

anuario de
psicología

The UB Journal of Psychology

Volumen 44
Número 1
Abril 2014

facultad de psicología
universidad de barcelona

ps
co
co
o

 **HRSORI**

EDITORIAL

ISSN: 0066-5126

ISSN: 1988-5253

Estudio de la depresión en el asma bronquial a través del triple sistema de respuesta*

Juan Carlos Fernández Rodríguez
Universidad Antonio de Nebrija
Fernando Miralles Muñoz
Universidad San Pablo CEU

En el presente trabajo se estudia y explica la relación entre depresión y asma bronquial, ofreciendo datos de dicha relación a través del triple sistema de respuesta. Para tal fin, se ha utilizado el Cuestionario Tridimensional para la Depresión C.T.D. (Jiménez, Miguel-Tobal y Cano Vindel, 1996), cuestionario que ofrece una medida general de depresión y ofrece por primera vez medidas de depresión en el triple sistema de respuesta (cognitivo, fisiológico y motor). A través de instrumento se han obtenido diferencias altamente significativas entre un grupo de asmáticos adultos y un grupo control equiparado en cuanto a edad y sexo. Según nuestros datos los asmáticos parecen más deprimidos que el grupo control.

Palabras clave: emoción, depresión, asma, triple sistema de respuesta.

Study of depression in the bronchial asthma through the triple system of response

In this study, the relationship between depression and bronchial asthma is studied and explained throughout the triple system of response. In order to do this, Tridimensional Questionnaire for Depression C.T.D. (Jiménez, Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 1996), has been used. Questionnaire which not only offers a general measure of depression but it offers for the first time measures in triple system of response (cognitive, physiological and motor). Through this instrument, highly significant differences between a group of asthmatic adults and a control group compared regarding age and sex have been found. According to our data asthmatics are more depressed than control group.

Keywords: Emotion, depression, asthma, triple system of response.

* *Agradecimientos:* agradecemos al Dr. Mosquera, al Sr. Eguidazu Pujades y al equipo de ATS de consultas externas del Servicio de Neumología II del Instituto Nacional de Silicosis (Hospital Central de Asturias, Oviedo) su valiosa ayuda en la selección y trabajo clínico de los pacientes incluidos en este estudio.

Correspondencia: Juan Carlos Fernández Rodríguez, Universidad Antonio de Nebrija, Facultad de Ciencias Sociales, C/ Pirineos 55, 28040-Madrid. Correo electrónico: jfernandr@nebrija.es

Introducción

El asma es un trastorno pulmonar, obstructivo y reversible, caracterizado por hiperreactividad de las vías respiratorias a una variedad de estímulos. Más concretamente, Cisneros, López, Ramírez y Almonacid (2009) consideran este trastorno como la expresión común de una serie de factores genéticos y ambientales que en su conjunto producen una reacción inflamatoria, con la consiguiente disfunción tisular que origina la disminución del calibre bronquial y una respuesta exagerada frente a estímulos tanto internos como externos (Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica, SEPAR, 2009).

La relación entre asma bronquial y factores psicológicos ha sido puesta de manifiesto por figuras clásicas como Hipócrates, Aretaeus o Maimónides desde tiempos históricos. En nuestros días, existen numerosos estudios que demuestran la íntima relación que guardan los factores psicológicos con el asma bronquial, relación que parece ser defendida en términos de mantenimiento de la enfermedad más que de posturas etiológicas (Kinsman, Dirk y Jones, 1982; Fernández, 2012a).

Dentro de los factores psicológicos, las emociones cobran gran importancia en cuanto al mantenimiento de la enfermedad. Por emoción entendemos toda aquella reacción que surge ante unas situaciones determinadas y que es vivida por el individuo como una fuerte conmoción del estado de ánimo o de los afectos (Cano, 1989). Esta vivencia puede ser agradable o displacentera y va acompañada por la percepción de cambios orgánicos, en ocasiones de carácter intenso. Estos cambios orgánicos se caracterizan en general, por una elevación en la activación fisiológica, en especial del sistema nervioso somático y del sistema nervioso autónomo, aunque el sistema inmune y el endocrino pueden estar también afectados. La emoción más estudiada en el caso del asma ha sido sin duda la ansiedad, seguida de la depresión y en menor medida la ira (Fernández, 1997; Cano y Fernández, 1999; Cano, Fernández y Spielberger, 2012; Fernández, 2012b).

La depresión en el paciente asmático puede producir un empeoramiento de los síntomas respiratorios. A su vez, el asma puede favorecer una reacción depresiva. En efecto, el estado depresivo puede desencadenar en el paciente una minimización de la percepción sobre su sintomatología asmática, por lo que se produciría un pobre auto-cuidado y control de la enfermedad (Strunk, Mrazek, Wolfson y LaBrecque, 1985; Bosley, Fosbury y Cochrane, 1995; Goethe, Maljanian, Wolf, Hernandez y Cabrera, 2001; Urrutia, Aguirre, Pascal, Esteban, Ballaz, Arrizubieta y Larrea, 2012). En sentido inverso, la imprevisibilidad de aparición de algunos ataques puede generar en el sujeto falta de control sobre la situación, y esta falta de control podría estar relacionada con depresión, de acuerdo con la teoría de la Indefensión Aprendida, aunque esta hipótesis no goza de comprobación experimental.

Fisiológicamente, el estado depresivo puede caracterizarse por un predominio del sistema nervioso parasimpático, de tal manera que cualquier circunstancia que suponga un predominio colinérgico (receptores de activación parasimpática y

existentes en gran número en el árbol bronquial) sitúa al paciente con asma en una situación de riesgo muy elevado, ya que el asmático tiende a presentar mayor reactividad parasimpática en las vías aéreas (Suárez, Huerta y del Olmo, 2010; Gimeno, Cobos y Viteri, 2013). La mediación colinérgica se puso de relieve por McFadenn, Luparello, Lyons y Bleecker (1969) al bloquear la respuesta de broncoconstricción en un experimento de sugestión con la administración de atropina (anticolinérgico) previa al experimento. En este tipo de experimentos las sugestiónes que se inducen se refieren a que la sustancia que se va a administrar a los sujetos produciría un efecto broncoconstrictor, lo que incrementará la sintomatología asmática. En el experimento de McFadenn *et al.* (1969), la administración de la atropina evitó el efecto de la sugestión. Miller y Wood (1994, 1997) y Miller, Wood, Lim, Ballow y Hsu (2009) comprobaron a través de estudios con sujetos en edad infantil, como la depresión (a través de la mediación colinérgica) aumenta el riesgo de reactividad psicofisiológica en el asma.

A su vez, el paciente asmático, aunque no presente depresión, puede llegar a desarrollarla por la presencia de esta disfunción crónica. Ya desde los estudios de Purcell (1963) se había señalado la existencia de relación entre depresión y asma, afirmando que el afecto negativo es un exacerbador de la sintomatología asmática.

La depresión puede afectar negativamente a la sintomatología asmática por una doble vía. La primera de ellas a nivel cognitivo-subjetivo, por la minimización en la valoración de síntomas y el consiguiente descuido de autocuidados. La segunda vía de afectación se sitúa a nivel fisiológico, por el incremento de la probabilidad que aparezcan reacciones broncoconstrictivas al aumentar la activación parasimpática (ver el Modelo de la disregulación autonómica de Miller en Suarez, Huerta y del Olmo, 2010).

Los estudios existentes en la literatura ponen de manifiesto, por lo general, la existencia de mayores índices de depresión en los asmáticos en comparación con los grupos de sujetos sanos utilizados como control en los experimentos. Estos mayores índices se dan tanto en poblaciones de asmáticos en edad infantil como en asmáticos adultos. Romero (2008) señala que los síntomas de depresión en pacientes asmáticos se sitúan en torno al 20-30% en muchas investigaciones, aunque la gran variabilidad obtenida hace difícil precisar con exactitud las cifras exactas de la prevalencia de la depresión en el asma.

En el presente trabajo intentaremos comprobar la existencia de diferencias en depresión entre una muestra de asmáticos adultos y una muestra de sujetos sanos. Para realizar esta comprobación se ha utilizado el Cuestionario Tridimensional para la Depresión –C.T.D.– (Jiménez, Miguel-Tobal y Cano, 1996), cuestionario construido en España y con muestra española, que además de evaluar el nivel general de depresión, mide las manifestaciones depresivas en los tres sistemas de respuesta (cognitivo, fisiológico y motor). Respecto a su validez, los estudios realizados muestran una correlación entre el total del C.T.D. y el B.D.I. de $r = ,89$, así como una alta capacidad de discriminación entre grupos de población general

y pacientes depresivos, obteniéndose para todas las subescalas y el total una $p < ,000$. Respecto a su fiabilidad test-retest, calculada con un periodo temporal de seis semanas, los valores oscilan entre ,63 para la escala motora y ,85 para el total de la prueba (Camuñas y Miguel-Tobal, 2005).

El objetivo de la investigación es estudiar la relación entre el asma bronquial y depresión, hipotetizando que se obtendrán diferencias significativas entre asmáticos y sujetos libres de asma. Además, gracias a este objetivo central, podemos plantearnos la existencia de un perfil psicológico concreto en cuanto a la depresión, en los individuos que sufren asma bronquial y respecto de la población normal. Es importante señalar que en el presente estudio se pone a prueba el inventario utilizado para los objetivos propuestos, intentando verificar la capacidad del instrumento empleado para detectar la depresión en el grupo de asmáticos previamente diagnosticados por un médico especialista.

Un último objetivo de la investigación es aportar datos de utilidad que puedan utilizarse en la práctica clínica diaria, ya que si la depresión se encuentra presente en los pacientes asmáticos, obtendremos una variable verdaderamente relevante en la enfermedad, variable que habremos de considerar de cara al futuro tratamiento de ese paciente.

Método

Participantes

En el presente estudio han participado un total de 129 sujetos, de los cuales 63 pertenecen al grupo de asmáticos y 66 al grupo control. Los sujetos del grupo de asma provienen de las consultas externas del Servicio de Neumología II del Instituto Nacional de Silicosis (Oviedo-España). El grupo control procede de ambientes diversos (de varias asociaciones de vecinos y residencias principalmente) y se iba completando a medida que se conformaba el grupo experimental. Se ha puesto atención especial en equiparar ambos grupos en las variables edad y sexo, variables que de otra forma podrían introducir sesgos en la investigación.

Las muestras empleadas están distribuidas de la forma siguiente:

1. *Grupo de asma*: 63 sujetos con asma, de los cuales 28 son hombres (44,4%), con edades comprendidas entre los 17 y 73 años, el número de mujeres es de 35 (55,6%), con edades entre 17 y 68 años, siendo la media total de edad de 38 años. La media de edad de los hombres es de 40,6 años y la de las mujeres de 35,4 años.

2. *Grupo control*: muestra de población compuesta por 66 sujetos, de los cuales 29 son hombres (43,9 %) con edades entre los 18 y 75 años; y 37 sujetos son mujeres (56,1 %), con edades comprendidas entre 19 y 70 años, la media de edad total de este grupo es de 38,1 años. La media de edad de los hombres es de 39,5 años y la media de edad de las mujeres es de 36,7 años.

Los criterios de inclusión que los sujetos debían cumplir para ser admitidos en el grupo de asmáticos fueron los siguientes:

1. Padecer asma bronquial diagnosticada por un médico especialista.
2. No presentar ningún otro tipo de trastorno psicofisiológico ni psicológico.

Para ser incluido en el grupo control, los criterios de inclusión fueron:

1. No padecer asma bronquial ni ningún otro trastorno de tipo psicofisiológico.
2. No padecer ningún trastorno psicológico.

Los sujetos asmáticos se distribuyen de la siguiente forma según su gravedad: 5% de asmático leves, 74% de asmáticos moderados y un 21% de asmáticos graves. La valoración de la gravedad de los pacientes asmáticos se ha realizado a través de la clasificación establecida por la SEPAR en 1998 y siempre por un médico especialista.

Instrumento

El instrumento utilizado para la evaluación ha sido el Cuestionario Tridimensional para la Depresión (C.T.D.) (Jiménez, Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 1996). Este cuestionario proporciona cuatro medidas, tres de ellas en el triple sistema de respuesta y un índice general de depresión, por lo que representa un avance en la evaluación de la depresión.

Este cuestionario ha demostrado buenas cualidades psicométricas, es de resaltar la validez de criterio, especialmente la validez convergente, para este fin se utilizó el B.D.I. (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979), cuestionario que se pasó al mismo tiempo que la versión definitiva del Cuestionario Tridimensional para la Depresión. Las correlaciones entre los dos instrumentos y en relación a las escalas del C.T.D., fueron de 0,81 para la escala cognitiva, 0,67 en la escala fisiológica, 0,72 para la escala motora y 0,81 para la puntuación total del cuestionario (Jiménez, 1996).

Este cuestionario consta de un total de 70 ítems y se divide en tres escalas diferentes (30 ítems de carácter cognitivo, 20 fisiológicos y 20 motores). Cada ítem consta de cinco alternativas de respuesta que van de 0 a 4 y que se corresponden con unas categorías verbales de frecuencia (0- casi nunca, 1- algunas veces, 2- a menudo, 3- muchas veces, 4- casi siempre).

Procedimiento

La evaluación de los sujetos se realizó en todos los casos de manera personal e individualizada, asegurando de esta manera una correcta cumplimentación del cuestionario. Con los sujetos del grupo experimental se contactaba cuando acu-

dían a consulta, se les explicaba la naturaleza de la investigación y se les pedía su colaboración voluntaria y desinteresada. Si los sujetos accedían, se les realizaba una entrevista personal para asegurar los criterios de inclusión en el grupo, una vez realizada la entrevista se procedía a cumplimentar el cuestionario.

Análisis de los datos

Después de la fase de evaluación, se sometieron las puntuaciones a análisis. Se calcularon las medias y las desviaciones típicas de cada grupo y se realizaron pruebas *t* de Student (diferencias de medias para varianzas iguales o distintas) con el fin de analizar las diferencias de medias entre los grupos, así como el grado de significación para cada una de las escalas analizadas.

Resultados

Los resultados muestran diferencias significativas en las cuatro escalas evaluadas por el C.T.D., siendo la significación obtenida en todos los casos de $p < ,001$, con un nivel de confianza de $p = ,005$. Para mayor claridad se han resumido las medias, desviaciones típicas, las *t* correspondientes y los niveles de significación en la tabla 1. En todas las escalas el grupo de asmáticos ha registrado puntuaciones más elevadas que el grupo control.

TABLA 1. MEDIAS, DESVIACIONES TÍPICAS, PRUEBAS *T* Y NIVELES DE SIGNIFICACIÓN ENTRE LOS GRUPOS ASMA Y CONTROL.

<i>Variable</i>	<i>Asma</i>		<i>Control</i>		<i>t-test</i>	<i>p</i>
	<i>Media</i>	<i>SD</i>	<i>Media</i>	<i>SD</i>		
Sistema cognitivo	39,93	23,05	17,40	16,98	4,58	<,001
Sistema fisiológico	31,19	15,54	10,37	7,66	6,83	<,001
Sistema motor	31,00	13,02	15,05	11,26	5,37	<,001
Nivel general de depresión	102,03	47,37	42,82	32,86	5,99	<,001

Los asmáticos muestran mayor número de pensamientos depresivos, siendo los más frecuentes: me preocupo con facilidad, me cuesta mucho tomar decisiones y soy muy duro/a conmigo mismo/a (con puntuaciones medias de 2,28; 2,21 y 2,03 respectivamente). Los asmáticos también presentan mayores índices de activación y síntomas físicos asociados con la depresión, siendo los síntomas con

mayores puntuaciones medias: me falta energía y enseguida me canso, me siento cansado/a y me despierto con facilidad durante la noche (con puntuaciones medias de 2,28; 2,21 y 2,09 respectivamente). Además, los asmáticos presentan conductas motoras fácilmente identificables con estados depresivos, siendo las conductas que han presentado mayores puntuaciones medias: llamo menos que antes a mis amigos, hago menos cosas de las que hacía y mis actividades placenteras y de ocio se han reducido (2,06; 2,00 y 1,93 respectivamente).

Como consecuencia de todo ello, los asmáticos presentan un nivel general de depresión mucho más elevado que los sujetos del grupo control, es decir, presentan una mayor tasa de sintomatología depresiva que los sujetos sanos.

Discusión

A través de los datos obtenidos podemos observar un perfil característico de depresión de los pacientes asmáticos respecto de la población normal, caracterizado fundamentalmente por la existencia de más altos y significativos niveles de depresión.

Hasta el momento apenas existen investigaciones que relacionen asma y depresión haciendo referencia concreta a las respuestas en el triple sistema de respuesta, salvo las ya realizadas por los autores. Por ello, es complicado, a este respecto, comparar nuestros datos con ninguna otra investigación. Sí podemos afirmar, que el presente estudio se sitúa en la línea de la teoría del psicomantenimiento psicológico (Kinsman, Dirk y Jones, 1982). De acuerdo con esta teoría la emoción no sería un factor etiológico, pero ejercería una decisiva influencia en el curso y evolución de la enfermedad. La presencia de niveles altos de depresión, junto con la mayor edad del paciente y duración prolongada de la enfermedad, ejerce influencia sobre el juicio de severidad de los médicos (Belloch y Perpiñá, 2010).

La depresión junto con el asma han sido descritas como una “combinación mortal” (Miller, 1987), ya que aparte de las posibles exacerbaciones que se puedan dar por la elevación del tono colinérgico, el paciente minimiza sus síntomas, y cuando menos, no realiza un correcto autocuidado de su enfermedad respiratoria, instalándose los hábitos poco saludables en el estilo de vida del paciente (Miller y Wood, 1994, 1997 y Miller *et al.*, 2009).

Aunque con la metodología usada en ésta investigación no podamos establecer conclusiones sobre la dirección en la enfermedad, sí podemos situarnos en la línea de los estudios que aseguran que existe mayor peso y evidencia empírica en torno a que en el asma existen mayores índices de emoción negativa que en los sujetos libres de ésta enfermedad pulmonar, independientemente de la dirección en que se produzca la emoción.

Respecto al instrumento de evaluación utilizado, el C.T.D., podríamos afirmar que es un inventario válido para la realización de evaluaciones de patología

depresiva en el asma bronquial, además de proporcionar medidas en el triple sistema de respuesta, hecho que no es frecuente en Psicología. En el futuro sería deseable comprobar la extensión de la utilidad de evaluación y sensibilidad de este instrumento en otros trastornos psicofisiológicos.

También sería de gran utilidad estudiar la depresión en otro tipo de ambientes, no sólo dentro del ambiente hospitalario, donde es posible que encontremos pacientes con una menor gravedad en su enfermedad y confirmar o no la presencia de éstos elevados índices de emoción en otros asmáticos respecto de la población libre de la enfermedad.

REFERENCIAS

- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press
- Belloch, A. y Perpiñá, M. (2010). *Asma bronquial*. Madrid: Klinik
- Bosley, C.M., Fosbury, J.A. y Cochrane, G.M. (1995). The psychological factors associated with poor compliance with treatment in asthma. *The European Respiratory Journal*, 8(6), 899-904
- Camuñas, N. y Miguel-Tobal, J.J. (2005). Dimensiones atribucionales asociadas a la depresión. *eduPsykhé*, 4(2), 179-197.
- Cano, A. (1989). *Cognición, emoción y personalidad. Un estudio centrado en la ansiedad*. Tesis doctoral. Madrid: Universidad Complutense
- Cano, A. y Fernández, J.C. (1999). Perfiles de ira y ansiedad en el asma bronquial. *Ansiedad y Estrés*, 5, 25-35
- Cano, A., Fernández, J.C. y Spielberger, C.D. (2012). The experience and expression of anger and anxiety in bronchial asthma patients. *Ansiedad y Estrés*, 18(2-3), 221-230.
- Cisneros, C., López, A., Ramírez, M.T. y Almonacid, C (2009). Asma. En J. de Miguel y R. Álvarez Sala (Eds). *Manual de Neumología Clínica*. Madrid: Ergón.
- Fernández, J.C. (1997). Perfiles de ansiedad en asmáticos a través del I.S.R.A. *Boletín de La Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés*, 7, 12-22.
- Fernández, J.C. (2012a). *Asma bronquial y factores psicológicos. Un estudio centrado en las emociones*. Saarbrücken: Editorial Académica Española.
- Fernández, J.C. (2012b). The experience and expression of anger and anxiety in bronchial asthma patients. *Anuario de Psicología*, 42(2), 213-225.
- Gimeno, I. E., Cobos, M. R. y Viteri, S. A. (2013). Papel de los anticolinérgicos en la enfermedad asmática. *Revista de Patología Respiratoria*, 16(1), 14-20.
- Goethe, J. W., Maljanian, R., Wolf, S., Hernandez, P. y Cabrera, Y. (2001). The impact of depressive symptoms on the functional status of inner-city patients with asthma. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*, 87(3), 205-210.
- Kinsman, R.A., Dirks, J.F. y Jones, N.F. (1982). Psychomaintenance of chronic physical illness. En T. Millon y C.J. Green (Eds.), *Handbook of Clinical Health Psychology* (pp. 435-465). Nueva York: Plenum Press.
- Jiménez, G.I (1996). *Evaluación tridimensional de la depresión: elaboración de un instrumento de medida*. I Congreso Internacional de la Sociedad para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés. Benidorm – Alicante.
- Jiménez, G.I., Miguel-Tobal, J.J. y Cano, A. (1996). *Cuestionario Tridimensional de Depresión, C.T.D.* Versión no publicada.

- McFadenn, L.R., Luparello, T., Lyons, H.A. y Bleecker, F. (1969). The mechanism of action of suggestion in induction of acute asthma attacks. *Psychosomatic Medicine*, 31, 134-143.
- Miller, C. (1987). Depression and asthma: A potentially lethal mixture. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 3, 481-486
- Miller, B.D. y Wood, B. L. (1994). Psychophysiological reactivity in asthmatic children: A cholinergically mediated confluence of pathways. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 1236-1245.
- Miller, B.D. y Wood, B.L. (1997). Influence of specific emotional states on autonomic reactivity and pulmonary function in asthmatic children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 669-677.
- Miller, B.D., Wood, B.L, Lim, J., Ballow, M. y Hsu, C. (2009). Depressed children with asthma evidence increased airway resistance: "Vagal bias" as a mechanism?. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 124(1), 66-73.
- Purcell, K. (1963). Distinctions between subgroups of asthmatic children Children's perceptions of events associated with asthma. *Pediatrics*, 31, 486-494.
- Romero, E. (2008). *Variables psicológicas y de automanejo en el asma de riesgo vital*. Tesis Doctoral. Universidad de Santiago de Compostela.
- Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica, SEPAR (2009). *Guía española para el manejo del asma*. Recuperado el 10-02-2013, de <http://www.separ.es>
- Strunk, R.C., Mrazek, D.A., Wolfson, G.S. y LaBrecque, J.F. (1985). Physiologic and psychological characteristics associated with deaths due to asthma in childhood: a case controlled study. *Jama*, 254, 1193-1198.
- Suarez, L., Huerta, J.G. y del Olmo, H. (2010). Aspectos psicológicos del asma. *Alergia, Asma y Inmunologías Pediátricas*. 19(1), 18-22.
- Urrutia, I., Aguirre, U., Pascual, S., Esteban, C., Ballaz, A., Arrizubeitia, I. y Larrea, I. (2012). Impact of Anxiety and Depression on Disease Control and Quality of Life in Asthma Patients. *Journal of Asthma*, (49)2, 201-208.

anuario de psicología

Artículos

José Vidal

Open field modifications needed to measure, in the mouse, exploration-driven ambulation and fear of open space

Juan Carlos Fernández Rodríguez y Fernando Miralles Muñoz

Estudio de la depresión en el asma bronquial a través del triple sistema de respuesta

Juan González Hernández, Enrique Garcés de los Fayos Ruiz y Enrique Ortega Toro

Avanzando en el camino de diferenciación psicológica del deportista. Ejemplos de diferencias en sexo y modalidad deportiva

Aleksander Veraksa, Alexandra Gorovaya, Alena Grushko, Larisa Bayanova, Galliulina Melyausha y Galyavieva Dinara

Development and reliability of the Russian versión of "The Sport Imagey Questionnaire"

María Aranguren

Validez de constructo del Test de Pensamiento Creativo de Torrance en una muestra de jóvenes argentinos

Miguel Ángel Serrano y Juan Payá

Efectos de un programa de formación para profesionales de residencias

Miquel Serra

Interfaces between language components: Bootstrapping in sensitive periods after reaching a critical mass of usage

Clara Mateu Martínez, Anna Vilaregut Puigdesens, Carmen Campo López, Lourdes Artigas Miralles y Valentín Escudero Carranza

Construcción de la Alianza Terapéutica en la terapia de pareja: Estudio de un caso con dificultades de manejo terapéutico

P.V.P.: 14€ (I.V.A. incluido)

