto a este criterio es, sensible a los cambios de la variable en los siguientes (ver cuestionario anexo):

47, 51, 53, 55, 57, 58, 59, 60, 61, 65 y 68.

2. *Gravedad*: Los ítems que más sensibles son a los cambios de la variables criterio son, en este caso (ver cuestionario anexo):

13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 39, 40, 41, 48, 49, 50, 51, 53, 57, 61, 67, 28, 69.

3. *Severidad (interferencia)*: La serie de ítems sensibles a los cambios en el criterio son (ver cuestionario anexo):

1, 14, 15, 18, 19, 20, 21, 22, 25, 28, 31, 34, 40, 41, 46, 49, 50, 53, 66, 67, 69, 70, 74, 75, 76.

4. *Grado de obstrucción o disnea*: En lo referente al comportamiento de las puntuaciones del test respecto a este criterio, concluimos que los ítems más sensibles son (ver cuestionario anexo):

14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 27, 28, 29, 39, 40, 41, 45, 48, 49, 53, 57, 58, 61, 63, 68, 74, 75.

En general, se observa que el criterio frente al que ítems presentan mayor sensibilidad es “gravedad”, seguido en un mismo grado por “disnea” y “severidad” (interferencia), siendo “duración” el que menor sensibilidad muestra.

La relación existente entre las variables criterios “duración” y “severidad” (interferencia) y las diferentes áreas del cuestionario se determinó mediante correlaciones Pearson, mostradas en la tabla 4. La “severidad” del asma, evaluada por el niño como nivel de interferencia del asma en sus actividades diarias, correlaciona con las áreas de *conductas precipitantes de crisis de asma*, *emociones precipitantes de crisis de asma*, *consecuencias familiares del asma* y *consecuencias del asma en la vida social y/o laboral del paciente y/o su familia* a un nivel de 0,01 y con las áreas de *consecuencias psicológicas del asma* y *efectos adversos de la medicación* a un nivel de 0,05. La variable “duración del asma” no correlaciona con ninguna de las áreas del cuestionario.

Tabla 4.- Correlación pearson de severidad (interferencia) y duración con el cuestionario

AREAS (Factores del CCPA)	N	Severidad (interferencia)	Duración
Adherencia al tratamiento	63	-0.146	0.147
Hábitos de salud		-0.068	0.057
Conductas precipitantes		0.574**	-0.045
Emociones precipitantes		0.474**	-0.163
Conductas de automanejo		0.224	-0.067
Respuesta social del asma		0.128	0.163
Consecuencias psicológicas		0.287*	-0.016
Efectos adversos		0.271*	0.123
Consecuencias familiares		0.424**	0.130
Consecuencias en la vida social		0.492**	0.048

Significación estadística: * p<0.05; ** p<0.01

Tabla 5.- Anova (K de kruskal para las no homogéneas) de grado de obstrucción

AREAS	N	Estadístico de LEVENE	ANOVA (F)	K de KRUSKAL	Sig
Adherencia al tratamiento	63	0,828 (0,484)	3,719		,016*
Hábitos de salud	63	0,360 (0,782)	0,871		,461
Conductas precipitantes	63	1,465 (0,233)	4,596		,006**
Emociones precipitantes	63	12,104 (0,000)		12,049	,007**
Conductas de automanejo	63	0,712 (0,549)	3,532		,020*
Respuesta social del asma	63	1,002 (0,399)	1,628		,193
Consecuencias psicológicas del asma	63	3,732 (0,016)		9,803	,020*
Efectos adversos	63	4,439 (0,007)		3,741	,291
Consecuencias familiares del asma	63	0,559 (0,644)	2,037		,118
Consecuencias en la vida social	63	0,672 (0,573)	5,256		,003**

Significación estadística: * p<0.05; ** p<0.01

Tabla 6.- Estadístico de levene. Anova (k de kruskal para las no homogéneas) de gravedad del asma evaluada por el médico especialista

AREAS	N	Estadístico de LEVENE	F (ANOVA)	K de KRUSKAL	Sig
Adherencia al tratamiento	210	1,328 (0,274)	0,505		,681
Hábitos de salud	201	1,056 (0,375)	0,835		,480
Conductas precipitantes	201	0,981 (0,408)	9,147		,000**
Emociones precipitantes	201	3,958 (0,012)		12,155	,007**
Conductas de automejor	201	0,483 (0,695)	3,993		,012*
Respuesta social del asma	201	1,672 (0,183)	0,288		,834
Consecuencias psicológicas del asma	201	2,158 (0,103)	4,421		,007**
Efectos adversos	201	0,852 (0,471)	1,048		,378
Consecuencias familiares del asma	201	1,753 (0,166)	3,153		,031*
Consecuencias del asma en la vida social	201	1,269 (0,293)	3,541		,020*

Significación estadística: * p<0,05; ** p<0,01

Para hallar la relación entre las áreas y la variable criterio "grado de obstrucción" se realizaron pruebas Levene para detectar la homogeneidad de las varianzas, Análisis de Varianza para las variables homogéneas y K de Kruskal para aquellas áreas no homogéneas. Tras estos análisis (tabla 5), se hallaron relaciones significativas, a un nivel de 0.01, entre esta variable criterio *conductas precipitantes de crisis de asma, emociones precipitantes de crisis de asma y consecuencias en la vida social y/o laboral del niño y/o su familia*. Y a un nivel de 0.05 con las áreas de *adherencia al tratamiento, conductas de automanejo del asma y consecuencias psicológicas del asma*.

De igual forma se procedió con la variable "gravedad" del asma, evaluada por el médico, realizando pruebas Levene para detectar la homogeneidad de las varianzas, Análisis de Varianza para las variables homogéneas y K de Kruskal para aquellas áreas no homogéneas. Los resultados, mostrados en las tablas 6 y 7, establecen relaciones significativas a un nivel de 0.01 entre la variable "gravedad" y las áreas *conductas precipitantes de crisis de asma, emociones precipitantes de crisis de asma y consecuencias psicológicas del asma*. Y a un nivel de 0.05 con *conductas de automanejo del asma, consecuencias familiares del asma y consecuencias en la vida social y/o laboral del niño y/o su familia*.

Tabla 7.- Media y desviación típica. Niveles de gravedad**Informe**

gravedad		Media	Desv. típ.	N
leve	Adherencia al tratamiento	2,9109	,3007	43
	Hábitos de salud	3,0659	,4019	43
	Conductas precipitantes	1,8023	,6508	43
	Emociones precipitantes	1,2384	,4886	43
	Conductas de automanejo	3,5310	,5147	43
	Respuesta social del asma	2,6105	,7604	43
	Consecuencias psicológicas	1,3372	,3719	43
	Efectos adversos	1,1628	,2682	43
	Consecuencias familiares	1,5729	,4412	43
	Consecuencias del asma en la vida social	1,7364	,9188	43
leve-moderada	Adherencia al tratamiento	2,9333	,3651	5
	Hábitos de salud	3,0667	,5349	5
	Conductas precipitantes	2,6000	,6812	5
	Emociones precipitantes	1,9000	,5184	5
	Conductas de automanejo	4,2000	,4314	5
	Respuesta social del asma	2,7500	,3953	5
	Consecuencias psicológicas	1,6000	,6480	5
	Efectos adversos	1,1800	,3493	5
	Consecuencias familiares	1,9455	,6699	5
	Consecuencias del asma en la vida social	1,8000	,6055	5
moderada	Adherencia al tratamiento	2,7857	,4911	14
	Hábitos de salud	3,2143	,3946	14
	Conductas precipitantes	2,8304	,9088	14
	Emociones precipitantes	1,7054	,8710	14
	Conductas de automanejo	3,5595	,5335	14
	Respuesta social del asma	2,8036	,7083	14
	Consecuencias psicológicas	1,7449	,5488	14
	Efectos adversos	1,2571	,3322	14
	Consecuencias familiares	1,9416	,6131	14
	Consecuencias del asma en la vida social	2,2857	1,0448	14
severa	Adherencia al tratamiento	3,0000	,	1
	Hábitos de salud	2,6667	,	1
	Conductas precipitantes	3,3750	,	1
	Emociones precipitantes	3,5000	,	1
	Conductas de automanejo	4,6667	,	1
	Respuesta social del asma	2,5000	,	1
	Consecuencias psicológicas	2,2857	,	1
	Efectos adversos	1,6000	,	1
	Consecuencias familiares	2,4545	,	1
	Consecuencias del asma en la vida social	4,3333	,	1
Total	Adherencia al tratamiento	2,8862	,3514	63
	Hábitos de salud	3,0926	,4091	63
	Conductas precipitantes	2,1190	,8473	63
	Emociones precipitantes	1,4306	,6838	63
	Conductas de automanejo	3,6085	,5496	63
	Respuesta social del asma	2,6627	,7172	63
	Consecuencias psicológicas	1,4637	,4746	63
	Efectos adversos	1,1921	,2898	63
	Consecuencias familiares	1,6984	,5273	63
	Consecuencias del asma en la vida social	1,9048	,9863	63

DISCUSIÓN

En primer lugar cabe destacar que, al contrario de lo que ocurrió con las investigaciones del grupo investigador de Creer (Creer, et al., 1989) y de Pascual y Belloch (1995), todos los pacientes respondieron a todos los ítems del cuestionario, ya que éste se cumplimentaba en presencia del psicólogo, lo cuál también permitía la aclaración de algún término o ítem a los pacientes.

La deseabilidad social, que Belloch, et al. (1997) identifican como limitación en su investigación, se elimina al tratarse de una población más joven en la que la imagen social todavía no ha adquirido tanta relevancia como en la etapa adulta.

La consistencia interna global de nuestra adaptación (0,865) es más baja que la obtenida por el grupo de Creer (0,91), pero similar a la obtenida en el estudio de Belloch, et al. (1997). La fiabilidad de los factores emerge dependiendo del tamaño de la muestra, aunque no hay un consenso sobre cuál debería de ser éste (Belloch, Perpiña, Paredes, Giménez, Compte, y Baños, 1994). Además, tal y cómo indican Pascual y Belloch (1995), citando a Bryman y Cramer (1990), en un instrumento como éste que mide diferentes aspectos referentes a diferentes conductas del paciente es más correcto valorar la fiabilidad de cada una de las dimensiones que para el conjunto. Así en nuestro estudio encontramos que la mayoría de las áreas obtienen α de Cronbach altos o medio-altos: emociones precipitantes (0.8273), conductas precipitantes (0.7811), consecuencias del asma en la vida social y/o laboral del paciente y/o su familia (0.7413), consecuencias psicológicas (0.7357), efectos adversos (0.6534); consecuencias familiares (0.6247), respuesta social (0.6238); conductas de automanejo (0.4099). Solamente son dos áreas las que obtienen un α de Cronbach bajo (adherencia al tratamiento con -0.2079 y hábitos de salud con 0.1677), aunque como indican Belloch, et al. (1997) esto puede ser debido a las diferencias tranculturales y de hábitos entre los diferentes países.

De todas formas se observa que el procedimiento de "test-retest", empleado como método de fiabilidad para valorar la estabilidad de las medidas, demuestra que las medidas son estables, ya que obtuvo una correlación entre ambas pasadas de 0.886.

Sería aconsejable, de todos modos examinar la posibilidad de eliminar o modificar ciertos ítems que estuvieran afectando de forma negativa a la fiabilidad del cuestionario, con el objeto de mejorarla.

En lo que respecta a la validez de criterio encontramos una alta correlación entre las variables clínicas "gravedad", "severidad" (medida como interferencia en la vida diaria) y "grado de obstrucción" (medida como sensación de ahogo) con los diferentes ítems y áreas. Demostrando esta correlación que tanto los ítems del cuestionario como las diferentes áreas son sensibles a las variaciones que se producen en estas variables clínicas.

Al igual que los resultados encontrados por Belloch, et al. (1997), la única variable clínica que no correlaciona con el instrumento es la "duración" de la enfermedad. Esto puede ser debido a que los tres primeros criterios están relacionados de forma directa con la sintomatología y situación médica actual del paciente. La "gravedad" establecida por el médico especialista, refleja el estado médico en el que se encuentra el niño o niña en el momento de la evaluación. La "severidad", tal y como indican Pless y Roghmann (1971), entendida como interferencia con sus actividades diarias está asociada indudablemente con la sintomatología no sólo médica sino también comportamental. Y de igual forma ocurre con el "grado de obstrucción" o "disnea", que refleja la sensación de ahogo que el paciente tiene en el momento de la valoración de las diversas áreas del cuestionario. Sin embargo la "duración" no está relacionada claramente con la situación médica actual del sujeto. Debido al carácter reversible, variable e intermitente del asma podemos encontrarnos con pacientes con un largo recorrido desde su diagnóstico que pueden hallarse totalmente asintomáticos o en un estado de empeoramiento debido al carácter estacional de su enfermedad. O podemos valorar a pacientes con una corta historia de asma pero muy bien controlados y muy cumplidores con las prescripciones médicas.

Encontramos también, coincidiendo con los resultados obtenidos por Belloch, et al. (1997), que el instrumento es sensible a los distintos niveles de gravedad del niño o niña asmáticos, siendo los pacientes más leves los que presentan menor grado de problemas comportamentales y menor afectación de la calidad de vida.

Los resultados obtenidos en nuestro estudio son similares a los obtenidos en otros diseños, como el realizado por Belloch, et al. (1994) o el de Álvarez, Juncal, Vázquez y Feraces (2001). Estos últimos autores estudiaron la utilidad del Living With Asthma Questionnaire, con el objeto de valorar las propiedades psicométricas para evaluar la calidad de vida en una muestra de adultos asmáticos gallegos y encontraron una elevada consistencia interna (0,94) y que el cuestionario se relacionaba negativamente con la función pulmonar y con el tratamiento farmacológico, apoyando la validez concurrente de éste.

Una de las limitaciones que puede tener nuestro estudio y que se ha realizado en otros diseños similares es la no utilización de medidas de función pulmonar ni de tratamiento farmacológico como criterios para establecer correlaciones. Sin embargo, estas medidas están reflejadas en los estadíos de gravedad empleados, ya que uno de los parámetros utilizados en el Servicio Regional de Alergología e Inmunología Clínica a la hora de valorar la gravedad de un paciente era el "grado de obstrucción" de las vías respiratorias, determinado a través de una espirometría y de las medidas diarias de pico-flujo espiratorio aplicados de forma ordinaria. La medicación estaba también determinada por el nivel de gravedad, pudiendo establecer a partir de ésta qué medicación tomaba cada paciente.

A la luz de los resultados obtenidos en el análisis de la fiabilidad y validez del instrumento podemos concluir el "Cuestionario de Conductas Problemáticas del Asma" constituye un instrumento eficaz para detectar problemas relacionados con el asma en población asmática infanto-juvenil y para su aplicación clínica.

La cumplimentación del cuestionario por parte de población infanto-juvenil asmática permitiría identificar, a través de las puntuaciones altas obtenidas en las diversas áreas, los comportamientos de carácter emocional que están incidiendo en la enfermedad y esto permitiría el diseño y la aplicación de programas de intervención específicos para solventar los problemas detectados y mejorar de esta forma la calidad de vida del niño o niña asmáticos.

BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez, P., Juncal, S., Vázquez, M.I., y Feraces, M.J.** (2001). Fiabilidad y validez del Living With Asthma Questionnaire en una muestra gallega: distribución y relación con parámetros sociodemográficos y clínicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 27, 165-185.
- Álvarez-Salas, J.L.** (1982). Presentación del curso de «enfermedades inmunológicas del pulmón». Escuela Nacional de Enfermedades del Tórax. Asma bronquial: etiopatogenia del asma atópico. Componentes y formas anatomoclínicas. Asma psicógeno. *Enfermedades del Tórax*, 31, 183-238.
- Apter, A., Aviv, A., Kaminer, Y., Weizman, A., Lerman, P. & Tyano, S.** (1991). Behavioral profile and social competence in temporal lobe epilepsy of adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 887-892.
- Badia, X., Benavides, A., y Rajmil, L.** (2001). Instrumentos de evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en niños y adolescentes con asma. *Anales españoles de Pediatría*, 54, 213-221.
- Belloch, A., Perpiñá, M., Paredes, T., Giménez, A., Compte, L., y Baños, R.** (1994). Bronchial asthma and personality dimensions: a multifaceted association. *Journal of Asthma*, 31, 161-170.
- Belloch, A., Perpiñá, M., Pascual, L.M., De Diego, A. & Creer, T.L.** (1997). The Revised Asthma Problem Behavior Checklist: Adaptation for use in spanish asthmatic patients. *Journal of Asthma*, 34, 31-41.
- Botella, C y Benedito, M.C.** (1993). *Asma bronquial. Evaluación e intervención en niños y jóvenes*. Madrid: Pirámide.
- Brook, U., Stein, D., & Alkalay, Y.** (1994). The attitude of asthmatic and nonasthmatic adolescents toward gymnastic lessons at school. *Journal of Asthma*, 31, 171-5.
- Brown, J.V., Avery, E., Mobley, C., Boccuti, L., & Golbach, T.** (1996). Asthma management by preschool children and their families: A developmental framework. *Journal of Asthma*, 33, 299-312.
- Bussing, R., Halfon, N., Benjamin, B., & Wells, K.B.** (1995). Prevalence of behavior problems in US children with asthma. *Archives of Pediatric Adolescent Medicine*, 149, 565-72.
- Creer, T.L., Marion, R.J., & Creer, P.P.** (1983). Asthma problem behavior checklist: Parental perceptions of the behavior of asthmatic children. *Journal of Asthma*, 20, 97-104.
- Creer, T.L., Marion, R.J., & Harm, D.L.** (1988). Childhood asthma. In V.B. Van Hasselt y P.S. Strain & M. Hersen, *Handbook of developmental and physical disabilities*. Oxford: Pergamon Press.

- Creer, T.L., Stein, R., Rappaport, L., & Lewis, C.** (1992). Behavioral consequences of illness: childhood asthma as a model. *Pediatrics*, 90, 808-815.
- Creer, T. L., Wigal, J. K., Kotses, H., Hatala, J.C. McConnaughy, K., & Winder, J.A.** (1993). A Life Activities Questionnaire for Childhood Asthma. *Journal of Asthma*, 30, 467-473.
- Creer, T.L., Wigal, J.K., Tobin, D.L., Kotses, H., Snyder, S.E., & Winder, J.A.** (1989). The Revised Asthma Problem Behavior Checklist. *Journal of Asthma*, 26, 17-29.
- Evans, D., Clark, N.M., & Feldman, C.H.** (1987). School health education programmes for asthma. *Clinical Review of Allergy*, 5, 207-212.
- Fix, A.J., Daughton, D., & Kass, I.** (1981). Behavioral Sciences in Pulmonary Rehabilitation. In C.J. Golden, *Applied techniques in behavior*. New York: Grune & Stratton.
- Gila, A., y Martín-Mateos, M.A.** (1991). *El niño asmático*. Barcelona: Martínez Roca.
- Mantínez, F.** (1987). Aspectos médicos y sociales. En Grupo Jarpyo (Eds.), *Asma Bronquial*. Madrid: Grupo Jarpyo Editores.
- McColl, E., Steen, I.N., Meadows, K.A., Hutchinson, A., Eccles, M.P., Hewison, J., Fowler, P., & Blades, S.M.** (1995). Developing outcome measures for ambulatory care. An application to asthma and diabetes. *Social Science and Medicine*, 41, 1339-48.
- Mira, J.M., Belloch, A., y Botella, C.** (1987). Asma bronquial. En A. Belloch y M.P. Barreto (Dirs.), *Psicología Clínica: Trastornos bio-psico-sociales*. Valencia: Promolibro.
- National Heart, Lung and Blood Institute, National Institutes of Health** (1995). Global initiative for asthma. Global strategy for asthma management and prevention. Bethesda, MD: US Department of Health and Human Services: NIH publication, nº 95-3659.
- Pascual, L.M.** (1995). *Psicología y asma. Aspectos psicológicos vinculados con su mantenimiento*. Valencia: Promolibro.
- Pascual, L., y Belloch, A.** (1995). Adaptación del inventario revisado de conductas problemáticas relacionadas con asma para su uso con asmáticos españoles. *Análisis y Modificación de Conducta*, 79, 607-622.
- Pless, I.B., & Roghmann, K.J.** (1971). Chronic Illness and its consequences: observations based on three epidemiologic surveys. *The Journal of Pediatrics*, 79, 351-359.
- Polaino, A.** (1986). El pediatra ante los trastornos funcionales de la infancia. *Acta Pediatrica Española*, 44, 271-283.
- Rees, L.** (1964). The significance of parental attitudes in childhood asthma. *Journal of Psychosomatic Research*, 7, 253-262.

- Shaw, C.R. (1966). *Psiquiatría infantil*. México: Interamericana.
- Teiramaa, E. (1981). Psychosocial factors, personality and acute-insidious asthma. *Journal of Psychosomatic Research*, 25, 43-49.
- Vazquez, M.I., y Buceta, J.M. (1996). *Tratamiento psicológico del asma bronquial*. Madrid: Pirámide.
- Weston, A.R., Macfarlane, D.J., & Hopkins, W.G. (1989). Physical activity of asthmatic and nonasthmatic children. *Journal of Asthma*, 26, 279-286.

CUESTIONARIO DE CONDUCTAS PROBLEMÁTICAS DEL ASMA C.C.P.A.

A continuación se van a formular una serie de preguntas relacionadas con tu asma. Escribe junto a cada pregunta el número correspondiente al término que indica con qué frecuencia te ocurre ese determinado aspecto.

NUNCA	1
RARAMENTE	2
ALGUNAS VECES	3
USUALMENTE	4
SIEMPRE	5

1. ¿Entiendes las instrucciones médicas? _____
2. ¿Sigues estas instrucciones? _____
3. ¿Sigues cuidadosamente las instrucciones sobre la medicación? _____
4. ¿Evitas alguna vez tomar la medicación tal y como se te ha indicado? _____
5. ¿Tomas alguna vez menos medicación que la necesitada? _____
6. ¿Tiendes a abusar de la medicación? _____
7. ¿Fumas? _____
8. ¿Evitas los precipitantes o disparadores de la crisis que ya conoces? _____

9. ¿Intentas seguir una dieta correcta de alimentación? _____

10. ¿Duermes lo suficiente? _____

11. ¿Practicas ejercicio regularmente? _____

12. ¿Tomas bebidas alcohólicas? _____

¿Puede alguna de las siguientes conductas producirte una crisis de asma?

13. Llorar _____

14. Reir _____

15. Toser _____

16. Estornudar _____

17. Gritar o chillar _____

18. Aguantar la respiración _____

19. Respirar rápidamente y con frecuencia _____

20. Jadear o sofocarse _____

¿Puede provocarte una crisis de asma alguno de los siguientes factores?

21. Ira, cólera _____

22. Ansiedad _____

23. Excitación _____

24. Miedo _____

25. Frustración _____

26. Pánico _____

27. Irritación _____
28. Tensión _____
29. ¿Piensas que siempre puedes decir cuando vas a tener una crisis de asma? _____
30. ¿Pides ayuda cuando la necesitas? _____
31. ¿Inicias el tratamiento tan pronto detectas un ataque? _____
32. ¿Sigues el procedimiento que se te ha indicado para aliviar una crisis? _____
33. ¿Piensas que puedes medicarte correctamente “sin ayuda”? _____
34. ¿Te asustas durante un ataque? _____

Cuando tienes una crisis de asma, ¿Te ayuda alguien de la siguiente lista a manejarla de forma más rápida y eficientemente?

35. Alguien de tu familia (padres, hermanos...) _____
36. Personal médico _____
37. Compañeros de trabajo/clase _____
38. Otros (amigos, vecinos, parientes...) _____
39. ¿Piensas o sientes que el asma es el centro de tu vida? _____

¿Vives o experimentas alguna de estas conductas como consecuencia de tu asma?

40. Frustración _____
41. Ira, cólera _____
42. Miedos, fobias _____
43. Fingirte enfermo _____

- 44. Uso de tu asma para conseguir algún beneficio personal _____
- 45. Negación de tu enfermedad _____
- 46. Preocupación por tu cuerpo o apariencia física _____
- 47. Otros comportamientos _____

¿Alguna vez has experimentado alguna de las siguientes conductas como consecuencia de tu asma?

- 48. Depresión _____
- 49. Incapacidad para expresar correctamente lo que piensas o sientes _____
- 50. Aislamiento _____
- 51. Evitación de los demás _____
- 52. Indiferencia hacia tí mismo y/o hacia tu futuro _____
- 53. Otros comportamientos _____

¿Experimentas alguno de los siguientes cambios físicos tras haber iniciado el tratamiento para tu asma?

- 54. Obesidad _____
- 55. Pérdida del apetito _____
- 56. Pérdida de memoria _____
- 57. Pérdida de peso _____
- 58. Cansancio crónico _____
- 59. Insomnio _____
- 60. Debilitamiento _____

61. Problemas gástricos _____
62. Otros cambios físicos _____
63. ¿Se centran las actividades de tu familia en tu asma? _____

¿Muestran los miembros de tu familia alguno de los siguientes comportamientos a causa de tu asma?

64. Ira, cólera _____
65. Irritación _____
66. Ansiedad _____
67. Celos _____
68. Sobreprotección _____
69. Resentimiento _____
70. Miedo _____

A causa de tu asma, ¿manifiestan los miembros de tu familia algo de lo siguiente?

71. Alejamiento de las actividades comunitarias _____
72. Ignorancia de tu asma _____
73. Negación de tu asma _____

¿Experimentas tú o algún miembro de tu familia algunas dificultades con los siguientes factores a causa de tu asma?

74. Trabajo _____
75. Colegio _____
76. Otros _____