

Artículo de Revisión

El componente educativo en el abordaje integral del asma bronquial*

The educational component in an integrated approach to bronchial asthma

María Paola Fasciglione, Claudia Elena Castañeiras

Resumen

El asma bronquial es una enfermedad inflamatoria crónica de las vías respiratorias cuya prevalencia está aumentando en el mundo. Actualmente no se dispone de un tratamiento curativo, y el objetivo principal de todo abordaje es el control de la enfermedad y la optimización de la calidad de vida de los pacientes. En este sentido, durante las últimas décadas se han estado implementando y evaluando programas de intervención complementarios a los tratamientos médicos convencionales. Gran parte de éstos consisten en intervenciones educativas o incluyen algún tipo de componente educativo. El objetivo del presente trabajo fue analizar las características y el impacto de las intervenciones educativas en el asma, a través de: a) revisión actualizada sobre los diferentes tipos de intervenciones educativas desarrolladas e implementadas para el asma; b) identificación de aspectos comunes a todas estas intervenciones; c) análisis de los hallazgos de la investigación referidos a su impacto sobre la salud y la calidad de vida de los pacientes. Se concluye que las intervenciones educativas son efectivas para mejorar la salud y la calidad de vida de los pacientes con asma, y para reducir el uso y el costo de recursos sanitarios. Estos hallazgos señalan la importancia de incluir el componente educativo como parte esencial del abordaje integral de esta población clínica. Asimismo, la complejidad inherente al proceso educativo pone de manifiesto la necesidad del trabajo conjunto y complementario entre diferentes profesionales de la salud.

Descriptor: Asma/prevención & control; Educación en salud; Terapéutica.

Abstract

Bronchial asthma is an inflammatory chronic disease of the respiratory tract whose prevalence is increasing worldwide. Since there is no curative treatment available, the principal objective of every approach is to control the disease and to improve the quality of life of patients. Over the last few decades, intervention programs supplementing conventional medical treatments have been tested and implemented. The majority of such programs consist of educational interventions or include some type of educational component. In this study, we attempted to determine the characteristics and the impact of educational interventions on asthma by means of the following: a) an updated review of the various educational interventions developed and implemented for asthma patients; b) the identification of aspects that are common to all of these interventions; and c) the analysis of the findings in the literature regarding the impact that these interventions have on the health and quality of life of patients. We conclude that educational interventions are effective in improving the health and quality of life of asthma patients, as well as in reducing the use and costs of health resources. These findings indicate the importance of including an educational component as part of an integrated approach to this population. Likewise, the inherent complexity of the educational process highlights the importance of a complementary joint effort including various health professionals.

Keywords: Asthma/prevention and control; Health education; Therapeutics.

* Estudio realizado en el Grupo de Investigación en Evaluación Psicológica. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Mar del Plata. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas de la República Argentina – CONICET – Mar del Plata, Argentina.

Dirección para correspondencia: María Paola Fasciglione. San Luis 4460, Código Postal 7600, Mar del Plata, Argentina.

Tel 54 223 4797611. E-mail: paolafasciglione@gmail.com

Apoyo financiero: Ninguno.

Recibido para publicación el 25/5/2009. Aprobado, tras revisión, el 15/10/2009.

El asma bronquial es una enfermedad inflamatoria crónica de las vías aéreas respiratorias cuya prevalencia está aumentando en todo el mundo.⁽¹⁻³⁾ Según investigaciones realizadas en occidente, el asma está presente en el 4-5% de la población adulta y en un 10% de los menores de 15 años.⁽⁴⁾ En contraposición a la alta morbilidad del asma, en la actualidad la mortalidad por esta enfermedad constituye un hecho relativamente infrecuente.⁽⁴⁾ En Argentina las estadísticas señalan un porcentaje de defunciones por asma de sólo un 0.20%.⁽⁵⁾

Esta enfermedad respiratoria se caracteriza por la infiltración de la mucosa por células inmunes e inflamatorias. La inflamación crónica induce a un aumento de la hiperreactividad bronquial frente a distintos estímulos (humos, irritantes, frío, niebla, ejercicio, factores psicoemocionales y estrés) provocando episodios recurrentes de sibilancias, disnea, opresión torácica, tos y secreciones. Estos episodios se asocian generalmente a una obstrucción generalizada pero variable en el flujo aéreo pulmonar, que es parcial o totalmente reversible de forma espontánea o con tratamiento. En la actualidad se sabe que los mecanismos que conducen al desarrollo y expresión del asma comprometen complejas interacciones entre genes y entre éstos y factores ambientales.^(1,2,6)

En este escenario y a pesar de los avances farmacológicos, actualmente no se dispone de un tratamiento curativo para el asma, y el objetivo principal de todo abordaje se centra en el control de la enfermedad y la optimización de la calidad de vida de los pacientes.^(1,2,6,7) Durante las últimas décadas, en diferentes partes del mundo han estado implementando y evaluando los resultados de programas de intervención que complementan los tratamientos médicos convencionales.^(4,8-26)

Gran parte de estos programas consisten en intervenciones educativas o incluyen algún tipo de componente educativo. Las guías y los protocolos internacionales de diagnóstico y manejo del asma establecen el papel de la educación como un elemento clave en el control de esta enfermedad respiratoria.^(1,2,6) En este sentido, la revisión de la literatura de los últimos años señala que las intervenciones educativas son útiles para disminuir la morbimortalidad, la demanda asistencial y las limitaciones en las actividades diarias de las personas con asma.^(1,2,6,7,22,23)

El objetivo de este trabajo es analizar las características y el impacto de las intervenciones educativas en el asma bronquial. Para ello se realizó: a) una revisión actualizada sobre los diferentes tipos de intervenciones educativas desarrolladas e implementadas para el asma bronquial hasta el momento; b) la identificación de aspectos comunes a todas estas intervenciones; y c) el análisis de los hallazgos de la investigación referidos al impacto de las intervenciones educativas sobre la salud y la calidad de vida de los pacientes con asma bronquial. Se llevó a cabo un trabajo de revisión y análisis de literatura científica especializada derivada de las siguientes fuentes:

- a) tres guías internacionales de diagnóstico y manejo del asma bronquial^(1,2,6)
- b) dos monografías sobre asma y educación editadas en los años 2007 y 2008 por el Grupo de Asma y Educación pertenecientes a la Sociedad Española de Neumología Pediátrica
- c) once investigaciones empíricas^(8,10,16-19,23-27)
- d) cuatro trabajos de revisión.^(7,19,22,28)

Diferentes denominaciones, un fin común

Una de las primeras cuestiones que se plantea al abordar este tema es la diversidad de denominaciones que se encuentran en la literatura especializada para referirse a intervenciones de tipo educativo, y a los diferentes actores a los que van dirigidas (pacientes, familiares, profesionales sanitarios, población general, entre otros).

Entre los términos más utilizados se hallaron educación sanitaria, educación en asma, psicoeducación y educación terapéutica. Este último concepto es el más amplio y en cierto modo incluye a los demás. Según la Organización Mundial de la Salud,⁽⁷⁾ la educación terapéutica es "Un proceso continuo, integrado en los cuidados y centrado sobre el paciente. Comprende actividades organizadas de sensibilización, información, aprendizaje y acompañamiento psicosocial relacionado con la enfermedad y el tratamiento prescrito. Contempla ayudar al paciente y a sus próximos a comprender la enfermedad y el tratamiento (...) y a mantener o mejorar la calidad de vida.

¹ Estas guías se redactan a partir de los datos de las recientes investigaciones empíricas en el tema.

La educación debería conseguir que el paciente fuera capaz de adquirir y mantener los recursos necesarios para gestionar óptimamente su vida con la enfermedad”.

El concepto de educación terapéutica no debe confundirse con el de educación para la salud, que tiene por destinatario a la población sana y no las poblaciones clínicas como sería el caso de las personas con asma.

Otro término asociado al de educación terapéutica es el de psicoeducación, aunque éste suele utilizarse cuando la enfermedad sobre la que se interviene es de orden psíquico o mental. Rebolledo y Lobato⁽²²⁾ definen la psicoeducación como un procedimiento de intervención para aplicar dentro de un programa de tratamiento o rehabilitación, que consiste en un aprendizaje experiencial acerca de sí mismo, del trastorno psíquico que se padece y, del mejor modo de afrontar sus consecuencias. Esta intervención enfatiza la participación activa del paciente tanto para adquirir conocimiento acerca de su problema, como para aplicarlo en su vida cotidiana y en su relación con los otros.

En el caso de los pacientes con asma bronquial, consideramos que sería más adecuado referirse a psicoeducación cuando se trata de intervenciones que enseñan al paciente sobre aspectos psicosociales que puedan influir en el manejo y evolución de la enfermedad.

Independientemente de las diferencias aportadas por las denominaciones referidas, se observó en toda la literatura analizada que el objetivo principal de las intervenciones educativas se dirige a alcanzar el automanejo de esta enfermedad respiratoria. Se ha comprobado que el adecuado manejo del asma por los mismos pacientes reduce las hospitalizaciones, el ausentismo, la morbilidad y los costes, al mismo tiempo que mejora los síntomas y la calidad de vida de los pacientes.^(7,10) Este hecho condujo a otra denominación frecuente para las intervenciones educativas: programas de automanejo (*self-management*). El automanejo alude a la capacidad para gestionar los síntomas, el tratamiento, las consecuencias biopsicosociales y el cambio de estilo de vida inherente a convivir con una enfermedad crónica.^(29,30)

Destinatarios de las intervenciones educativas y escenarios de implementación

Se identificaron distintos grupos hacia los que se dirigían las intervenciones educativas. Toda la bibliografía coincide en que los principales destinatarios son los pacientes. En segundo lugar y principalmente en población pediátrica, se destaca la importancia de las intervenciones con la familia del paciente.^(1,2,6,7,26,31) Asimismo se señalan los beneficios de brindar formación sobre las características de la enfermedad y su manejo a los docentes, instructores de educación física, compañeros de estudios o de trabajo del paciente y a la población general.^(1,2,6,7,20,31) La difusión de información al público en general permite el reconocimiento de los síntomas, estimula a personas con asma a buscar atención médica, y además puede ser un medio para reducir la estigmatización que recae muchas veces sobre quienes la padecen.^(1,2)

Otro grupo destinatario de las intervenciones educativas lo constituyen los profesionales sanitarios (médicos, enfermeras, fisioterapeutas, entre otros). Se ha destacado la importancia de lograr que estos profesionales reciban formación tanto en los aspectos clínicos sobre el asma como en las habilidades necesarias para establecer un buen vínculo con el paciente asmático.^(1,2,6,27,31-33) En este sentido, los reportes de la *Global Initiative for Asthma* (GINA)^(1,2) postulan la calidad de la relación médico-paciente como uno de los cinco componentes necesarios para el manejo del asma. En la misma dirección se han llevado a cabo estudios que informaron que cuando los médicos mejoraban sus habilidades comunicacionales se obtenían mejores resultados clínicos y una mayor satisfacción por parte de los pacientes.⁽⁷⁾ Finalmente, también se ha enfatizado la necesidad de la educación de los responsables de planificación sanitaria.^(7,31)

Otra variable a considerar son los posibles escenarios de implementación de estas intervenciones educativas que pueden ir desde los mismos consultorios médicos, salas de urgencias, hospitales, escuelas, hogares,^(1,2) espacios comunitarios hasta escenarios virtuales que incluyen programas interactivos por computadora.^(6,17,21,22,28)

Aspectos comunes de las intervenciones educativas en asma²

El análisis de los datos disponibles sobre este tema permitió identificar aspectos comunes a las diferentes intervenciones educativas referidos tanto a las cuestiones técnicas como dinámicas. A continuación se describe cada uno de ellos:

Educación como proceso progresivo, dinámico y constante

Se encuentra una clara recomendación en la literatura especializada sobre la inclusión del componente educativo como un proceso continuo, con el objetivo no sólo de informar y educar al paciente en el manejo adecuado de su enfermedad, sino como una estrategia de valoración de las capacidades del paciente y de refuerzo de los logros, para poder trabajar sobre las interferencias o dificultades que pudieran generarse en el cuidado activo y responsable de la salud.

Si bien la mayoría de los trabajos conciben a la educación como una intervención continua y progresiva que debe implementarse en cada encuentro del paciente con el sistema sanitario,^(1,2,6,7,21,34,35) algunos autores proponen intervenciones pautadas y delimitadas en sesiones,^(8,19) postulando la necesidad de hacer participar a los pacientes en un programa específico que los prepare para tratar con su enfermedad, ya que la información y la educación con la que cuentan sobre el asma es insuficiente. En nuestra opinión estas modalidades no son mutuamente excluyentes y constituyen dos aportes valiosos y necesarios.

Intervenciones personalizadas

Las fuentes bibliográficas consultadas coinciden en la necesidad de contar con un diagnóstico de las necesidades, el nivel educativo, el estilo de vida familiar del paciente y los recursos disponibles, para realizar una intervención educativa que se ajuste a dichas características y entonces aumente las probabilidades de efectividad.^(7,23,28,30,35) Según algunos autores,^(7,28) algunas de las primeras preguntas

que el educador debe hacerse son: qué sabe el paciente y su familia sobre el asma, qué decisiones y conductas adoptan ante la exacerbación de los síntomas y cuáles son sus creencias y percepciones.

El carácter personalizado de las intervenciones no implica necesariamente que éstas deban ser individuales, ya que en ciertos grupos de pacientes — por ejemplo en adolescentes — se recomiendan las intervenciones grupales^(31,36) sin que ello implique dejar de atender a las necesidades específicas de cada participante.

Asociación y corresponsabilidad entre médico y paciente

Se ha hallado un amplio acuerdo respecto a que el proceso educativo tiene que ir transformando la idea del cumplimiento de lo prescrito hacia la idea de concordancia o corresponsabilidad del paciente y su familia en el manejo del asma (*partnership*).^(1,6,7,10,19,28,30,37) Promover la participación activa del paciente en su enfermedad es uno de los aspectos esenciales de las intervenciones educativas que promueven el automanejo.

Para lograr esta corresponsabilidad (*partnership*) los trabajos revisados indican que es necesario establecer un buen vínculo médico-paciente y médico-paciente-familia en el caso de pacientes pediátricos. El reporte del *National Heart, Lung and Blood Institute* (NHLBI)⁽⁶⁾ resume las características deseables de esta relación de la siguiente manera:

- 1) establecer una comunicación abierta
- 2) identificar y tratar las preocupaciones del paciente y la familia respecto al asma y su tratamiento
- 3) desarrollar conjuntamente las metas del tratamiento y la selección de la medicación
- 4) incentivar el auto-monitoreo y el automanejo de la enfermedad

De hecho los reportes del NHLBI⁽⁶⁾ y de la GINA^(1,2) incentivan al personal de salud a formarse en las habilidades comunicacionales necesarias para establecer este tipo de vínculo con los pacientes.

Contenidos básicos

A partir de los trabajos científicos revisados se detectó un conjunto de contenidos comunes a la mayoría de las intervenciones educativas:

² Teniendo en cuenta que algunos de estos principios son comunes a todas las intervenciones educativas independientemente de los destinatarios, en esta oportunidad se hará referencia específicamente a las intervenciones dirigidas a los pacientes y sus familias.

- 1) información general sobre el asma bronquial
- 2) información sobre los diversos tratamientos para el asma
- 3) uso correcto de inhaladores, cámaras espaciadoras y nebulizadores
- 4) conocimiento de los desencadenantes de los síntomas/ crisis y de las medidas de control de los factores de riesgo³
- 5) entrenamiento en el uso correcto del *peak flow meter* (medidor de flujo espiratorio pico)
- 6) construcción de un plan de automanejo individualizado y por escrito (basado en los síntomas y/o en el flujo espiratorio pico)
- 7) entrenamiento en la identificación precoz de los síntomas/ crisis y del momento apropiado para buscar ayuda médica

Otros contenidos menos frecuentes, pero presentes en algunas intervenciones educativas fueron:

- 8) técnicas de respiración^(10,24)
- 9) entrenamiento para conservar la calma y evitar el pánico⁽²⁸⁾
- 10) intervenciones dirigidas a normalizar las actividades físicas y sociales^(24,28)
- 11) entrenamiento para la comunicación efectiva con médicos y personal de salud en general^(1,2,28)
- 12) información sobre los contenidos de las guías de diagnóstico y manejo del asma⁽³¹⁾

Intervenciones dirigidas al cambio conductual-actitudinal como modalidad educativa más efectiva

Existen dos condiciones en las que las intervenciones educativas no mejoran ni el estatus de salud ni la calidad de vida de los pacientes con asma: cuando los programas están basados sólo en la información; y cuando se trata de intervenciones realizadas en una única oportunidad.

Las intervenciones educativas que no proporcionan entrenamiento en habilidades necesarias para el manejo del asma incrementan el conocimiento pero no reducen las hospitalizaciones, las visitas de emergencia y el ausentismo, ni tampoco mejoran la función pulmonar y el uso de medicación.^(6,7,31)

³ Algunos trabajos^(6,10,38) enfatizan la evitación del tabaquismo activo y pasivo.

Utilización de material de apoyo (gráficos, videos, placebos)

La literatura en el tema recomienda la utilización de recursos auxiliares como folletos, gráficos, modelos del sistema respiratorio en 3D, medios audiovisuales e inhaladores con placebo, para complementar la información y capacitación aportada verbalmente.^(1,2,6,7,19,25,34)

Impacto de las intervenciones educativas sobre la salud y la calidad de vida

Según una revisión de los años 80 de estudios controlados sobre programas de educación en asma para pacientes y sus familias, ya existían datos persuasivos que mostraban que las intervenciones educativas podían mejorar el automanejo y reducir la disnea, el uso de los servicios de salud, las visitas de emergencia y las hospitalizaciones; también disminuían el ausentismo y optimizaban la adaptación a las demandas que impone la enfermedad.⁽²⁸⁾ Estudios empíricos y revisiones recientes sobre este tema postulan la eficacia de la educación para el automanejo del asma y la consecuente disminución de la morbimortalidad, del absentismo escolar/laboral y de la demanda asistencial, y también una mejora en el flujo espiratorio y en la calidad de vida tanto en niños y adolescentes^(1,2,6,17,19,22,34) como en adultos.^(1,2,6,7,10,16,23,25)

En relación al impacto de las intervenciones educativas sobre las hospitalizaciones existen datos contradictorios. Si bien algunos estudios señalan la disminución de las hospitalizaciones luego de la implementación de programas educativos,^(19,28) otros trabajos no hallaron diferencias estadísticamente significativas en el riesgo o la frecuencia de hospitalizaciones entre los pacientes que recibían educación terapéutica y los que no.^(17,22,23)

En uno de los estudios revisados, además de haber reportado mejorías en la evolución clínica de los pacientes, se informó un incremento en el conocimiento sobre la enfermedad y una significativa disminución de los niveles de ansiedad. Los autores interpretan este último hecho como una consecuencia de la mejor preparación para comprender y manejar la afección por parte del paciente.⁽⁸⁾

Otro dato significativo es que la educación para el automanejo funciona de manera adecuada independientemente de la severidad de la condición clínica⁽²²⁾; no obstante algunos autores como Korta Murúa et al.⁽⁷⁾ señalan que cuanto más severa es el asma son mejores los resultados de las intervenciones educativas.

En referencia al impacto y la eficacia de las intervenciones grupales versus individuales se han encontrado posturas disímiles. Sin embargo la mayoría de los autores coinciden — como se señaló en párrafos anteriores — en que las intervenciones grupales deben ser complementadas con abordajes educativos personalizados o dispositivos grupales que permitan trabajar sobre las características y necesidades idiosincrásicas.^(1,2,6,7) Algunas ventajas de las intervenciones grupales son la socialización del padecimiento, el intercambio de experiencias y el estímulo para modificar actitudes y conductas.⁽⁷⁾

También es interesante señalar que varias investigaciones y revisiones indican que los programas de educación para pacientes asmáticos son coste-efectivos,^(6,7,25,31,38,39) principalmente en pacientes con asma persistente. Algunos autores⁽²⁵⁾ evaluaron los costos económicos directos resultantes de la implementación de un programa de educación para adultos y concluyeron que el costo total de medicamentos preventivos fue mayor en el grupo que participó del programa. Asimismo se constató una reducción en las hospitalizaciones y las visitas de emergencia en estos pacientes, observándose una disminución de los costos totales del programa. En síntesis, la educación permite un mayor control de la enfermedad reduciendo los costos directos (uso de recursos sanitarios) e indirectos (pérdidas de días de escolarización o trabajo, restricción de actividades cotidianas, ausentismo laboral de los cuidadores, entre otros) generados por esta afección respiratoria.⁽⁷⁾

Consideraciones finales

Se ha observado un impacto positivo de las intervenciones educativas en el asma bronquial. Estas son efectivas para mejorar el estatus de salud y la calidad de vida de los pacientes con asma, y para reducir el uso de recursos sanitarios y los costes de salud. Estos hallazgos ponen en evidencia la importancia de incluir el componente educativo como parte esencial del abordaje integral de esta población clínica. Tal como lo

señalan Wolf y colaboradores: “la educación para el automanejo dirigida a la prevención y al control de ataques debería ser incorporada a la atención rutinaria del asma”.⁽²²⁾

Asimismo se recomienda la implementación de programas educativos a otros actores involucrados (docentes, médicos, autoridades sanitarias y comunidad) por su efecto indirecto y beneficioso sobre los pacientes y sus familias.

El proceso educativo se ha considerado como una intervención que va más allá de la mera información y enseñanza de ciertas habilidades. Este proceso implica también un cambio de creencias, actitudes y comportamientos que permitan alcanzar una mayor autonomía del paciente y una mejor adherencia al tratamiento. Es decir, implica un esquema alternativo a la manera en la que el paciente y su familia organizan la experiencia de enfermedad y su afrontamiento.^(6,7,36) Por lo tanto, es adecuado considerar que existen variables de orden psicosocial que median entre la información y la incorporación y uso del conocimiento que aporta. En este sentido es interesante destacar que las guías internacionales de diagnóstico y manejo del asma^(1,2,6) han comenzado a incluir algunos aspectos relacionados con factores psicosociales en los programas de automanejo y en las intervenciones educativas que éstas recomiendan.

El análisis de la literatura pone en evidencia que realizar intervenciones educativas efectivas tiene una complejidad que excede la transmisión de información y requiere del trabajo conjunto y complementario entre diversos profesionales de la salud. Los médicos y enfermeras son quienes en primera instancia reciben al paciente y realizan las tareas de educación terapéutica iniciales, que posteriormente continúan durante las consultas de seguimiento, especialmente en los casos de enfermedades crónicas como el asma que requieren de una relación terapéutica sostenida en el tiempo. Pero justamente teniendo en cuenta la naturaleza de los seres humanos como sistemas vivos integrados en una experiencia biológica y psicosocial, es esencial considerar la complejidad de las variables que participan en el diagnóstico, evolución, pronóstico y tratamiento de una enfermedad en general, y en el caso del asma bronquial en particular. En este contexto la participación activa y efectiva de otros profesionales de la salud resulta necesaria. En el caso del tema tratado en este artículo, los psicólogos

poseen la formación y las herramientas teóricas y técnicas para comprender e intervenir sobre variables psicosociales que incluyen las dimensiones cognitiva, emocional y conductual, como dimensiones que tienen una influencia decisiva en la experiencia del enfermo tanto como en las posibilidades de generar condiciones que favorezcan u obstaculicen su proceso educativo. Por otra parte, la inclusión permanente del psicólogo en los equipos de salud puede constituir también un aporte para la dinámica y articulación de los distintos actores implicados en el proceso salud-enfermedad, en lo referido al establecimiento y mantenimiento de la corresponsabilidad médico-paciente recomendada por toda la bibliografía revisada.

En síntesis, se considera que el trabajo interdisciplinario y coordinado es una pieza esencial y necesaria para lograr una atención integral y más efectiva de los pacientes con asma bronquial.

Referencias

- Global Initiative for Asthma [homepage on the Internet]. Bethesda: National Heart, Lung and Blood Institute. National Institutes of Health, US Department of Health and Human Services; 2008 [cited 2008 Nov 26]. Estrategia Global para la Prevención y Manejo del Asma, 2006. Available from: <http://www.ginasthma.org/GuidelineItem.asp?intId=1244>
- Global Initiative for Asthma – GINA [homepage on the Internet]. Bethesda: National Heart, Lung and Blood Institute. National Institutes of Health, US Department of Health and Human Services; 2008 [cited 2009 May 25]. Global Strategy for Asthma Management and Prevention, 2008. Available from: <http://www.ginasthma.org/GuidelineItem.asp?intId=1561>
- Ottmani SE; World Health Organization. Respiratory Care in Primary Care Services: A Survey in 9 Countries. Geneva: World Health Organization; 2004.
- Vázquez MI, Buceta JM. Tratamiento Psicológico del Asma Bronquial. Madrid: Pirámide; 1996.
- Ministerio de Salud; Programa Nacional de Estadísticas de Salud (Argentina). Estadísticas vitales, información básica año 2006. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Acción Social; Secretaría de Políticas de Salud y Regulación Sanitaria; Subsecretaría de Políticas de Salud y Relaciones Institucionales; 2007.
- National Heart, Lung, and Blood Institute [homepage on the Internet]. Bethesda: National Heart, Lung, and Blood Institute. [cited 2009 May 25]. Guidelines for the Diagnosis and Management of Asthma (EPR-3). Available from: <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/asthma/>
- Korta Murua J, Valverde Molina J, Praena Crespo M, Figuerola Mulet J, Rodríguez Fernández-Oliva CR, Rueda Esteban S, et al. Therapeutic education in asthma management [Article in Spanish]. *An Pediatr (Barc)*. 2007;66(5):496-517.
- Arias Díaz A, Pernas Gómez M, Martín G. Aplicación de un programa de entrenamiento para el automanejo del asma bronquial. *Rev Cuba Med Gen Integr*. 1998;14(4):335-9.
- Yorke J, Fleming SL, Shuldham C. Psychological interventions for adults with asthma: a systematic review. *Respir Med*. 2007;101(1):1-14.
- Gallefoss F, Bakke PS, Rsgaard PK. Quality of life assessment after patient education in a randomized controlled study on asthma and chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med*. 1999;159(3):812-7.
- Gibson PG, Powell H. Written action plans for asthma: an evidence-based review of the key components. *Thorax*. 2004;59(2):94-9.
- Grover N, Kumaraiah V, Prasadrao PS, D'souza G. Cognitive behavioural intervention in bronchial asthma. *J Assoc Physicians India*. 2002;50:896-900.
- Yorke J, Fleming SL, Shuldham C. A systematic review of psychological interventions for children with asthma. *Pediatr Pulmonol*. 2007;42(2):114-24.
- Lehrer P, Smetankin A, Potapova T. Respiratory sinus arrhythmia biofeedback therapy for asthma: a report of 20 unmedicated pediatric cases using the Smetankin method. *Appl Psychophysiol Biofeedback*. 2000;25(3):193-200.
- Rietveld S, Everaerd W, van Beest I. Excessive breathlessness through emotional imagery in asthma. *Behav Res Ther*. 2000;38(10):1005-14.
- Ross CJ, Davis TM, MacDonald GF. Cognitive-behavioral treatment combined with asthma education for adults with asthma and coexisting panic disorder. *Clin Nurs Res*. 2005;14(2):131-57.
- Gallardo Muñoz P, González Marchante AM, Juncal Otero I, Toledo R, Lahoz Rallo B. Intervención educativa con niños asmáticos en atención primaria. *Med Fam (And)*. 2004;5(3):140-6.
- Gascón Jiménez JA, Dueñas Herrero R, Muñoz del Castillo F, Almoguera Moriana E, Aguado Taberné C, Pélula de Torres LA. Efectividad de una intervención educativa para el uso correcto de los sistemas inhaladores en pacientes asmáticos. *Med Fam (And)*. 2000;1(2):132-6.
- Ruiz Espiricueta JE, González Díaz SN, Galindo Rodríguez G, Arias Cruz A, Canseco Villareal C, Valdez Ramírez MA. Evaluación de un curso de educación en asma para médicos del primer nivel de atención. *Rev Alerg Mex*. 2005;52(2):83-9.
- Clark NM. Asthma self-management education. Research and implications for clinical practice. *Chest*. 1989;95(5):1110-3.
- Santana LF, Bastos RC, Martínez-Silveira MS, Souza LS. Educational interventions for children with asthma: an analytical review of the literature. *J Bras Pneumol*. 2005;31(5):445-58.
- Rebolledo S, Lobato MJ. Psicoeducación para personas vulnerables a la esquizofrenia. In: Caballo VE, editor. Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Manuales/Psicología. Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores; 2002. p. 635-61.
- Román JM. El plan de acción personalizado. ¿Un instrumento insuficientemente utilizado?. In: Sociedad Española de Neumología Pediátrica. IV Curso para Educadores en Asma: ponencias. Tenerife: Grupo

- de Asma y Educación de la Sociedad Española de Neumología; 2007. p. 75-8.
24. Valverde Molina J. Interés de la educación terapéutica en el asma. In: Sociedad Española de Neumología Pediátrica. IV Curso para Educadores en Asma: ponencias. Tenerife: Grupo de Asma y Educación de la Sociedad Española de Neumología; 2007. p. 5-12.
 25. Rodríguez Fernández-Oliva CR. Educación del paciente asmático en el ámbito escolar. In: Sociedad Española de Neumología Pediátrica. IV Curso para Educadores en Asma: ponencias. Tenerife: Grupo de Asma y Educación de la Sociedad Española de Neumología; 2007. p. 59-63.
 26. Alegre de la Rosa OM, Sosa Alonso JJ. Educar en la diversidad. Técnicas de aproximación al niño. In: Sociedad Española de Neumología Pediátrica. IV Curso para Educadores en Asma: ponencias. Tenerife: Grupo de Asma y Educación de la Sociedad Española de Neumología; 2007. 107-33.
 27. Praena Crespo M. Programas educativos de atención al niño con asma. In: Esteban SR, Rodrigues MA; Grupo de Asma y Educación (SENP), editors. Asma y Educación. Monografía 2008. Madrid: Sociedad Española de Neumología Pediátrica; 2008. p. 80-91.
 28. Praena Crespo M. Aplicación de un programa educativo en atención primaria. In: Sociedad Española de Neumología Pediátrica. IV Curso para Educadores en Asma: ponencias. Tenerife: Grupo de Asma y Educación de la Sociedad Española de Neumología; 2007. p.79-88.
 29. Neira Rodríguez MA. Ambitos de la educación en el asma infantil In: Sociedad Española de Neumología Pediátrica. IV Curso para Educadores en Asma: ponencias. Tenerife: Grupo de Asma y Educación de la Sociedad Española de Neumología; 2007. p. 65-9.
 30. Valverde Molina J, Rodríguez Fernández-Oliva CR. Automanejo: Plan de acción. In: Esteban SR, Rodrigues MA; Grupo de Asma y Educación (SENP), editors. Asma y Educación. Monografía 2008. Madrid: Sociedad Española de Neumología Pediátrica; 2008. p. 92-101.
 31. Suárez RG, Callejón A, Dorta Suárez M. Educación para la prevención del tabaquismo. In: Sociedad Española de Neumología Pediátrica. IV Curso para Educadores en Asma: ponencias. Tenerife: Grupo de Asma y Educación de la Sociedad Española de Neumología; 2007. p. 89-97.
 32. Figuerola J. Ambitos de la educación en el asma infantil. Servicio de urgencias y planta de hospitalización. In: Sociedad Española de Neumología Pediátrica. IV Curso para Educadores en Asma: ponencias. Tenerife: Grupo de Asma y Educación de la Sociedad Española de Neumología; 2007. p. 71-4.
 33. Wolf FM, Guevara JP, Grum CM, Clark NM, Cates CJ. Educational interventions for asthma in children. Cochrane Database Syst Rev. 2003;(1):CD000326.
 34. de Oliveira MA, Faresin SM, Bruno VF, de Bittencourt AR, Fernandes AL. Evaluation of an educational programme for socially deprived asthma patients. Eur Respir J. 1999;14(4):908-14.
 35. Costa Mdo R, Oliveira MA, Santoro IL, Juliano Y, Pinto JR, Fernandes AL. Educational camp for children with asthma. J Bras Pneumol. 2008;34(4):191-5.
 36. Oliveira MA, Muniz MT, Santos LA, Faresin SM, Fernandes ALG. Custo-efetividade de programa de educação para adultos asmáticos atendidos em hospital-escola de instituição pública. J Pneumol. 2002;28(2):71-7.
 37. Perdomo-Ponce D, Benarroch L, González-Cerrutti R, Barroso R, Carneiro F, Meijomil P. Family education, a model for allergy prevention [Article in Spanish]. Invest Clin. 1996;37(4):221-45.
 38. Salas Hernández J, Ramírez Venegas A, Carrillo Rodríguez G, Pérez Chavira R, Sansores Martínez RH, Mejía Avila M, et al. La conducta de un grupo de médicos mexicanos ante el diagnóstico y tratamiento del asma. Rev Inst Nac Enferm Respir. 1994;7(2):116-21.
 39. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. III Consenso Brasileiro no Manejo da Asma - 2002. J Pneumol. 2002;28(1):S6-S51.

Acerca de los autores

María Paola Fasciglione

Becaria del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas de la República Argentina – CONICET – Mar del Plata, Argentina.

Claudia Elena Castañeiras

Docente Cátedra Instrumentos de Exploración Psicológica I de la Universidad Nacional de Mar del Plata – UNMdP – Mar del Plata, Argentina.