

11226
201
238

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

JEFATURA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

HOSPITAL GENERAL DE ZONA II No. 1

C/MF MEXICALI, B. CFA.

**FACTORES PSICOLOGICOS EN PACIENTES
PEDIATRICOS CON ASMA BRONQUIAL
EN EL H.G.Z.II, No.1 C/MF MEXICALI, B. C.**

TESIS:

**PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD
EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTADA POR:

DR. DAVID QUINTERO ORTA

MEXICALI, B. C.

FEBRERO 1985





UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E .

| | Páginas. |
|--|----------|
| I.- PROLOGO..... | 5 |
| II.- INTRODUCCION..... | 7 |
| III.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... | 9 |
| IV.- ASPECTOS MEDICOS . | |
| A).-Definición..... | 11 |
| B).-Ecología del asma | 11 |
| C).-Etiopatogenia..... | 12 |
| D).-Clasificaciones..... | 13 |
| E).-Patología..... | 13 |
| F).-Mecanismo general del síndrome asmático.... | 14 |
| G).-Cuadro clínico..... | 15 |
| H).-Auxiliares en el diagnóstico del asma..... | 17 |
| I).-Tratamiento..... | 18 |
| J).-Manejo general del enfermo asmático..... | 20 |
| V.- ASPECTOS PSICOLOGICOS . | |
| A).- Historia | 22 |
| B).-EL asma como enfermedad psicosomática..... | 25 |
| C).-Fisiología..... | 26 |
| D).-Bases conceptuales del niño asmático..... | 26 |
| E).-Algunas consideraciones sobre el manejo de - pacientes psicosomáticos | 28 |
| F).-Temperamento del niño asmático..... | 29. |
| VI.- LAS BASES DEL COMPORTAMIENTO (generalidades)... | 31 |
| A).-Otros factores pre-natales..... | 32 |
| B).-Factores natales y post-natales..... | 32 |
| C).-Los Padres y el hogar..... | 33 |
| D).-El comportamiento del niño | 36 |
| E).-La personalidad | 36 |
| F).-El comportamiento y el asma..... | 37 |

| | |
|---|-----|
| VII.- OTROS FACTORES PSICOLOGICOS Y AMBIENTALES | |
| A).-El sueño | 38 |
| B).-La enuresis | 39 |
| C).-Manipulaciones corporales | 39 |
| D).-Los celos | 40 |
| E).-Tartamudez | 40 |
| F).-Tics | 40 |
| VIII.-OBJETIVOS DEL ESTUDIO | 41 |
| IX.- HIPOTESIS | 41 |
| X.- MATERIAL Y METODOS | 43 |
| XI.- PRESENTACION DE RESULTADOS | |
| A).- Areas psicoambientales | 54 |
| B).-Ficha de personalidad | 75 |
| C).-Prueba del dibujo libre..... | 77 |
| D).-Aspectos socioeconómicos..... | 80 |
| E).-Aspectos Médicos | 81 |
| XII.- DISCUSION | 90 |
| XIII.-CONCLUSIONES | 99 |
| XIV.- SUGERENCIAS | 101 |
| XV.- ANEXOS | 102 |
| XVI.-BIBLIOGRAFIA | 112 |

I.- PROLOGO

Al concluir el segundo año de la especialidad de Medicina Familiar , es requisito indispensable para obtener el reconocimiento universitario , la presentación de un trabajo de investigación en la forma de tesis .

Es indudable que cada uno de nosotros eligió y dedicó gran parte de tiempo a la investigación de una problemática específica motivo de inquietud y deseos de profundizar en ella para obtener conocimientos más amplios en éste campo.

Existe una enfermedad de alta incidencia en su presentación sobre todo a nivel de nuestro medio :El asma bronquial una de las principales causas de consulta en lo que al aparato respiratorio se refiere.

Una gran cantidad de estudios relativos a ésta patología han sido reportados a través del tiempo , todos ellos coinciden en un punto básico : El asma es una enfermedad de etiología multifactorial y por lo tanto de manejo multidisciplinario

De ésa multitud de factores llamaron en forma importante mi atención los de tipo Psicológico , los cuales han sido de gran controversia en la participación directa de la enfermedad ,ésto me inclinó a pensar en la posibilidad de un estudio de este tipo de factores en nuestro medio .

No existen antecedentes de estudios similares en nuestro hospital , y , por lo mismo consideré que el principal obstáculo para

la obtención de resultados óptimos era obtener la asesoría de ---- personas interesadas en el estudio y con conocimientos en el tema, principalmente en lo relacionado al área psicológica .

Es por eso, que al concluir éste trabajo de investigación ----- deseo agradecer a todas las personas que intervinieron y apoyaron--- la realización del mismo , y, principalmente a la Psicóloga ----- Clementina Córdova , Psicóloga de base en la unidad por su deci--- dido apoyo desde el inicio del estudio asi como su asesoria ínte--- gra durante todas las fases del proceso de investigación.

En la misma forma al Dr. Rodolfo A. Miranda por su asesoría ---- en lo relativo al aspecto Médico de la Enfermedad .

Al Sr. Alonso , estadigráfico de la unidad , por su colaboración - en éste sentido .

A los Médicos Residentes e Internos , que colaboraron conmigo- en la recolección de los casos.

A mi hermana Mary-Bel , Maestra en Psicología Educativa , por su colaboración en varias fases del trabajo.

DR . DAVID QUINTERO ORTA ,R-II MEDICINA FAMILIAR.

II.- INTRODUCCION

El Asma bronquial es una de las Enfermedades respiratorias---- que con mas frecuencia se presenta en los servicios de consulta ex--- terna así como de urgencias.

Representa un problema de abordaje diagnóstico y terapéutico---- tanto en centros hospitalarios de reclutamiento (Hospitales de ---- Neumología) como en hospitales generales.

Intervienen en la génesis del asma bronquial múltiples facto---- res que de una manera u otra contribuyen a la prevalencia así como -- presentación de las crisis de la misma Enfermedad.

Se considera que dentro de éstos factores intervienen en forma-- frecuente los de tipo alérgico , inmunológico , hereditario, infeccio-- so, físicos , sociales, ambientales etc., y, en forma relativamente ra-- ciente se le ha dado importancia al estudio de factores emocionales - ó psicológicos como componente y coadyuvantes en la presentación y -- mantenimiento de la enfermedad y sus crisis , es así que los Psiquia-- tras Pediátricos han denominado a éste hecho con el término de ---- Psicomantenimiento del Asma .

En el presente trabajo de investigación se exponen en forma am-- plia y precisa los factores Psicológicos y ambientales que conside-- ramos intervienen con mayor frecuencia en la población Pediátrica -- asmática en nuestro hospital .

El estudio se inició con la investigación de datos relativos a - los padres tales como edad, ocupación etc.

En el caso del niño , el estudio partió desde el hecho de-----
saber si fué ó no un hijo deseado , pasando por áreas de alimen-----
tación inicial y actual, desarrollo motor , psicoafectivo, de iden--
tificación sexual y socialización haciendo incapié en la persona-----
lidad de la población estudiada , así como la correlación con algu---
nos aspectos médicos de la enfermedad .

Se investigaron todos los factores de tipo Médico , los cuales--
incluyeron historia de la enfermedad , su relación con otros factores--
conocidos y la asociación de éstos con otros netamente de tipo psicó--
logico intimamente ligados a la presentación de la crisis .

Se practicó estudio de la situación económica actual en el -----
pasado de los pacientes estudiados para efectos de ubicación socio----
económica y la posible repercusión de ésta con otras áreas así como--
comparación de otras series estudiadas.

Es de importancia mencionar la existencia de un grupo control inte--
grado por niños sanos comprendidos dentro de los mismos grupos de ---
edades que los niños asmáticos los cuales sirvieron como testigo pa--
ra cada uno de los aspectos estudiados.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Es conocido que en México , las enfermedades respiratorias ocupan un lugar importante dentro de las primeras causas de morbi-mortalidad .

De acuerdo a los últimos reportes de la Secretaría de Salud y asistencia se encuentra al asma bronquial dentro de las primeras quince causas de mortalidad en forma general en México , y, dentro de las cinco primeras (número cuatro) como causa de muerte en la población pediátrica .

Es considerada además como la causa más frecuente de Enfermedad crónica en la infancia .

En el Estado de Baja California y en particular en la Ciudad de Mexicali los datos son semejantes de acuerdo a observación directa de la forma 4-30-6 del Hospital General de Zona II No.1 .

De lo anterior se desprende que el porcentaje de pacientes que acuden a los servicios de consulta externa y ó de urgencias por asma bronquial ó crisis de la misma es alto.

La etiología de la enfermedad agrupa varios factores (Enfermedad multifactorial) . dentro de ellos se considera que intervienen en forma frecuente los de tipo psicológico ó emocionales.

En general existe poco conocimiento acerca de éstos factores , pero se pueden presentar en diversas formas influyendo sobre las características y curso de la Enfermedad .

Los factores Psicológicos se pueden considerar en varias -----
dimensiones de acuerdo a diferentes formas de interpretación : Inhe--
rentes a cada individuo considerándolo como una unidad Bio-Psico----
social con todas las interrelaciones que ésto implica , atendiendo---
a la personalidad y al contexto general de la misma y añ núcleo fa---
miliar que es donde el niño tiene sus primeras y principales viven---
cias significativas .

Es de hacerse notar las teorías que apoyan factores de este --
mismo tipo pero relativos a la alimentación , a las conductas -----
aprendidas , hábitos , al desarrollo psicomotor y otros que han sido
asociados con la posibilidad de desarrollar Enfermedades somáticas --
psicológicas ó ambas .

Cabe mencionar que el Médico en su constante tratao y relación -
con el paciente también puede hacerse participe de éstos factores en-
una forma que generalmente no es intencionada .

El conocer la incidencia y la forma en que se asocian ó influyen
éstos factores en los pacientes pediátricos con asma bronquial , se -
traducirá en mejor control de la Enfermedad , facilitación de la asis-
tencia hacía éste tipo de pacientes y por ende disminución de las --
recaídas precipitadas por ésta causa.

IV.- ASPECTOS MEDICOS

A).-DEFINICION:

El asma bronquial es una enfermedad de las vías respiratorias -- que se caracteriza por un incremento en la capacidad de respuesta---- del árbol tráqueo-bronquial a toda una serie de estímulos (físicos--- químicos ,farmacológicos, inmunológicos ,etc.) Referente al núme---- ro de factores precipitantes demostrados en una variedad de estudios-- sobre asma permanece como, común denominador único la peculiar hiper-- reactividad de las vías áreas .

Fisiopatologicamente existe un estrechamiento generalizado de las -- vías respiratorias y clinicamente se presentan los siguientes datos : - Disnea espiratoria,roncus y sibilancias extendidas a todo el campo -- pulmonar y en forma bilateral , con enfisema funcional reversible--- remitido al ataque , no hay lesiones radiológicas salvo hiperinfla-- ción torácica con achatamiento de los diafragmas en los casos sin ---- complicaciones . (1) .

B).-ECOLOGIA DEL ASMA

La enfermedad se observa en pacientes de ambos sexos siendo más frecuente en el sexo masculino en los niños menores de 10 años ; en -- los mayores hay un ligero predominio en el sexo femenino. (2)

Se registran casos desde la mas tierna infancia pero con frecuencia -- no son identificados hasta transcurridos meses y aún años después de su comienzo ya sea por lo atípico de los sintomas ó por la falta de -- conocimientos médicos. Es muy común en las regiones donde prevalece -- alto grado de humedad durante todo el año.

En otras ocasiones el asma esta relacionada con ciertas caracterís -- ticas de la población , de los tipos de habitación de las activida--- des familiares , la industria , los hábitos caseros etc.

Entre los factores ecológicos deben mencionarse también el ambiente-- social, las actitudes familiares que en ocasiones favorecen que-----

diversos factores emocionales desencadenen los síntomas y modifiquen la evolución de la enfermedad .

C).- ETIOPATOGENIA

El síndrome asmático es favorecido por la reducción reversible de los bronquiolos con la consecuente obstrucción parcial al paso del aire y la producción de sibilancias a través de diversos mecanismos fisiopatológicos .

La luz de los bronquiolos puede reducirse como consecuencia del espasmo de la musculatura de Reissesen ó bien por edema de la musculatura bronquial como se observa cuando hay reacción alérgica a nivel del aparato respiratorio .

La segunda causa de la reducción del calibre bronquial se debe a la presencia de secreciones espesas dentro de los bronquiolos que con la reacción inflamatoria de la mucosa constituyen los hallazgos observados durante los ataques de asma infecciosa.

Además de las causas mencionadas existen otros elementos coadyuvantes, como los factores físicos , reflejos , psicológicos y los procesos pulmonares crónicos que pueden favorecer la reducción parcial de los bronquiolos por diversos mecanismos.

Habrán casos de asma en los que a pesar de un análisis cuidadoso de los posibles factores condicionantes , no se encuentran las causas cuando menos en el momento inicial del estudio y no será sino a través de diversos exámenes complementarios cuando pueda precisarse el origen de la enfermedad y en muchas ocasiones solo será el estudio longitudinal acucioso el que permita ése logro .

D).- CLASIFICACIONES

Existen múltiples clasificaciones para agrupar las -- diferentes etiologías del asma bronquial.

En fechas recientes se ha propuesto como la más amplia--- mente aceptada a la clasificación inicialmente descrita por--- Rachman y que distingue dos tipos esenciales : Asma extrín--- seca e intrínseca .

El asma extrínseca define a aquellos pacientes con una base-- fuertemente alérgica . Tales pacientes frecuentemente tienen - una historia familiar de alergia , otros síntomas atópicos en--- la infancia (fiebre o eczema) pruebas cutáneas positivas y --- patrón estacional del asma .

El asma intrínseca carece de componente alérgico obvio--- y patrón estacional , las infecciones frecuentemente precipitan los ataques que puede hacer mas prolongada y seria la enfer--- medad. (3)

E).- PATOLOGIA

Cuando el organismo distingue a través de su sistema inmu--- nológico a una sustancia extraña que ha atravesado sus barre--- ras defensivas elabora anticuerpos que según las circunstan--- cias pueden ser protectores ó causar autoagresión ; si el --- anticuerpo formado pertenece a una Inmunoglobulina E y cons--- tituye una reagina , ésta con su caracter hicitotrópico , se --- fijará a los neutrófilos y células cebadas , que en el caso--- del asma serán los cercanos al árbol bronquial , y cuando ha--- lla una nueva exposición a la sustancia extraña (alérgeno)--- habrá una reacción antígeno anticuerpo a nivel de la super--- ficie de las células que a través de mecanismos de membrana---

ermitirá la salida de histamina acumulada en los gránulos de los elementos basófilos , ésta sustancia actuará a nivel de la musculatura bronquial desencadenando un espasmo bronquial de corta duración. Por un mecanismo similar se liberará del tejido pulmonar y de los polimorfonucleares neutrófilos otro elemento denominado SRL-A (Sustancia de reacción lenta) que provoca un espasmo prolongado.

En forma reciente se les ha atribuido participación importante en el fenómeno asmático a otras sustancias a nivel de regulación del tono broncomotor , tales como las prostaglandinas , otros derivados del ácido araquidónico y sustancias proteínicas derivadas de los gránulos de los eosinófilos , así como la influencia de los iones calcio en la amplificación del fenómeno inflamatorio. (4).

El fenómeno infeccioso provoca una reacción inflamatoria secundaria lo que condiciona aumento del grosor de la mucosa con infiltración celular , incremento de la secreción de moco y presencia dentro de la luz de los bronquiolos de detritus celulares mezclados con moco espeso y todo ello reduce la luz de las vías aéreas.

El asma originada en factores psicológicos se le intenta explicar mediante la producción de estímulos nerviosos desencadenados por diversos factores emocionales lo que a su vez provoca el espasmo bronquial .

F).- MECANISMO GENERAL DEL SINDROME ASMÁTICO

Cuando existe obstrucción parcial de los bronquiolos aumenta la resistencia al paso del aire siendo menor la fuerza-

para la inspiración resulta al cabo de cierto tiempo que se --
atrapa el aire dentro de los alveolos y bronquios con la ----
consiguiente sobredistensión pulmonar .

Al circular el aire por las vías estrechas vibra y origina----
ruidos musicales que constituyen los estertores silbantes ----
y el moco presente en las vías aéreas superiores estimula la -
tos . (5) .

Cuando la Insuficiencia respiratoria es severa hay reper-
cusión sobre el estado ácido-base , se presenta retención de --
CO2 dentro de los pulmones, aumenta la PCO2 sanguínea y la ---
disminución por minuto del aire circulante hace que disminuya-
el aporte de oxígeno estableciéndose anoxia.

El aumento exagerado del esfuerzo muscular para realizar-
los movimientos respiratorios hace que gran parte de la ener--
gía basal sea utilizada en la respiración y que el acúmulo de -
metabolitos consecutivos a la actividad muscular actúe favore-
ciendo la acidosis metabólica ; así el enfermo asmático grave--
presenta acidosis metabólica e hipoxia .

G).- CUADRO CLINICO

El síndrome asmático puede reconocerse fácilmente cuando
el enfermo ha presentado cuadros característicos de disnea --
fundamentalmente espiratoria acompañada de estertores silban--
tes y de tos , pero muchas veces en el niño los cuadros son---
atípicos , en los lactantes hay tendencia a la exudación , qui-
zás por su mayor contenido en agua , registrándose estertores-
bronquiales y roncocal que enmascaran las sibilancias , ésto ---
añadido a la polipnea que es la forma habitual de respuesta a --
la insuficiencia respiratoria y a una hipertermia moderada que --
es consecuencia del exceso de actividad muscular , hace que ---

facilmente se confunda el asma con un cuadro bronconeumónico (6) .

La bronquiolitis ,proceso viral frecuentemente causado -- por el virus sincicial respiratorio , muchas veces precede --- al asma y con frecuencia la repetición de un cuadro de bron--- quiolitis es difícil de diferenciarse de las primeras manifes--- taciones de asma .

El asma de tipo alérgico es de evolución rápida , en po--- cas horas y aún en minutos se establece en todo su apogeo ,--- cursa generalmente afebril y si éste cuadro es tratado ade--- cuadamente puede ceder en un lapso corto quedando el enfermo--- asintomático hasta que posteriorm ente se desarrolla otro ---- ataque.

EL asma de etiología infecciosa frecuentemente es prece--- dida de manifestaciones respiratorias moderadas con rinitis y tos , puede haber febrícula antes de que se establezca el --- cuadro y frecuentemente va acompañado de hipertermia oscilan--- do entre 38 y 39 grados centígrados, los síntomas se prolon--- gan durante dos ó tres días y después hay una mejoría pro--- gresiva aunque persiste la tos productiva durante varios días.

Cuando el cuadro del asma se prolonga por más de 24 horas - a pesar de las medidas terapéuticas que incluye el uso de ---- broncodilatadores se denomina a este como "Estado de mal asmá--- tico " (STATUS ASMATICUS) ,en "éstos casos además de los ---- factores de mecánica respiratoria existen otros tales como -- el hecho de que generalmente son pacientes en los que ha habi--- restricción en la ingesta de líquidos, vómitos abundantes----

sudoración e hipertermia todo lo cual les ha producido acidosis de tipo mixto; existe un aumento en la presión de los vasos pulmonares debido al espasmo de los mismos , condicionado por la acidosis lo que a su vez condiciona sobrecarga cardíaca.

La poca oxigenación del sistema nervioso produce irritabilidad y excitación en las fases iniciales y sopor en las tardías . La presión de CO₂ se eleva en la sangre en los casos graves acentuándose la acidosis y el enfermo en un momento dado puede caer en coma y morir .

En el estudio longitudinal de los niños con antecedentes familiares alérgicos se han podido observar que después de haber tenido durante el primer año de vida cuadros de bronquiolitis, presentan cuadros asmáticos acompañados generalmente de fiebre que se prolonga de 3 a cinco días a lo que los pediatras denominan Bronquitis ASMÁTICA .

Posteriormente éstos pacientes tienen accesos típicos de asma alérgica ,generalmente favorecidos por factores ambientales agregándose en algunos casos el desencadenamiento de los síntomas por factores emocionales ó físicos como el enfriamiento.

H).-AUXILIARES EN EL DIAGNOSTICO DEL ASMA

La Biometría hemática puede ser normal ó haber leucocitosis con neutrofilia y en ocasiones eosinofilia hasta de un 10 a 20% . El estudio radiográfico mostrará en el caso típico del asma alérgica datos de atrapamiento de aire con sobredistension pulmonar , descenso de las cúpulas diafragmáticas

alargamiento del pedículo cardiaco e hiperclaridad de los-----
campos pulmonares más la posición horizontal de las costi-----
llas .

Debido a que el asma coexiste frecuentemente con otras---
enfermedades infecciosas resultan de utilidad la radiografía --
de senos paranasales lo cual podrá demostrar datos compatibles-
con estado inflamatorio agudo ó crónico .

El estudio de Coproparasitoscópico lo han indicado algunos ---
autores por la asociación con ciertas parasitosis (síndrome---
de Loeffler) . (6) .

I.- TRATAMIENTO

El tratamiento del acceso agudo de asma debe basarse en
la fisiopatología , no puede establecerse un esquema único de
tratamiento aplicable a todos los casos . La historia clínica-
y los exámenes de laboratorio y gabinete orientaran sobre las-
alteraciones bronquiales que se estan presentando para se---
leccionar la terapéutica adecuada.

Siendo el espasmo y el edema los factores desencadenantes
fundamentales deberá recurrirse a los broncodilatadores . La--
adrenalina sigue siendo muy útil en los niños aún cuando teo--
ricamente se conoce que su acción comprende no solo a los re--
ceptores Beta-2 sino también a los Beta -1 y los alfa .
Se aconsejan dosis bajas de Una dos décimas de la solución --
de 1 :1000 , por via subcutánea pudiendo repetirse la dosis --
a los 25 minutos hasta dos veces en total . (7) .

El Isoproterenol es un Broncodilatador Beta adrenérgico -
no selectivo para los receptores Beta-1 y Beta -2 .Hay deriva-
dos que pueden usarse por vía oral y otros por inhalación me--

diante atomizadores presurizados . (7)

La Efedrina es un broncodilatador útil de acción menos -- rápida pero efecto más prolongado que la adrenalina, pero ---- cuando la dosis es elevada produce excitación cerebral , irri- tabilidad e insomnio.

La aminofilina es un broncodilatador con diferente mecanismo--- de acción por lo que su efecto es útil en los casos en que --- hay bloqueo beta adrenérgico que interfiere con la adrenalina. La dosis recomendada es de 5 mgs por Kg de peso por vía endo-- venosa en solución que se pasará en un lapso de veinte minutos aproximadamente . La dosis máxima para ser empleada en 24 ---- horas es de 15 mgs por Kg de peso .

Por vía oral puede emplearse la Teofilina y es mejor to-- lerada que la aminofilina en dosis semejantes . Por vía rec--- tal también se usa la aminofilina .

El Salbutamol Y la Terbutalina.-- En la actualidad se ha preco- nizado el uso de broncodilatadores que actúan selectivamente -- sobre los receptores Beta-2 con lo que se evitan los efectos - indeseables de hipertensión y aumento de la frecuencia car---- diaca . El salbutamol se puede emplear por vía oral así como-- por inhalación mediante el uso de b rondilatadores presuri --- zados ;la terbutalina puede usarse en forma semejante solo --- que en México no existen preparados comerciales. (7) (2) .

Quando la infección forma parte del origen del cuadro, en-- principal problema a combatir será el proceso inflamatorio --- así como la presencia de secreciones espesas intrabronquicas-- aún cuando también puede haber broncoespasmo asociado.

El mejor expectorante que existe es la buena hidratación del- paciente , y para conseguirlo hay que recurrir con frecuen--

cia a la vía endovenosa.

Se recomienda así mismo ante la posibilidad de etiología bacteriana ó viral , la administración de antibióticos de espectro intermedio como la ampicilina ó la eritromicina , teniendo cuidado de no emplear algún producto que le haya causado problema al paciente.

El estado de mal asmático implica una programación terapéutica más compleja, habrá que valorar el estado de oxigenación del paciente y en caso necesario oxigenoterapia. (8)
Habrá que administrar líquidos para favorecer la expectoración y para estimular la función renal que corrija en lo posible la acidosis metabólica. Si se sospecha un grado severo de acidosis deberá administrarse bicarbonato de sodio .
La corrección de la acidosis mejora el bloqueo adrenérgico lo cual permite actuar a la adrenalina .

El Estado de mal asmático generalmente se encuentra asociado a infecciones por lo que se hace imperante la administración de antibióticos. (8) .
Una Radiografía de tórax puede diferenciar los cuadros de mal asmático de otras complicaciones del asma tales como el Neumotórax y el neumomediastino los cuales tienen terapéutica distinta . No debe usarse la sedación pues la posibilidad de depresión respiratoria es alta . Tampoco administración de antihistamínicos ya que por su acción atropínica hacen aún más espeso el moco bronquial .

J).-MANEJO GENERAL DEL ENFERMO ASMATICO

Cuando a través de la historia clínica y exámenes complementarios se tiene una orientación hacia los factores fisiopa-

tológicos del asma debe hacerse un estudio exhaustivo para --
precisar cuales son los elementos etiológicos .

El asma alérgico en los niños puede ser condicionado por una--
serie de elementos tanto domésticos (pelos de animales) , ----
ambientales (polvos , polénes) .

Habrán productos que facilmente se eliminen mediante higiene--
ó cuidados de la habitación pero en otros casos habrá que re--
currir a la hiposensibilización específica .

Cuando la infección se encuentra presente ,habrá que comba---
tirse contra gérmenes específicos , como por ejemplo estrepto
cocos , y administración de espectorantes. (9) (7) .

Hay que mencionar que muchas de las infecciones respirato
rias que se presentan en el asma son de etiología viral, en al--
gunos pacientes con asma de etiología infecciosa se ha seña--
lado una hipogamaglobulinemia de tipo G por lo que algunos --
Médicos preconizan la administración de Gamaglobulina , pero -
ésto no debe ser un procedimiento rutinario .

En todos los enfermos debe hacerse una valoración del me--
dio que rodea al paciente para confirmar ó descartar presen---
cia de factores psicológicos , pues muchas veces una psicoter--
pia superficial puede dar mejores resultados que los fármacos--
empleados . (9) .

La amigdalectomia en los casos de asma ya establecida ---
solo esta indicada cuando la patología misma de las amig----
dalas así lo justifique, pero no es factible que ésto cambie -
el curso de la Enfermedad asmática .

V.- ASPECTOS PSICOLÓGICOS .

A).- HISTORIA

El asma es la más común de las enfermedades crónicas de la infancia . Cerca del 25% de las ausencias escolares se deben a ella (10) .

Actualmente la mayoría de los Médicos reconocen una etiología multifactorial del asma infantil , hereditario, infeccioso , alérgico y factores psicológicos que se combinan para producir la sintomatología asmática .

Aparece desde la literatura antigua que la mayoría de los estudiosos de éstos fenómenos reconocen pero no han entendido completamente la fuerza del papel que los factores psicológicos juegan en el ataque asmático agudo y en el desarrollo de la enfermedad crónica.

Dekker y Croen enfatizaron la importancia de la sugestión reportando cuadros ó descripciones verbales de alérgenos precipitantes de episodios agudos en pacientes sensibilizados.(11)

La Investigación de factores emocionales ha sido largamente enfocada sobre la relación Madre-Hijo . Alexander y French postularon que un conflicto emocional específico era el centro de desarrollo del asma .

Existe también la posibilidad de que el asma y otras enfermedades crónicas puedan fuertemente influenciar el desarrollo psicológico del niño y su familia .Algunas investigaciones en éste campo han tenido resultados significativos . (11).

Estos estudios revelan que en algunos casos seleccionados de asma

intratable respondian dramática y favorablemente a la separación del niño de sus padres. No está claro como es que esas familias difieren de familias no asmáticas.

Minuchin y Colaboradores han descrito las características transaccionales de familias con Enfermedades Psicósomáticas y sus resultados en terapéutica de éste tipo de familias los cuales son muy promisorios e innovativos ;sin embargo la significancia de éstos estudios esta limitada por la falta de familias control.

Que los factores Psicológicos pueden precipitar ataques asmáticos ha sido documentado en la literatura Médica desde 1886 cuando Sir Jhon Mc Kenzie descubrió la inducción de asma por medio de una rosa artificial .

Dichotomus observó acerca de la etiología del asma que los aspectos psicológicos notados se hicieron mas prominentes posterior a las publicaciones de Alexander y French .

Jesner y colaboradores y Long Y cols . enfatizaron las contribuciones psicológicas de sus pacientes pediátricos con asma . Ellos reconocieron la combinación de factores biológicos y psicosociales cuando el polvo casero al cual sus pacientes eran alérgicos específicamente ,fué distribuído dentro de sus cuartos de hospital en altas concentraciones y no se pudo inducir el ataque asmático a menos que los padres del paciente estuvieran presentes . (13)

Dirk y colaboradores notaron en su comparación de tipos de personalidad de adultos con asma severa que los conflictos de separación y protección en la infancia ocurrieron en una minoría de pacientes pero pueden ser un instrumento para el mantenimiento

de la intratabilidad Médica de la Enfermedad .

Mc Fadden, Luparello Y Spector haciendo mediciones de espirometría y pletismografía corporal lograron producir ataques asmáticos mediante factores psicológicos . Cerca del 50% de sus pacientes mostraron resistencia de las vías aéreas a la conducción del aire aplicandoles solo factores de sugestión. (13) .
Aunque Weiss y colaboradores no pudieron verificar esos resultados en niños su metodología fué diferente y aún deja la interrogante de si la sugestión interviene en algunos pacientes pediátricos.

Posterior al estudio de 206 casos de niños asmáticos Pinkerton encontró que hay una gran variedad de actitudes parentales que interactúan estrechamente para estructurar una personalidad en el paciente asmático . (10)

La sintomatología asmática la representa como consecuencia de factores multideterminantes de tal manera que los niños con poca vulnerabilidad psicológica pueden además tener sintomatología basada sobre la dinámica de interacción de esas actitudes . De importancia también son las actitudes del Médico no solo en lo referente al niño sino también al asma en sí .

Es así que aparece a través de la literatura desde tiempo atrás que la mayoría de los Médicos reconocen la fuerza que los factores emocionales juegan en las dos fases: El ataque asmático agudo y el desarrollo a largo plazo de la enfermedad en la infancia .

No está claro si esos factores son específicos ó no específicos que clase de factores influyen con más fuerza en la Enfermedad y que lugar puedan ocupar en la etiología .

Sin embargo es crucial el monitoreo de la adaptación psicológica y la dirección emocional que toma el curso del asma en la in-

fancia y si el pronóstico Médico a largo plazo se refleja -----
en la esfera psicológica . (13)

B).- EL ASMA COMO ENFERMEDAD PSICOSOMÁTICA

Como un trastorno común en el niño, el asma ha sido estu----
diado con especial referencia a su aspecto psicosomático .
En 1977 Weiner citó cerca de 400 referencias en su exhaustiva ---
revisión sobre esta área y algunos artículos más han aparecido----
desde entonces . (3)

Con el propósito de resolver algunas cuestiones que permane -
cen aún sin respuesta el Médico se ha visto en la necesidad de ---
evaluar los conocimientos acerca del papel que juegan los factores
psicológicos dentro de la práctica diaria para el manejo del pa--
ciente asmático .

La prevalencia del asma en la infancia es algo difícil de
definir pero las mejores estimaciones la colocan entre el 5-10%
de los niños menores de 15 años con frecuencia de 2-3 : 1 predo---
minio de varones.

El asma puede tener un efecto negativo sobre el desarrollo --
y otras influencias sobre algunos aspectos de la vida del indivi-
duo . Así, la necesidad frecuente de acudir en forma intempestiva
a los servicios de urgencias puede llevar a un estado de ansiedad--
tanto en los padres como en el niño .

Las disrrupciones del sueño y el efecto sedante de algunos --
medicamentos pueden dañar el aprendizaje aún cuando el niño no ---
tenga que ausentarse de la escuela .

C).-FISIOLOGIA

El asma es caracterizada por episodios reversibles de las vías aéreas debido a multitud de factores. el aumento en el conocimiento acerca de la interrelación entre los sistemas inmunológico endócrino y sistema nervioso central y la forma en que esto afecta los pulmones ha resultado en un debate acerca de los mecanismos etiológicos del asma.

Stein detalló en una excelente revisión que las influencias psicológicas y sociales pueden afectar funciones viscerales ,endocrinas e inmunológicas mediante una vía que parte de los centros corticales superiores a través del sistema límbico hacia el hipotálamo .

Un número de estudios han documentado que las lesiones en el hipotálamo anterior protege a los animales contra anafilaxis y los efectos de la histamina .

Szentvanyi y Filipp postularon que una deficiencia Beta adrenérgica relacionada con aumento de la actividad parasimpática resulta en broncoconstricción asmática .

Las lesiones hipotalámicas y el daño al vago se ha demostrado alteran los mecanismos autonómicos .

La función neuroendócrina especialmente los niveles de tiroxina y hormonas adrenocorticales ha sido también demostrado que afecta la sensibilidad del sistema inmune . Esos y otros estudios sugieren varias vías y niveles mediante los cuales los factores psicológicos producen los síntomas del asma . (14)

D).BASES CONCEPTUALES DEL NIÑO ASMÁTICO .

Algunos autores consideran que el abrodaje del niño asmático puede mejor ser descrito como pragmático y psicósomático :

Es pragmático porque se enfoca sobre el que se sabe y que puede hacerse para manejar la descompensación asmática . Es Psicosomático porque se considera a factores biológicos psicológicos y sociales como contribuyentes a la adaptación del niño . (10) .

Estos autores conciben al niño asmático como una unidad bio-psico-social en el complejo del balance de adaptación .El balance puede ser probado por cualquier número de eventos stressantes --- tanto extrínsecos como intrínsecos .Ordinariamente un niño normal podría manifestar una descompensación psicológica con síntomas -- de predominio psiquiátrico como ansiedad, depresión, trastornos -- en la forma afectiva ó trastornos en el pensamiento. Sin embargo el niño asmático tiene una vulnerabilidad adicional que lo lleva aun complejo de síntomas especiales :el ataque asmático . Los mecanismos de un ataque asmático inducido por emociones no -- está claro .Trabajos en animales modelos sugieren un trastorno--- vagotónico ,una deficiencia Beta-adrenérgica ó ambas'.

El balance de adaptación puede caer en cualquier niño cuando un stress medio ambiental de magnitud fuerte es encontrado . El stress menos dramático es el tipo requerido para descompensar el balance de adaptación en aquellos niños en que el apoyo y soporte familiar es deficiente ó ambivalentemente dado

Ellos mismos conceptualizan la descompensación del niño asmático en los siguientes patrones posibles:

- 1.- Descompensación en la forma clásica de factores psicológicos.
- 2.- descompensación por inadecuada adaptación y otras alteraciones de la conducta .
- 3.- Descompensación en la forma de una reacción psico-fisiológica (el ataque asmático agudo),

Un número de factores son utilizados por los pediatras como - indicadores de un significativo componente psicológico en el asma-

del niño :

- 1.- Episodios agudos asociados con stress medio ambiental.
- 2.- Factores alérgicos e infecciosos son de menor importancia.
- 3.- La disnea puede aparecer con la separación de la familia.
- 4.- los padres ó el paciente dificilmente reconocen mejoría en la enfermedad ("Necesitan la enfermedad").
- 5.- El paciente y la familia tienen una actitud innapropiada hacia el asma que varía desde la ansiedad hasta la indiferencia.
- 6.- El caso puede evocarle al Médico regularmente , sentimientos de regresión , protectividad etc. en el paciente .

E).-ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE EL MANEJO DE PACIENTES PSICOSOMÁTICOS .

El manejo del paciente con enfermedad psicósomática comprende varias fases de complejidad progresiva. Existen diversas técnicas de psicoterapia encaminadas a la resolución de este tipo de problemática , sin embargo bastese decir que el diagnóstico de asma no es una indicación per se , para psicoterapia .

En Estados Unidos de Norte América , el hospital de Stanford-California creó un centro especializado en el manejo de alteraciones psicósomáticas , denominado "Unidad psicósomática Pediátrica". Estas unidades tienen similar distribución e instalaciones que las unidades de cuidados psiquiátricos agudos (10). Se admiten unicamente pacientes con enfermedades psicósomáticas siendo los diagnosticos más frecuentes diabetes juvenil y asma bronquial .En esta unidad los pacientes son sometidos a programas de terapéutica psicológica y psiquiátrica en forma familiar e individual .

Se han mencionado varios tipos de indicaciones para ingresar

la unidad psicosomática pediátrica :

Urgentes : Status asmaticus, y urgencias puramente psiquiátricas-- como psicosis agudas , intento de suicidio ó acciones homicidas.

Razones no urgentes pero sí inmediatas para admisión : Niños in-- capaces de funcionar sobre un nivel apropiado a su edad , estos po-- drian incluir fobia escolar , transtornos academicos y sociales -- severos .

Cuando el niño no responde en forma adecuada a la terapia combinada pediátrica y psiquiátrica .

Niños con descompensación severa y cuya frecuencia de las crisis - ha aumentado de tal forma que pasan un tiempo considerable en las salas de urgencias .

En conclusion: algunos puntos pueden ser enfatizados ; los -- pacientes asmáticos constituyen un grupo heterogéneo de individuos y los factores psicológicos son de importancia variable de acuer-- con con cada caso en forma individual. La naturaleza de la contri-- bución psicológica a la enfermedad debe ser evaluada sobre bases-- particulares aun para aquellos con fuerte evidencia de componente -- emocional en su asma .

F).- TEMPERAMENTO DEL NIÑO ASMÁTICO

Un grupo de estudios han acentado la noción teórica de que - los pacientes asmáticos tienen una personalidad distintiva y de -- gran consistencia que incluyen ansiedad, falta de autoconfidencia-- y una profunda situación de dependencia hacia la madre (15)

Neuhaus estudió la personalidad de 34 niños asmáticos entre-- los 8 y 14 años de edad y comparó los resultados con 34 niños que-- tenían Enfermedad cardiaca del mismo grupo de edad similar tambien-- para un grupo testigo de niños sanos .

El reportó que los niños asmáticos fueron más neuróticos , más inse

guros y dependientes que los niños normales .

El niño asmático no difirió del niño con enfermedad cardiaca ---- por lo que el concluyó que el asma en los niños no tuvo un patrón de personalidad distintivo , sin embargo los hallazgos claramente indican que el niño que tiene una enfermedad física crónica difiere notablemente del niño normal .

Rosenthal y colaboradores aplicaron el "CATRELL" (16 factores de la personalidad) a 68 niños asmáticos seleccionados ---- al azar de registros de casos conocidos y a 14 asmáticos re ---- feridos por tratamiento psiquiátrico . El cuestionario fué ---- también aplicado a dos grupos controles consistentes en 22 sujetos neuróticos y 22 sujetos normales de la misma edad , sexo y clase social a la de los asmáticos . NO hubo diferencias significativas ni hubo evidencia de relación entre factores de la personalidad y el índice de severidad del asma. (15).

Es un poco prematuro intentar cualquier conclusión acerca ---- ca de los hallazgos anteriores como es la implicación del ---- papel que juegan las características del temperamento en los niños asmáticos para su desarrollo psicológico tardío. Puede ser sin embargo que algunos de los trastornos psicológicos mostrados por un grupo significativo de individuos asmáticos pueda no ser debido ---- a los síntomas asmáticos por si mismo , pero si parcialmente .

VI.- LAS BASES DEL COMPORTAMIENTO

Los problemas del comportamiento tienen su origen desde el nacimiento y a menudo antes del nacimiento. Se remontan hasta la niñez y personalidad de los padres a la clase de vida familiar que hayan tenido y a la cantidad de amor y seguridad que hayn experimentado. Un niño que creció sin ser deseado puede crecer siendo incapaz de dar ó recibir afecto para sí mismo. (18).

La personalidad de un niño es en parte heredada y, en parte es el resultado del ambiente en que se desenvuelve. Es moldeada por su vida en el hogar y sus experiencias subsiguientes. (19)

Otros factores perceptuales para la personalidad del niño incluyen la edad de los padres, la intensidad de su deseo por tener un niño ó por tenerlo de un sexo determinado. La duración de la vida matrimonial de los padres es muy importante para definir la futura personalidad del niño, no solo por la edad de los padres que en sí es ya un factor de importancia.

Los niños se ven afectados por los lapsos que existen entre el nacimiento de cada hermano y por el número de hermanos que tienen, mientras más pequeño es éste lapso de tiempo mas grande es la posibilidad de que existan celos entre ellos. El niño mas pequeño de una familia grande tiene una niñez diferente a la del niño que es hijo único. Los genios y los delincuentes son mas frecuentes entre los primogénitos. Los niños nacidos después del primogénito son más propensos a otros obstáculos como experimentar carencias y conflictos sociales en una gran familia. En la escuela su aplicación en lectura y matemáticas tiende a ser menor que la del primogénito.

A).-OTROS FACTORES PRENATALES

Un gran número de problemas de comportamiento tales como la hiperactividad, la concentración defectuosa los tics y la labilidad emocional se han encontrado correlacionados con la toxemia --- la hipertensión, la hiperemesis del embarazo y la anoxia al ----- nacer (19).

Driller demostró que las perturbaciones de la conducta en la -- escuela estaban significativamente asociados con peso bajo al ---- nacer ó que habían nacido después de diversas complicaciones del embarazo y el parto .

Gunther estudió el embarazo de 20 madres casadas que habían te-- nido parto prematuro sin que existiera una causa física conocida-- y 20 madres normales , encontró que había una relación significati-- va entre los síntomas psicósomáticos y las crisis nerviosas en el -- embarazo .

B). FACTORES NATALES Y POSNATALES .-

Se ha visto con frecuencia el rechazo de un niño al nacer --- este casi siempre es debido a que el niño no era del sexo ó a que tenía un defecto físico .

Un niño que causa problemas de recién nacido , que llora de-- nunciado y se rehusa a succionar el seno materno ,no solo le causa-- a la madre mucha ansiedad en el momento en que ella menos puede -- tolerarla sino que además puede ser objeto de cierto grado de re-- sentimiento .

La separación temprana Madre-Hijo también se ha encontrado - relacionada con trastornos del comportamiento en la edad escolar-- de acuerdo con algunos autores , así, se ha encontrado que cuando -- un niño nace con alguna anomalía física y tiene que quedarse in--- ternado en el hospital durante mucho tiempo es muy posible que---- sca rechazado posteriormente por su madre. (19) .

No obstante las opiniones expresadas por los Psiquiatras ----- no existe evidencias suficientes para afirmar que la alimenta----- ción directa del seno materno tenga algún valor psicológico es----- pecial para el niño. Existen demasiadas variables que sería practi----- camente imposible de comprobar ésto de una manera u otra.

C).- LOS PADRES Y EL HOGAR.

El niño está profundamente influido en muy diversas formas por sus padres y su hogar .

Es fundamental que los padres no solo amen a sus hijos ,sino que se los demuestren . Algunos padres tienen la idea errónea -- de que el amor consiste en darle al niño todo lo que quiere y en-- comprarle cuanto regalo costoso haya.

El cuidado duradero del niño , sin embargo, esta hecho a base de - cientos de atenciones, cientos de ocasiones donde la tolerancia-- y el entendimiento deben ser demostrados , por eso algunos niños - en cuanto crecen muestran poco amor por sus padres si todo lo que - han visto en su casa son críticas constantes ,discusiones, regaños y castigos .

Sobreprotección y ansiedad .- El término sobreprotección sig-- nifica dar una protección más que excesiva al niño contra el----- peligro .Esto no le permite al niño crecer ni defenederse por si-- mismo . La sobreprotección se debe a muchos factores :
Puede presentarse cuando los padres han tenido que esperar mucho-- tiempo a que el primer hijo naciera . Puede presentarse también - cuando el niño llega después de varios abortos ó de un parto dí--- ficil . , cuando los padres desean tener fervientemente tener -- una niña y se les cumple , cuando el último hijo viene después --- de que todos los demás han crecido , cuando se adopta un niño----- después de muchos años de esterilidad .

Psicológicamente se explica a la sobreprotección como una más-- cara que compensa la hostilidad o una actitud de rechazo que la -

madre , como regla , lleva en forma inconciente.

La sobreansiedad es debida a las mismas causas que la sobreprotección. Ambas están relacionadas en parte, con la personalidad de la madre. Casi siempre se presenta cuando en niño nace . Es una madre que se preocupa extraordinariamente por la forma en que alimentará al niño , lee demasiados libros sobre posibilidades de enfermedad para el hijo , pide consejos a su madre , vecinos , doctores etc . no le permite realizar al niño por si mismo ninguna actividad por el miedo a que se pudiera enfermar, lastimar etc. El resultado de la sobreprotección es grave . La conducta de éstos niños es inmadura . Permanece totalmente dependiente de su madre .El se siente inseguro y no juega con otros niños.

La sobreansiedad de la Madre es un cuadro familiar que los pediatras ven todos los días ,pero cuyo diagnostico se hace con poca frecuencia .El Médico debe ser paciente y comprensivo con éstas madres ,particularmente cuando se trata del primer hijo--teniendo en cuenta que la sobreansiedad proviene del amor.

Favoritismo y rechazo.- De todas las actitudes de los padres el favoritismo y en rechazo son las más nocivas. El favoritismo proviene por una gran variedad de causas . Si ha habido una secuencia de cuatro varones y finalmente nace la esperada niña (ó viceversa), el que tiene la inteligencia mas despierta , , el de personalidad mas agradable , el mas bonito etc.

Cuando existe el favoritismo , el niño no favorito además de que desarrolla signos de inseguridad ,puede sentirse , además , resentido contra sus padres . El niño favorito se echa a perder porque todo lo consigue y carece de disciplina .

El rechazo de los padres se produce por causas similares . El resultado de rechazo y de la inseguridad es notable ; algunas -

de las reacciones son simples exageraciones de las característi--
cas de todo niño normal ;temores exagerados timidez, agresividad--
caracter pendenciero, destructivo, rebelde ,celoso ,pegado a la --
madre, chupador de dedo ,masturbador , se aterroriza por la noche -
y utiliza mecanismos para llamar la atención . Otras reacciones .
son: orinarse en la cama, incontinencia fecal, berrinches, tics, tarta-
mudez y golpearse la cabeza. Casi todos estos síntomas provienen --
del subconciente del niño, así que el no puede hacer nada por evi-
tarlos .

La Inteligencia de los padres y su educación.- Las madres de-
clase social más baja que han recibido poca educación y tienen----
un nivel bajo de inteligencia pueden proporcionar un hogar mu-----
cho mejor a su hijo ,que una madre de clase aristócratica que tie-
ne una buena educación pero poco amor y entendimiento para su-----
hijo.

Actitud frente al sexo.- La actitud frente al sexo es de vi---
tal importancia para el niño que se está desarrollando .
Los padres deben saber cuales son las condiciones normales que se-
van a ir presentando en el niño , para evitar interpretaciones---
erróneas con lo cual hacen al niño un daño mas grave . Los pa-
dres no deben ecanilzarse cuando un niño se asome a ver los genita-
les de su hermana y quizás se los agarre . El juego del sexo entre-
los pequeños es común y normal . Las distorsiones en este senti--
do pueden llevar al niño a conductas anormales tales como el ho--
mosexualismo .

El Ejemplo de los Padres. -- Los niños son imitadores , asi-
que es fundamental el que los padres les den un buen ejemplo. Todos -
los intentos para inculcarle al niño buenas maneras son inútiles --
si los padres no ponen el ejemplo .

El Divorcio .- No es tanto el divorcio lo que afecta a los niños ,sino las frcciones preliminares. Una madre puede hacer que las cosas se empeoren cuando distorsiona la imagen del padre y lo hace aparecer como un monstruo . Los niños pueden sentirse ansiosos tristes y culpables y pueden reaccionar ante su inseguridad -- transformandose en delincuentes , niños norblema en la escuela etc.

D).- EL COMPORTAMIENTO DEL NIÑO

El comportamiento del niño tiene sus orígenes no solo en las actitudes personalidad e inteligencia de sus padres y la forma en que lo educan sino también en muchos rasgos innatos al niño y su reacción frente al medio que le rodea.

E).PERSONALIDAD

La personalidad de un niño es en parte heredada y en parte -- es el producto de su ambiente,efecto de las personalidades y actitudes de sus padres y maestros y la personalidad y el comportamiento de hermanos y amigos. .

El niño está profundamente influido por las experiencias ---- propias de sus padres su felicidad y por los conflictos hogareños. La vida entera del niño se moldea dentro del ambiente que le rodea durante los primeros años de vida ,especialmente en los ---- primeros tres ó cuatro años .Si son satisfechas sus necesiddes -- tiene mas posibilidades de crecer como una persona feliz que cuando lo frustran y vive infeliz en los primeros meses de vida.

Se cree actualmente que los problemas psicológicos de los -- adultos tuvieron su origen en los inicios de su vida. La capatación de las grandes diferencias de personaliad entre los -- niños es fundamental para entender sus problemas de comportamien-- to . Los padres deben entender que éstas diferencias son inevita--- bles en una familia y que el manejo de los hijos debe hacerse ---- elástico de acuerdo con las circunstancias.

F).- EL COMPORTAMIENTO Y EL ASMA .

Los factores que culminan en un problema particular de comportamiento son usualmente múltiples y complejos . En el caso de un niño que tiene asma con poderoso componente psicológico es muy posible encontrar varios tipos de alteraciones como : Su madre tuvo una niñez infeliz debido a las personalidades y problemas de sus padres .Ella tuvo un embarazo difícil con toxemia y el niño nació prematuramente .Este fué uno de los factores por los que ella sobreprotegió a su hijo .Ella tiene constantes fricciones con otros familiares y siente que este es otro factor por lo que debe sobreproteger al niño . El niño tiene asma y ella se preocupa en exceso por cada "resuello " de su hijo , por lo que el niño también se preocupa y reacciona "resollando"mas fuerte .Entonces la madre se preocupa el máximo , el se transforma en un hipocondríaco y se preocupa constantemente de su salud .Su padre lo rechaza por que lo considera un "debilucho",y el niño siente ésto, no se siente querido y "resuella"con mas ardor .

Los problemas del comportamiento así vistos , tienen normalmente origen en múltiples factores :Ellos son el resultado final de una concatenación de factores y el Médico a desenmarañar este enredo tiene considerar a toda la familia y no solo al niño y sus síntomas .

VII.- OTROS FACTORES PSICOLOGICOS Y AMBIENTALES

A).- EL SUEÑO

La mayoría de los niños desarrollan problemas del sueño ,tarde - ó temprano en sus primeros 3 a 4 años de vida.Entre éstos estan el llorar cuando los acuestan el rehusarse a ir a la cama cuando se --- les manda , el no querer dormirse , el despertar con ó sin llanto--- duarnte la noche ,los rituales antes de dormirse y el despertar muy - temprano .

Los problemas del sueño de los niños pueden dividirse en dos grupos principales : Aquellos que dependen de los procesos naturales del desarrollo y aquellos que dependen de la interrelación entre factores ambientales y del desarrollo. En el primer grupo se encuentran las variaciones de los requirimientos de sueño,el despertar-madrugador del niño que comienza a caminar ,el niño que se chupa su pulgar el que desea que lo mezan y lo arrullen antes de dormir y el que arma un alboroto al despertarse . (19).

En el segundo grupo se encuentran los que se niegan a irse a dormir cuando los manda uno de sus padres ó ambos, el que rehu--- sa acostarse , el que "llora de prueba"cuando lo acuestan y el ---- que se despierta y llora durante la noche.

La sobreansiedad, la sobreprotección y el dominio exagerado - son factores importantes en la génesis de los problemas del sue--- ño. Las ideas rígidas sobre los requerimientos de sueño conducen a utilizar métodos de fuerza para hacer que el niño se duerma y de- provoca así el rechazo al sueño .. Los padres que mas se preocupan- sobre la importancia de dormir bien son los padres cuyos niños ---- tienen mas dificultades para dormir.

B).- LA ENURESIS .

Es común distinguir la enuresis primaria de la secundaria . La primaria se refiere a los mojadores del colchón que persisten orinando su cama después del tercer año de vida . La enuresis secundaria se refiere a la aparición del problema después de que el niño no ha mojado su cama desde hace mucho tiempo . Se consideró que éstos dos tipos de enuresis se relacionan entre sí hasta cierto punto; sin embargo la enuresis básicamente primaria se debe a un trastorno (retardo) en la maduración del complejo mecanismo que se requiere para controlar la vejiga , a la mala conducción de la madre sobre su hijo y otros factores sobreponen problemas psicológicos.

La enuresis secundaria es fundamentalmente psicológica y se debe a inseguridad y ansiedad , aunque también se puede deber a la presencia de una micción muy frecuente . En cualquiera de los dos casos los factores psicológicos o los síntomas urinarios pueden conducir a la enuresis si se presentan cuando el control vesical tiene poco tiempo de adquirido.

C).- MANIPULACIONES CORPORALES .

Succionarse los dedos y el pulgar.- Todos los niños se succionan sus dedos o pulgares en alguna época de su vida y algunos se cupan los dedos de sus pies. Existen varios puntos de vista para explicar su existencia . Gesell la considera como parte del desarrollo . otros autores consideran que el inicio de la succión digital depende de la maduración del sistema nervioso central . La succión digital se asocia a menudo , con el hambre , la timidez la fatiga y el sueño. El concepto general sin embargo es considerarla como una característica del desarrollo , cuando el niño es mayor esa práctica se asocia con inseguridad, aburrimiento o cansancio. (20).

Morderse las uñas.- Se desconoce la causa de éste hábito . se le intenta relacionar con inseguridad , imitación a otros etc. Morderse las uñas en general es una ocupacion inofensiva pero las actitudes de los padres frente a ellas pueden ser muy ofensivas . Es mejor no tomar ese hábito en cuenta .

D). LGS CELOS

Los celos son una reacción normal que todos los niños pueden sentir en alguna época de su vida , algunas manifestaciones de los celos son oscuras y los padres que no saben ésto piensan erróneamente que sus niños nunca han tenido celos . Los celos no son problema a menos que los niños que los sientan sean mal manejados.

E). TARTAMUDEZ

Las palabras tartamudeo y "tartamudez" son sinónimos . Ha sido definida así : " La tartamudez es una interrupción del ritmo normal del habla de tal frecuencia y anormalidad que llaman la atención interfieren en la comunicación y causan aflicción al tartamudo y su audiencia. Aparecen generalmente en hogares donde existe una dominación y una disciplina exagerada , existe sobreprotección y perfeccionismo . Los tartamudos son usualmente niños nerviosos y tensos y en sus hogares generalmente existen trastornos psicológicos . El antecedente familiar es frecuente. (21)

F). TICS

Consisten en la presencia de espasmos por hábito . Usualmente son manifestaciones de inseguridad . Los tics pueden ocasionar conflictos en el hogar y generalmente desaparecen una vez que éstos se han resuelto.

VIII.- OBJETIVOS DEL ESTUDIO.

1.- GENERALES .

Disminuir la incidencia de asma bronquial ó crisis de la misma asociada a factores psicológicos en nuestro medio .

2.- ESPECIFICOS.

2.1.- Determinar la existencia de factores psicológicos en pacientes con asma bronquial.

2.2.- Determinar el grado en que influyen y en que forma los factores psicológicos en la presentación de crisis asmáticas y en la prevalencia del asma bronquial.

IX.- HIPOTESIS .

Se formularon dos hipótesis considerando para cada una las posibilidades de Alternativa y de Nulidad .

Hipótesis número UNO :

DE NULIDAD .- La existencia de factores psicológicos en pacientes con asma bronquial NO es significativa .

ALTERNATIVA: - La existencia de factores psicológicos en pacientes con asma bronquial SI es significativa.

Hipótesis Número DOS:

DE NULIDAD : Los factores psicológicos no influyen en la presentación de crisis asmáticas ni en la prevalencia de la Enfermedad .

ALTERNA: Los factores psicológicos influyen en la presentación de crisis asmáticas y en la prevalencia de la Enfermedad.

X.- MATERIAL Y METODOS

- 1.- Se Estudiaron 48 pacientes con diagnóstico de asma bronquial-
6 de Crisis asmática , que se presentaron en el servicio de ----
Urgencias pediátricas del Hospital General de Zona II No.1 del-
Instituto Mexicano del Seguro Social ,en los meses de Enero a -
Julio de 1984.
- 2.- El diagnóstico de asma bronquial se determinó de acuerdo a de--
finiciones ya descritas y se tomaron en cuenta los siguientes--
criterios :
 - 2.1.- Disnea espiratoria.
 - 2.2.- Roncus y sibilancias extendidas a todo el campo pulmonar -
bilateral .
 - 2.3.- Con enfisema funcional reversible al ataque.
 - 2.4.- Sin lesiones radiológicas salvo la hiperinflación con ----
achataamiento de los hemidiafragmas en los casos sin complicacio--
nes .
 - 2.5.- Con irritabilidad bronquial a agentes diversos ,así demos--
trados por historia de cuadros semejantes de repetición como
respuesta a agentes conocidos ó no conocidos.
- 3.- La investigación se realizó por el Método de encuesta la que-
se aplicó en forma directa a 46 Madres de los pacientes asmá--
ticos y solo a dos Padres de los mismos .
- 4.- Se formuló un cuestionario conteniendo en forma amplia y de---
tallada informacion acerca de los padres y areas de valoracion
psicológica del niño , el cual se anexa en la siguiente sección.
- 5.- Se aplicó prueba de Dibujo Libre para valoracion psicoafectiva---
de los niños , la cual no se realizó en todos los pacientes .
- 6.- Todos los aspectos Psicológicos contenidos en el cuestionario-
para investigación , fueron sancionados en cada una de sus fases
por un Psicólogo Clínico de la Unidad.

- 7.- Los aspectos relativos al área Médica fueron supervisados -----
por un Médico Pediatra de la Unidad .
- 8.- Se estudió un grupo control de Niños sanos comprendidos en ----
los mismos grupos de edades que los enfermos .
- 9.- El Diagnóstico de Niño sano se tomo en forma subjetiva de acuer-
do a información de la Madre , y tomándose en cuenta la ausen-
cia actual de síntomas ó signos relacionados con alguna Enferme-
dad ó trastorno mental.
- 10.- La forma de aplicacion de encuestas a niños sanos se hizo en --
modo similar a la de los Enfermos recogiendo en el caso de --
los primeros la informacion de los 48 casos por parte de la Ma--
dre.
- 11.- Para algunos de los aspectos que se consideraron de mayor rele---
vancia , y buscando resolución de las hipótesis propuestas---
se les practicó prueba de significancia estadística , empleandose-
para tal motivo la prueba de Chi Cuadrado .

CUESTIONARIO UTILIZADO PARA LA INVESTIGACION DE FACTORES --
 PSICOLOGICOS QUE INTERVIENEN EN EL ASMA BRONQUIAL .

Hombre del niño -----
 Edad-----Sexo----- Grado Escolar ----- .
 Medio Donde habita-----
 Datos del padre: Edad----- Edo. civil-----Escolaridad-----
 Padece alguna Enfermedad importante ó atópica-----
 Datos de la Madre: Edad-----Edo. civil-----Escolaridad-----
 Ocupación de ambos: Padre----- Madre-----
 Padece alguna enfermedad importante ó atópica-----
 Hermanos : número ----- Lugar que el niño ocupa en la fam-----
 Antecedentes de atopias en los hermanos-----

ANTECEDENTES :

Fué hijo deseado ? -----, por ambos ----- por él
 ----- por ella ----- Por ninguno.

Algun problema durante el embarazo-----

Tipo de parto: -----eutósico
 -----Distósico (cesárea)
 -----Distócico programado
 -----Utilización de fórceps.

Lloró al nacer ----- Peso al Nacer -----

AREA DE ALIMENTACION :

Su primera alimentación: ----- al seno materno tiempo-----
 -----artificial tiempo-----

Su apetito actual: -----Exagerado -----normal -----escaso-

Hábitos de alimentación: -----rechazo
 -----Masticacion lenta ,
 -----alguna reacción a la alimentación.
 -----Hábitos indeseables.

Alguna conducta de la alimentación repercute:

- desespera al padre
- desespera a la madre
- recibe castigo
- se le tolera
- se le apoya.

AREA DEL SUEÑO:

Número de horas que duerme al día : ----- más de 8 hrs.

-----8 hrs

-----menos de 8 hrs

Características del sueño:

-----tranquilo

-----habla

-----rechina los dientes.

-----despierta alterado.

Alguna conducta del sueño repercute

-----desespera al padre.

-----desesperando a la madre.

-----recibe castigos.

-----se le tolera

-----se le apoya .

AREA DEL DESARROLLO MOTOR :

Mes en que presentó su primera sonrisa

-----1ro a 3er mes

-----despues del 3er mes.

-----antes del 6to mes

-----del 6 a 9no mes.

Edad en que se paró (sin ayuda) :

----- 6-9 mes.

----- 10-12 meses'

-----más de un año.

Edad en que caminó

-----0-12 meses

-----13-15 meses

-----más de 15 meses.

Al observar al niño se le considera :

-----muy hábil

-----poco hábil

-----hábil.

Mano que usa el niño con mayor frecuencia -----derecha.

-----izquierda.

Piè que usa el niño con mayor frecuencia -----derecho

----- izquierda.

Si es de tendencia zurda se le haintentado cambiar?-----.

Algùn problema con el desarrollo motor del niño repercute :

-----desespera al padre
-----desespera a la madre
-----se le tolera
-----recibe castigo
-----se le apoya

AREA DE LOS HABITOS:

Tiene algùn tic -----

Succiona alguna parte de su cuerpo ó alguna cosa-----

Enurético-----

Fantasea -----

Encoprésico-----

Vomita-----

Roba-----

Juega solo-----

miente-----

Es desordenado-----

no le gusta lavarse-----

Se queja de dolores de cabeza-----

Alguno de los hábitos anteriores del niño repercute:

-----desespera al padre
-----desespera a la madre
-----recibe castigo
-----se le tolera
-----se le, apoya.

AREA SEXUAL:

Identifica su sexo ----- Se siente a gusto con su sexo-----

La información sexual que tiene el niño la obtiene de :

Escuela-----

Revistas -----

papá-----

Libros-----

Mamá-----

Otras personas-----

Ambos-----

Toca sus genitales .: Siempre----- frecuentem,----- casi no-----no

Investiga sus diferencias sexuales: S----- frec----- CN----- N----

Se le ha encontrado sexualmente jugando con
otros niños : S----- frec----- CN----- N-----

En su ambiente familiar lo que se relaciona con el tema "sexo" se trata:

Ampliamente----- Se investigan dudas-----

Aisladamente----- No se habla de sexo-----

Se miente-----

Familiarmente existe pudor: Exagerado -----

Normal-----

Mínimo-----

Acostumbran los padres bañarse con sus hijos:

Con mamá-----

Con Papá-----

Con ambos-----

No -----

Con relación al sexo, Ud. cree que han innovado la educación que recibieron de sus padres?-----

AREA DEL LENGUAJE Y COMUNICACION FAMILIAR:

Edad en que utilizó monosílabos -----

Edad en que utilizó palabras -----

Edad en que utilizó lenguaje fluido-----

Según los padres el lenguaje del niño es : Bueno----- regular-----malo

PROBLEMAS DE: Articulación----- Comprensión-----

Fonética ----- Simbolización-----

tartamudeo-----

Lee y escribe con dificultad-----

Hábitos de lenguaje: Habla solo----- Tiende a ser callado---

Coprolalia----- Es detallista-----

Utiliza Mímica-----

Los padres se comunican generalmente con el niño:

Utilizando infantilismos-----

Utilizando groseías -----

Utilizando gritos-----

EL niño generalmente responde a sus padres :

Utilizando infantilismos-----

Utilizando groserias-----

Utilizando gritos-----

El niño toma parte de las discusiones familiares-----

Algún problema con lenguaje del niño repercute :

Desesperando al padre-----

Desesperando a la madre-----

Recibe castigo-----

Se le tolera-----

Se le apoya-----

FICHA DE PERSONALIDAD :

Veraz -----Mentiroso
Emotivo-----Insensible
Laborioso-----Se le incita al trabajo.
Celoso -----no celoso
Simpático----- antipático
Afectuoso-----No cariñoso
Cooperativo-----Egoísta
Tranquilo-----Hiperactivo.
Autodominio----- Impulsivo.
Orgullosos -----Humilde
Capacidad de mando-----sin iniciativa.
Mimos-----Rechaza mimos
Jovial -----Triste
Valiente -----miedoso
Agresivo----- Pasivo . "

Algunas de éstas conductas :

Desespera al padre -----

Desespera a la madre-----

Se le tolera-----

Recibe castigos-----

Se le apoya.

AREA ESCOLAR :

Ha cambiado de escuela por razones académicas ----- cuantas veces?---

Coincide su opinión con la opinión que tiene el maestro sobre la conducta escolar de su hijo ----- por que?-----

Considera su aprovechamiento: Bueno----- regular -----malo-----

Dedica el tiempo necesario al estudio----- cuantas horas-dia---

Necesita compañía para estudiar-----se distrae?-----

Necesita obligarle para que cumpla con sus tareas-----

Usted acostumbra buscar a los maestros para hablar sobre la conducta escolar del niño?-----Ha buscado como ayudarle?-----

Alguna actitud escolar repercute :

Desespera al padre-----

Desespera a la madre-----

Se le castiga-----

se le tolera-----

Recibe apoyo-----

AREA SOCIAL :

Cantidad y calidad de los amigos (a criterio):

Muchos ----- Todos buenos-----

Algunos----- Algunos malos-----

Muy pocos-----

Escoge el niño sus propias amistades -----

Sus compañeros de juego generalmente son :

De su edad----- Menores que el-----

Mas grandes que el----- Todas edades-----

Su desenvolvimiento social le parece:

Bueno-----

Regular -----

Malo-----

Generalmente juega:

Toda la tarde-----

Un rato por la tarde-----

el fin de semana-----

Tipo de actividades que prefiere :

Deporte -----
Juegos de salón-----
Juegos activos-----
Platicar-----

Se divierte más cuando juega:

Solo-^-----
acompañado-----
con seres fantásticos-----

Alguna conducta relacionada con el juego :

Desespera al padre-----
Desespera a la madre-----
Se le tofera-----
Se le apoya-----
Recibe castigos-----

AREA SOCIO-ECONOMICA :

Tienen casa propia-----

Ingresos totales a la familia en un mes: 0-10,000M.N-----
10-20,000M.N-----
21-30,000M.N.-----
31-40,000M.N.-----
41-50,000M.N.-----
51-60,000M.N.-----
61-70,000M.N.-----
71-80,000M.N.-----
81,000 y más .-----

Nota: Se tomaron en cuenta los sueldos anteriores al inicio de 1984.

Tienen problemas económicos actualmente----- antes-----

Hubo matrimonios anteriores?-----Por el padre----- por la madre--
hubo hijos?-----

Muertes importantes recientes en la familia-----

AREA MEDICA :

Edad en que inició la enfermedad-----.

Las características más frecuentes del ataque: Brusco-----progresivo----

Frecuencia de presentación de las crisis: (PROMEDIO)

Menos de 3 al año----- (al año-----
3 al año ----- mas de 6 al año--

Número de ingresos hospitalarios en un año (PROMEDIO) :

Menos de 3----- seis-----
tres ----- mas de seis-----

Duración de los ingresos hospitalarios : (PROMEDIO)

UN DIA----- TRES DIAS-----
DOS DIAS----- CUATRO DIAS-----
MAS DE CUATRO DIAS-----

Se relacionan los ataques con factores alérgicos conocidos :

| | | | | |
|---------------------------|---------|----------------|------------|-------|
| Polvos | SIEMPRE | FRECUENTEMENTE | CASI NUNCA | NUNCA |
| Polénes | | | | |
| Polución atmosférica | | | | |
| Infecciones respiratorias | | | | |
| Cambios bruscos de clima | | | | |
| Otras (cuales) | | | | |

Tratamientos Medicamentosos utilizados hasta el momento :

| | | | | |
|-------------------------|---------|----------------|------------|-------|
| Adrenalina | SIEMPRE | FRECUENTEMENTE | CASI NUNCA | NUNCA |
| aminofilina | | | | |
| salbutamol | | | | |
| oxi geno | | | | |
| Corticoides | | | | |
| Cromolin sódico | | | | |
| Nebulizaciones ambulat. | | | | |
| Otros (cuales) | | | | |

Se relacionan los ataques con actividad física SIEMPRE ----FREC---CN--N

Ha recibido vacunas hiposensibilizantes----- cuanto tiempo-----

Su Médico familiar le ha explicado en forma satisfactoria en que consiste la enfermedad de su hijo --SIEMPRE----- FREC----- CASI NUNCA----NUNCA----

Otras enfermedades que ha padecido el niño hasta el momento (MENCIONARLAS).

- 1.-
- 2.-
- 3.-

POSIBLES ACONTECIMIENTOS PSICOLÓGICOS DESENCADENANTES DE CRISIS.

Emociones súbitas como :

| | | | | |
|-----------------------|---------|----------------|------------|-------|
| miedo | SIEMPRE | FRECUENTEMENTE | CASI NUNCA | NUNCA |
| Eñojo | | | | |
| Alegria | | | | |
| Rechazo | | | | |
| Sustos | | | | |
| otros (inicio clases) | | | | |

Alteracion de alguna relación de dependencia:

| | | | | |
|--------------------------------------|---------|----------------|------------|-------|
| Madre | SIEMPRE | FRECUENTEMENTE | CASI NUNCA | NUNCA |
| padre | | | | |
| hermanos | | | | |
| amigos | | | | |
| sustitutos afectivos (fam. cercanos) | | | | |
| otros | | | | |

Peligro para algún familiar muy cercano:

| | | | | |
|------------------|---------|----------------|------------|-------|
| Falta de trabajo | SIEMPRE | FRECUENTEMENTE | CASI NUNCA | NUNCA |
| pelitos | | | | |
| amenazaas | | | | |
| divoricos | | | | |
| separaciones | | | | |
| cárcel | | | | |
| Embarazo | | | | |
| Nacimiento | | | | |
| Otros | | | | |

Manipulación de situaciones en ventaja propia :

Salida de casa del padre o la madre
Problemas escolares
para llamar la atención
para obtener cosas físicas muy deseadas
para disimular miedos
como reacción de celos
problemas familiares.

Alguna de las conductas psicológicas anteriores cuando se presentan:

Desespera al padre-----
desespera a la madre-----
recibe castigo-----
Se le tolera-----
Se le apoya -----

XI.- PRESENTACION DE RESULTADOS

A continuación se exponen los resultados obtenidos de la información obtenida mediante encuestas , a 48 casos de niños con asma bronquial y 48 casos de niños sanos .

En ésta primera fase de exposición de resultados únicamente anotamos los cuadros obtenidos al tabular la información y en una segunda parte hacemos el análisis estadístico de los mismos .

A).- AREAS PSICOAMBIENTALES.

CUADRO No. 1

DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO DE 48 PACIENTES CON DX. DE ASMA BRONQUIAL , Y DE 48 NIÑOS SANOS (GRUPO CONTROL).
HOSPITAL GENERAL DE ZONA II No. 1 , URGENCIAS PEDIATRICAS ,1984.

| GPOS DE EDAD | ASMATICOS | | | GRUPO CONTROL | | |
|--------------|-----------|---------|--|---------------|---------|--|
| | H - M | % | | H - M | % | |
| 2-3 años | 1 - 2 | 6.25% | | 2 - 0 | 4.16% | |
| 4-5 años | 6 - 4 | 20.33% | | 4 - 5 | 18.75% | |
| 6-7 años | 9 - 3 | 25.00% | | 9 - 6 | 31.25% | |
| 8-9 años | 7 - 8 | 31.25% | | 6 - 5 | 22.91% | |
| 10-11 años | 2 - 2 | 8.33% | | 4 - 4 | 16.66% | |
| 12-13 años | 1 - 3 | 8.33% | | 2 - 1 | 6.25% | |
| TOTAL | 26 - 22 | 100.00% | | 27 - 21 | 100.00% | |

Fuente : Encuesta directa .

Observamos que la población estudiada varió en edades comprendidas entre los 2 y los 13 años (pediátrica) , encontrando la mayor frecuencia de distribución de niños asmáticos en la edad escolar y principalmente entre los 6 y los 9 años de edad . En éstos mismos hubo un ligero predominio del sexo masculino con 54.15% en relacion al femenino ,40.75% de lo que se obtiene una relación de 1.1: 1 .

La distribución del grupo control fué altamente semejante , obteniéndose igualmente predominio masculino a razón de 1.1 : 1 .

CUADRO NO. 2

DISTRIBUCION DE 48 NIÑOS ASMATICOS DE ACUERDO AL MEDIO DONDE HABITAN .
HOSPITAL GENERAL DE ZONA II NO .1 , URGENCIAS PEDIATRICAS 1984.

| MEDIO DONDE HABITAN | No. | PORCENTAJE |
|---------------------|-----|------------|
| URBANO | 16 | 33.34% |
| SUB-URBANO | 28 | 58.39% |
| RURAL | 4 | 8.33% |
| TOTAL | 48 | 100.00% |

FUENTE : Encuesta directa .

Hubo predominio para habitación en medio sub-urbano , aunque - no difirió en forma significativa del medio urbano . El medio rural - fué poco frecuente en nuestros pacientes con solo el 8.33%.

CUADRO No. 3

DISTRIBUCION DE 48 NIÑOS ASMATICOS y 48 NIÑOS SANOS (CONTROL) DE --
ACUERDO A LA EDAD DE SUS PADRES AL MOMENTO DEL ESTUDIO.
HOSPITAL GENERAL DE ZONA II No. 1 , URGENCIAS PEDIATRICAS , 1984.

| GPOS. DE EDAD | ASMATICOS | | | | GPO. CONTROL | | | |
|---------------|-----------|--------|-----|--------|--------------|--------|----|--------|
| | H | % | M | % | H | % | M | % |
| 20-24 | 0 | 0 | 6 | 12.5% | 0 | | 6 | 12.5 |
| 25-29 | 10 | 20.83 | 12 | 25.00 | 10 | 20.00 | 15 | 31.25 |
| 30-34 | 7 | 14.58 | 13 | 27.08 | 9 | 18.75 | 7 | 14.58 |
| 35-39 | 17 | 35.41 | 10 | 20.83 | 11 | 22.91 | 16 | 33.33 |
| 40-44 | 8 | 16.66 | 3 | 6.25 | 12 | 25.00 | 1 | 2.08 |
| 45-49 | 3 | 6.25 | 3 | 6.25 | 3 | 6.25 | 2 | 4.16 |
| 50 y más | 3 | 6.25 | 0 | 0.00 | 2 | 4.16 | 1 | 2.08 |
| TOTAL | 48 | 100.00 | 47* | 100.00 | 47* | 100.00 | 48 | 100.00 |

FUENTE: Encuesta directa

* : 1 fallecido en ambos grupos .

La edad promedio de los padres del grupo de niños asmáticos----
 fué de 36,91 años. El mayor porcentaje de distribución para éstos---
 estuvo entre los 25 y 39 años de edad , lo que indica que se en---
 encuentran en edades aceptadas tanto médicas como psicológicas para---
 la reproducción y educación de los hijos.

La distribución en el grupo control no tuvo variantes y fué ---
 altamente similar .

CUADRO No. 4

DISTRIBUCION DE 48 NIÑOS ASMATICOS Y DE 48 NIÑOS SANOS (CONTROL) ---
 DE ACUERDO CON EL ESTADO CIVIL DE SUS PADRES AL MOMENTO DEL ESTUDIO.
 HOSPITAL GENERAL DE ZONA II No. 1 ,URGENCIAS PEDIATRICAS ,1984.

| EDO. CIVIL | ASMATICOS | | | | GPO . CONTROL | | | |
|-------------|-----------|--------|-----|--------|---------------|--------|----|--------|
| | H | % | M | % | H | % | M | % |
| SOLTERO | 1 | 2.08 | 2 | 4.16 | 1 | 2.08 | 3 | 6.25 |
| CASADO | 39 | 81.25 | 38 | 79.16 | 43 | 89.58 | 41 | 85.41 |
| UNION LIBRE | 4 | 8.33 | 4 | 8.33 | 1 | 2.08 | 1 | 2.08 |
| DIVORCIADO | 2 | 4.16 | 2 | 4.16 | 2 | 4.16 | 2 | 4.16 |
| VIUDO | 1 | 2.08 | 1 | 2.08 | 0 | 0.00 | 1 | 2.08 |
| TOTAL | 47* | 100.00 | 47* | 100.00 | 47* | 100.00 | 48 | 100.00 |

FUENTE : Encuesta directa
 * : Fallecidos (uno).

De acuerdo a lo anterior el 83.33% , gran mayoría correspondió -
 a parejas integradas y el 16.66 % a parejas desintegradas por distin-
 tas causas en el grupo de asmáticos.

El grupo control mostró solo el 3.33 % de parejas desintegradas-
 y el 39.58% a casadas .

Es decir, solamente hubo un ligero predominio de desintegración -
 familiar en el grupo de niños asmáticos .

CUADRO No. 5

DISTRIBUCION DE 48 NIÑOS ASMATICOS Y 48 SANOS (CONTROL) DE ACUERDO---
 CON LA ESCOLARIDAD DE SUS PADRES .
 HOSPITAL GENERAL DE ZONA II No. 1 ,URGENCIAS PEDIATRICAS ,1984

| PADRES | ASMATICOS | | | | GPO. CONTROL | | | |
|---------------|-----------|--------|----|--------|--------------|--------|----|--------|
| | H | % | M | % | H | % | M | % |
| ANALFABETA | 3 | 6.25 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| PRIM. INCOMP. | 11 | 22.91 | 9 | 18.75 | 4 | 8.33 | 6 | 12.05 |
| PRIM. COMP. | 10 | 20.83 | 11 | 21.91 | 12 | 25.00 | 13 | 27.08 |
| SEC. INCOMP. | 3 | 6.25 | 2 | 4.16 | 5 | 10.41 | 2 | 4.16 |
| SEC. COMP. | 5 | 10.41 | 8 | 16.66 | 5 | 10.41 | 4 | 8.33 |
| PREP. INCOMP. | 0 | 0 | 1 | 2.08 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| PREP. COMP. | 1 | 2.08 | 1 | 2.08 | 9 | 18.75 | 1 | 2.08 |
| TECNICO | 2 | 4.16 | 7 | 14.58 | 0 | 0 | 10 | 20.83 |
| PROFESIONISTA | 12 | 25.00 | 8 | 16.66 | 12 | 25.00 | 12 | 25.00 |
| TOTAL | 47 | 100.00 | 47 | 100.00 | 47 | 100.00 | 48 | 100.00 |

FUENTE : Encuesta directa

Nota : No se incluye la escolaridad que tenian los padres fallecidos.

El nivel educativo promedio en los padres de los niños asmáticos fué de primaria (completa ó incompleta) . Los extremos se vieron entre tres padres analfabetas y doce padres profesionistas.

Las madres tuvieron distribución similar ,solamente encontrándose un porcentaje menor en el grupo de profesionistas y mayor en el de técnico .

El grupo control fué semejante en los resultados , con solo un ligero porcentaje mayor de madres profesionistas en relación con los asmáticos .

CUADRO No. 6

DISTRIBUCION DE 48 NIÑOS ASMATICOS Y 48 NIÑOS SANOS DE ACUERDO A LA OCUACION DE SUS PADRES .
HOSPITAL GENERAL DE ZONA II NO. I ,URGENCIAS PEDIATRICAS, 1984.

| PADRES OCUPACION' | ASHMATICOS | | | | GPO. CONTROL. | | | |
|----------------------|------------|-------|----|-------|---------------|-------|----|-------|
| | N | % | M | % | N | % | M | % |
| OBRAERO | 11 | 22.91 | 3 | 6.25 | 7 | 14.58 | 0 | 0 |
| TECNICO | 2 | 4.16 | 3 | 6.25 | 2 | 4.16 | 8 | 16.66 |
| PROFESIONISTA | 11 | 22.91 | 8 | 16.66 | 9 | 18.75 | 9 | 18.75 |
| COMERCIANTE | 3 | 6.25 | 0 | 0 | 2 | 4.16 | 1 | 2.08 |
| EMPLFADO | 17 | 35.41 | 7 | 14.58 | 22 | 45.83 | 4 | 8.33 |
| JORNALERO | 3 | 6.25 | 0 | 0 | 5 | 10.41 | 0 | 0 |
| AMA DE CASA | 0 | 0 | 26 | 54.16 | 0 | 0 | 26 | 54.16 |
| TOTAL | 47 | 100% | 47 | 100% | 47 | 100% | 48 | 100% |

FUENTE : Encuesta directa .

Para ambos grupos se observó predominio en el rubro de em---pleados en lo que a los padres se refiere con 35.41% para los en---fermos y 45.83 para los sanos.

En 26 casos de niños asmáticos las madres dijeron dedicarse -- al hogar lo que indica que el 54.16% de ellas se dedican al cuida---do de sus hijos . Este aspecto fué idéntico para ambos grupos.

CUADRO No. 7

ANTECEDENTES DE ATOPIAS EN PADRE, MADRE, AMBOS O HERMANOS EN 48 NIÑOS= ASMATICOS COMPARADOS CON 48 NIÑOS SANOS (GRUPO CONTROL).
HOSPITAL GENERAL DE ZONA II No. I URGENCIAS PEDIATRICAS , 1984

| ANFEC. DE ATOPIA | ASHMATICOS | | GPO .CONTROL | |
|------------------|------------|--------|--------------|-------|
| PADRE | 11 | 22.91% | 0 | 0 |
| MADRE | 13 | 27.08% | 0 | 0 |
| AMBOS | 3 | 6.25% | 0 | 0 |
| HERMANOS | 11 | 22.91% | 1 | 2.08% |
| TOTAL | 38 | | 1 | |

FUENTE: Encuesta directa.

En el aspecto anterior encontramos datos interesantes : en---
 38 casos de los niños asmáticos se encontró el antecedente de ate-
 pia familiar . El 22.91% en el padre, 2-.08% en la Madre , y el ----
 22.91% en alguno de los hermanos . El grupo de niños sanos solamen-
 te presentó el antecedente en un caso , y relacionandose con uno de --
 los hermanos.

CUADRO No. 8

DISTRIBUCION DE 48 NIÑOS ASMATICOS Y 48 SANOS (CONTROL) ? DE ACUERDO -
 AL NUMERO DE HERMANOS .
 HOSPITAL GENERAL DE ZONA II No.1 URGENCIAS PEDIATRICAS ,1984.

| NO. DE HERMANOS | ASMATICOS | GPO. CONTROL |
|-----------------|--------------|--------------|
| CERO | 6 - 12.5% | 5 - 10.41% |
| UNO | 15 - 31.25% | 23 - 47.91% |
| 2-3 | 16 - 33.33% | 13 - 27.08% |
| 4-5 | 3 - 6.25% | 3 - 6.25% |
| 6-7 | 6 - 12.5 % | 3 - 6.25% |
| 8 y Más | 2 - 4.16% | 1 - 2.08% |
| TOTAL | 48 - 100.00% | 48 - 100.00% |

FUENTE: Encuesta directa.

La mayor incidencia de casos de asma bronquial se localizó en ---
 familias nequeñas y predominando de uno a tres hijos , sin embargo---
 no observamos diferencia al compararlos con el grupo control.

CUADRO No. 9

DISTRIBUCION DE 48 NIÑOS ASMATICOS Y 48 SANOS (CONTROL) DE ACUERDO---
 AL LUGAR QUE OCUPAN EN LA FAMILIA .

| LUGAR QUE OCUPA | ASMATICOS | GPO. CONTROL . |
|-----------------|--------------|----------------|
| PRIMERO | 25 - 52.00% | 24 - 50% |
| OTROS LUGARES | 11 - 22.91% | 7 - 14.58% |
| ULTIMO | 12 - 25.00% | 17 - 35.41% |
| TOTAL | 48 - 100.00% | 48 - 100.00% |

FUENTE: Encuesta directa.

Se encontró notable predominio de primogénitos en el grupo---- de asma bronquial , sin embargo no hubo diferencia notable cuando--- se le comparó con el grupo control en donde se encontró practica---- mente la misma proporción de niños sanos.

CUADRO No. 10

DISTRIBUCION DE 48 NIÑOS ASMATICOS y 48 NIÑOS SANOS (CONTROLES) TOMAN- DO EN CUENTA EL ANTECEDENTE DE SER HIJO DESEADO.
HOSPITAL GENERAL DE ZONA II NO.1 URGENCIAS PEDIATRICAS, 1984

| FUE HIJO DESEADO | ASMATICOS | GPO. CONTROL |
|---------------------|--------------|--------------|
| POR AMBOS PADRES | 44 - 91.61% | 40 - 83.33% |
| POR ELLA UNICAMENTE | 0 - 0 | 0 - 0 |
| POR EL UNICAMENTE | 2 - 4.16% | 3 - 6.25% |
| POR NINGUNO | 2 - 4.16% | 5 - 10.41% |
| TOTAL | 48 - 100.00% | 48 - 100.00% |

FUENTE: Encuesta directa.

Notamos que el 91.61% de los niños asmáticos fueron hijos desea- dos y solo el 83.33% de los niños sanos se encontraron en ésta situa- ción . Hijos no deseados por ninguno de sus progenitores fueron el --- 4.16% de los asmáticos y el 10.41% de los sanos . Podemos concluir --- que los niños asmáticos son hijos deseados.

CUADRO No.11

DISTRIBUCION DE 48 NIÑOS SANOS Y 48 ASMATICOS , DE ACUERDO AL ANTECE- DENTE DE PROBLEMAS MATERNOS DURANTE EL EMBARAZO.

| PROB. EN EL EMBARAZO | ASMATICOS | GPO. CONTROL . |
|----------------------|--------------|----------------|
| NINGUNO | 37 - 77.08% | 45 - 93.75% |
| AMENSA DE ABORTO | 3 - 6.25% | 1 - 2.08% |
| TOXEMIA | 1 - 2.08% | 0 - 0 |
| OTROS | 7 - 14.58% | 2 - 4.16% |
| TOTAL. | 48 - 100.00% | 48 - 100.00% |

FUENTE : Encuesta directa .

Vimos notable predominio de problemas durante el embarazo en--- el grupo de niños asmáticos (11 casos) correspondiente a 22.91% de los casos , En el grupo de niños sanos solo se encontró éste antecedente en el 6.25% de los casos .

CUADRO No.12

DISTRIBUCION DE 48 NIÑOS ASMATICOS y 48 SANOS (CONTROL) DE ACUERDO --- AL TIPO DE PARTO .
HOSPITAL GENERAL DE ZONA II NO.1 URGENCIAS PEDIATRICAS , 1984.

| TIPO DE PARTO | ASMATICOS | GPO. CONTROL |
|-----------------|--------------|--------------|
| EUTOSICO | 43 - 89.58% | 43 - 89.58% |
| CESAREA | 4 - 8.33% | 4 - 8.33% |
| OTRAS DISTOSIAS | 1 - 2.08% | 1 - 2.08% |
| TOTAL | 48 - 100.00% | 48 - 100.00% |

FUENTE: Encuesta directa.

Sin ninguna diferencia relativa al tipo de partos . Las distosias fueron poco frecuente en ambos grupos . EL parto normal --- ocupó la gran mayoría de los casos.

CUADRO NO. 13

DISTRIBUCION DE 48 NIÑOS ASMATICOS y 48 SANOS (CONTROL) EN RELACION_ A POSIBLE HIPOXIA NEONATAL.

| LLORO AL NACER | ASMATICOS | GPO. CONTROL |
|----------------|--------------|--------------|
| SI LLORO | 48 - 100.00% | 44 - 91.66% |
| NO LLORO | 0 - 0 | 4 - 8.34 |
| TOTAL | 48 - 100.00% | 48 - 100.00% |

FUENTE: Encuesta directa.

Ningún niño asmático presentó alteraciones inmediatas al nacimiento, ya que el 100.00% lloraron al nacer . Unicamente el 8.34% ---- del grupo control tuvo éste tipo de alteración .

CUADRO No. 14

DISTRIBUCION DE 48 NIÑOS ASMATICOS Y 48 SANOS (CONTROLES) DE ACUERDO -
AL PESO AL NACER.
HOSPITAL GENERAL DE ZONA II No.1 URGENCIAS PEDIATRICAS , 1984

| PESO AL NACER | ASMATICOS | GPO. CONTROL |
|---------------|--------------|--------------|
| 2,000-2,499 | 0 -- 0 | 1 - 2.08% |
| 2,500-2,999 | 9 -- 18.75% | 7 - 14.58% |
| 3,000-3,499 | 20 -- 41.67% | 15 - 31.25% |
| 3,500-3,999 | 17 - 35.42 | 18 -- 37.50% |
| 4,000 y más | 2 -- 4.16 | 7 - 14.58% |
| TOTAL | 48 - 100.00 | 48 - 100.00% |

FUENTE: Encuesta directa.

No se observaron diferencias entre ambos grupos en lo que -----
respecta al peso al nacer .LA gran mayoria de los niños estuvieron --
considerados dentro del peso promedio normal .

CUADRO No. 15

AREA DE ALIMENTACION. COMPARACION DE RESULTADOS OBTENIDOS ENTRE 48----
NIÑOS SANOS Y 48 ASMATICOS.

CUADRO No. 15-A

| PRIMERA ALIMENTACION | ASMATICOS | GPO. CONTROL |
|----------------------|--------------|--------------|
| SENO MATERNO | 38 - 79.16% | 33 - 68.75% |
| ARTIFICIAL | 10 - 20.84% | 14 - 24.25% |
| TOTAL | 48 - 100.00% | 48 - 100.00% |

CUADRO No. 15-B

| APETITO ACTUAL | ASMATICOS | GPO. CONTROL |
|----------------|---------------|--------------|
| EXAGERADO | 6 -- 12.5% | 7 - 14.58% |
| NORMAL | 27 - 56.25% | 31 - 64.58 |
| ESCASO | 15 - 31.25% | 10 - 20.84% |
| TOTAL | 43 -- 100.00% | 48 - 100.00% |

CUADRO No. 15-C

| HABITOS DE ALIMENTACION | ASMATICOS | | GPO .CONTROL | |
|-------------------------|-----------|---------|--------------|---------|
| RECHAZO | 14 | - 29.16 | 11 | - 22.91 |
| MASTICACION LENTA | 11 | - 22.91 | 13 | - 27.08 |
| ALGUNA REACCION | 4 | - 8.33 | 0 | - 0 |
| HABITOS INDESEABLES | 10 | - 20.83 | 9 | - 18.75 |
| NINGUN PROBLEMA | 18 | - 37.50 | 21 | - 43.75 |

CUADRO No. 15-D

| ALGUNA CONDUCTA EN EL NIÑO PROVOCA: | ASMATICOS | | GPO.CONTROL | |
|--|-----------|----------|-------------|----------|
| DESESPERA AL PADRE | 7 | - 14.58 | 2 | - 4.16 |
| DESESPERA A LA MADRE | 14 | - 29.16 | 9 | - 18.75 |
| RECIBE CASTIGOS | 6 | - 12.50 | 2 | - 4.16 |
| SE LE TOLERA | 3 | - 16.66 | 16 | - 33.34 |
| SE LE APOYA | 37 | - 77.08 | 24 | - 50.00 |
| TOTAL | 48 | - 100.00 | 48 | - 100.00 |

FUENTE : Encuesta Directa.

Respecto al contacto inicial Madre-Hijo observamos en nuestra serie estudiada que el 79.16% de los niños asmáticos recibieron seno materno como primera alimentación , y el 68.75% del grupo control.

La predominancia de conductas a la ingesta de alimentos fué de tipo normal para ambos grupos.

Los hábitos de alimentación presentaron distribución similar para ambos grupos.

En el grupo de asmáticos , los padres respondieron con más conductas de apoyo . La figura con mas tendencia a desesperarse es la Madre.

Los padres del grupo control mostraron mas tendencia a la tolerancia que al apoyo .

CUADRO No. 16

AREA DEL SUEÑO. COMPARACION DE RESULTADOS OBTENIDOS ENTRE 48 NIÑOS
ASMATICOS Y 48 NIÑOS SANOS (CONTROLES) .

HOSPITAL GENERAL DE ZONA II No. 1 URGENCIAS PEDITRICAS 1984

CUADRO 16-A

| HORAS QUE DUERME | ASMATICOS | | GPO. CONTROL | |
|------------------|-----------|----------|--------------|----------|
| MAS DE 8 HRS. | 36 | - 75.00% | 27 | - 56.25% |
| 8 HRS | 12 | - 25.00 | 20 | - 41.67 |
| MEIOS DE 8 HRS | 0 | - 0 | 1 | - 2.08 |
| TOTAL | 48 | - 100.00 | 48 | - 100.00 |

CUADRO No. 16-B

| CARACTERISTICAS | ASMATICOS | | GPO. CONTROL | |
|-----------------------|-----------|----------|--------------|----------|
| SU SUEÑO ES TRANQUILO | 36 | - 75.00% | 29 | - 60.41% |
| HABLA | 19 | - 39.58 | 9 | - 18.75 |
| SONAMBULO | 7 | - 14.58 | 4 | - 8.33 |
| RECHINA LOS DIENTES | 17 | - 35.41 | 7 | - 14.58 |
| DESPIERTA ALTERADO | 14 | - 29.16 | 7 | - 14.58 |
| TOTAL | 93 | | 56 | |

CUADRO 16-C

| TIENE | ASMATICOS | | GPO CONTROL | |
|--------------|-----------|---------|-------------|---------|
| HORARIO FIJO | 32 | - 66.67 | 20 | - 41.62 |
| NECESITA LUZ | 7 | - 14.58 | 5 | - 8.62 |
| RITOS | 5 | - 10.41 | 6 | - 12.50 |

CUADRO 16-D

| ALGUNA CONDUCTA DEL NIÑO | ASMATICOS | | GPO. CONTROL | |
|--------------------------|-----------|---------|--------------|---------|
| DESESPERA AL PADRE | 3 | - 6.25% | 3 | - 6.25% |
| DESESPERA A LA MADRE | 6 | - 12.50 | 2 | - 4.16 |
| RECIBE CSTIGO | 2 | - 4.16 | 1 | - 2.08 |
| SE LE TOÑERA | 3 | - 6.25 | 13 | - 27.08 |
| SE LE APOYA | 44 | - 91.6 | 29 | - 60.41 |

En relación al número de horas que duermen los niños asmáticos se encontró que el 75% duermen más de 3 hrs , comparado con los sanos que lo hacen en un 56.25%. Un número de 3 hrs duermen el 25% -- de los asmáticos y el 41.67% de los sanos. De lo anterior deducimos -- que el niño asmático tiende a dormir un numero mayor de horas/día ,

Respecto a las características del sueño , se encontró mayor -- número de alteraciones en en éstas conductas en los niños asmáti -- cos .La Conducta más significativa es la de los niños que hñblan du -- rante el sueño , con notable predominio para los asmaticos.

Las conductas de los padres de niños asmáticos mostraron apoyo -- hacia sus hijos- en un 44% . La madre es la figura que tiende más a -- desesperarse cuando el niño muestra alguna alteracion del sueño.

CUADRO No. 17

DESARROLLO MOTOR. COMPARACION DE RESULTADOS OBTENIDOS ENTRE 48 NIÑOS -- ASMATICOS Y 48 NIÑOS SANOS (CONTROL).
HOSPITAL GENERAL DE ZONA II No.1 URGENCIAS PEDIATRICAS 1984

CUADRO No. 17-A

| PRIMERA SONRISA | ASMATICOS | | GPO. CONTROL | |
|-----------------|-----------|----------|--------------|----------|
| 1RO-3ER MES | 46 | - 95.84% | 46 | - 95.84% |
| DESPUES 3ER.MES | 2 | - 4.16% | 2 | - 4.16 |
| DESPUES 6TO.MES | 0 | - 0 | 0 | - 0 |
| TOTAL | 48 | 100.00 | 48 | - 100.00 |

CUADRO No. 17-B

| SE PARO | ASMATICOS | | GPO. CONTROL | |
|----------------|-----------|----------|--------------|----------|
| 6TO-9NO MES | 40 | - 83.34% | 35 | - 72.91 |
| 10MO-12AVO MES | 6 | - 12.50 | 13 | - 27.08 |
| MAS DE 1 AÑO | 2 | - 4.16 | 0 | - 0 |
| TOTAL | 48 | - 100.00 | 48 | - 100.00 |

CUADRO No. 17-C

| CAMINO | ASMATICOS | | GPO. CONTROL | |
|----------------|-----------|----------|--------------|----------|
| 9NO.-12AVO MES | 41 | - 85.41% | 42 | - 87.50% |
| 13AVO-15AVONES | 6 | - 12.50 | 6 | - 12.50 |
| 15AVO Y MAS | 1 | - 2.08 | 0 | - 0 |
| TOTAL | 48 | - 100.00 | 48 | - 100.00 |

CUADRO No. 17-D

| SE LE CONSIDERA | ASMATICOS | GPO | CONTROL |
|-----------------|-------------|-----|----------|
| MUY HABIL | 23 - 58.33% | 14 | - 29.16% |
| HABIL | 13 - 27.08 | 29 | - 60.41 |
| POCO HABIL | 7 - 14.59 | 5 | - 10.41 |
| TOAL | 43 - 100.00 | 48 | - 100.00 |

CUADRO No. 17 -E

| TENDENCIA | ASMATICOS | GPO. | CONTROL |
|-------------|-------------|------|----------|
| DERECHA | 45 - 93.75% | 46 | - 95.84% |
| ZURDA | 2 - 4.17 | 2 | - 4.16 |
| AMBIDIESTRA | 1 - 2.08 | 0 | - 0 |
| TOTAL | 48 - 100.00 | 48 | - 100.00 |

CUADRO NO. 17-F

| ALGUNA CONDUCTA DEL NIÑO: | ASMATICOS | GPO | CONTROL |
|---------------------------|------------|-----|---------|
| DESESPERA AL PADRE | 1 - 2.08% | 1 | - 2.08% |
| DESESPERA A LA MADRE | 2 - 4.17 | 2 | - 4.16 |
| RECIBE CASTIGO | 0 - 0 | - | - - |
| SE LE TOLERA | 3 - 6.25 | 9 | - 18.75 |
| SE LE APOYA | 43 - 89.58 | 25 | - 52.08 |

FUENTE: Encuesta directa

El desarrollo motor del niño asmático no tuvo diferencias, cuando se le comparó con el desarrollo del grupo control., excepto para el rubro de coordinación del niño en donde a los asmáticos se les consideró muy hábiles en un 58% de los casos comparado con solo el 29% de los niños sanos. La predominancia cerebral para lateralidad fué en su gran mayoría diestro para ambos grupos.

Tambien en ésta área observamos mayor apoyo por parte de sus padres hacia los niños asmáticos en un 89.50%, comparado con solo el 52% de los sanos.

CUADRO No. 18

AREA DE LOS HABITOS. COMPARACION DE RESULTADOS OBTENIDOS ENTRE
43 NIÑOS ASMATICOS y 48 NIÑOS SANOS (CONTROLES).
HOSPITAL GENERAL DE ZONA II No. 1 URGENCIAS PEDIATRICAS 1984

CUADRO 18-A

| HABITOS | ASMATICOS | | GPO CONTROL | |
|---------------------|-----------|----------|-------------|---------|
| ALGUN TIC | 12 | - 25.00% | 4 | - 8.33% |
| SUCCIONA SU CUERPO. | 13 | - 27.00 | 4 | - 8.33 |
| ENURETICO | 7 | - 14.58 | 3 | - 6.25 |
| ENCOPRESICO | 0 | - 0 | 0 | - 0 |
| ROBA | 2 | - 4.16 | 3 | - 6.25 |
| MLENTE | 13 | - 27.08 | 27 | - 56.25 |
| NO LE GUSTA LAVARSE | 5 | - 10.41 | 14 | - 29.16 |
| FANTASEA | 22 | - 45.83 | 25 | - 72.08 |
| VOMITA | 2 | - 4.16 | 3 | - 6.25 |
| JUEGA SOLO | 26 | - 54.16 | 33 | - 68.75 |
| ES DESORDENADO | 19 | - 39.58 | 32 | - 66.66 |
| SE QUEJA DE CEFALEA | 10 | - 20.83 | 7 | - 14.58 |
| OTROS. | 4 | - 8.33 | 4 | - 8.33 |

CUADRO No. 18-B

| EN ALGUNO DE ESTOS HABITOS | ASMATICOS | | GPO. CONTROL | |
|----------------------------|-----------|----------|--------------|----------|
| IMITA A PAPA | 10 | - 20.83% | 7 | - 14.58% |
| IMITA A AMIGOS | 7 | - 14.58 | 12 | - 25.00 |
| IMITA A MAMA | 4 | - 8.33 | 4 | - 8.33 |
| NO IMITA | 32 | - 66.67 | 28 | - 58.3 |

CUADRO No. 18-C

| ALGUNO DE ESTOS HABITOS | ASMATICOS | | GPO. CONTROL | |
|-------------------------|-----------|----------|--------------|---------|
| DESESPERA AL PADRE | 8 | - 16.67% | 2 | - 4.16% |
| DESESPERA A LA MADRE | 14 | - 29.16 | 9 | - 18.75 |
| RECIBE CASTIGO | 7 | - 14.58 | 3 | - 6.25 |
| SE LE TOLERA | 10 | - 20.83 | 14 | - 29.16 |
| SE LE APOYA | 30 | - 62.50 | 23 | - 47.91 |

FUENTE: Encuesta directa.

CUADRO No. 19-C

| HABITOS SEXUALES | ASMATICOS | GPO CONTROL |
|-------------------------|-------------|-------------|
| SE TOCA SUS GENITALES | 13 - 27.08% | 5 - 10.41% |
| INVESTIGA DIF. SEXUALES | 23 - 47.91 | 18 - 37.50 |
| JUEGA CON OTROS NIÑOS | 6 - 12.50 | 4 - 8.33 |

CUADRO No. 19-D

| EXISTE COMUNICACION | ASMATICOS | GPO. CONTROL |
|---------------------|-------------|--------------|
| AMPLIAMENTE | 19 - 39.58% | 12 - 25.00% |
| AISLADAMENTE | 27 - 56.25 | 15 - 31.25 |
| SE INVESTIGAN DUDAS | 1 - 2.08 | 10 - 20.84 |

CUADRO 19-E

| EXISTE PUDOR FAMILIAR | ASMATICOS | GPO. CONTROL |
|-----------------------|------------|--------------|
| EXAGERADO | 6 - 12.50% | 1 - 2.08% |
| NORMAL | 39 - 81.25 | 44 - 91.66 |
| MINIMO | 3 - 6.25 | 3 - 6.25 |

CUADRO No. 19-F

| SE BAÑAN JUNTOS | ASMATICOS | GPO. CONTROL |
|-----------------|------------|--------------|
| CON MAMA | 9 - 18.75% | 9 - 18.75% |
| CON PAPA | 3 - 6.25 | 4 - 8.33 |
| CON AMBOS | 13 - 27.08 | 13 - 27.08 |
| NO | 23 - 47.91 | 21 - 43.70 |

CUADRO No. 19-G

| ALGUNA CONDUCTA SEXUAL PROVOCA | ASMATICOS | GPO. CONTROL |
|--------------------------------|------------|--------------|
| DESESPERA AL PADRE | 1 - 0 | 3 - 0 |
| DESESPERA A LA MADRE | 3 - 6.25 | 0 - 0 |
| RECIBE CASTIGO | 2 - 4.16 | 11 - 22.08 |
| SE LE TOLERA | 2 - 4.16 | 11 - 22.91 |
| SE APOYA | 42 - 87.50 | 27 - 56.25 |

CUADRO No. 19-H

| HAN INNOVADO LA EDUCACION QUE RECIBIERON | ASMATICOS | GPO CONTROL |
|--|------------|-------------|
| SI | 37 - 77.08 | 42 - 87.50 |
| NO | 11 - 22.92 | 6 - 12.50 |

FUENTE: Encuesta directa.

En el área sexual los datos nos informan que los niños asmáticos están bien identificados con su sexo y un 50% ha recibido información sobre aspectos sexuales generalmente dada por la Madre .

Todos los padres relatan que a sus hijos se les ha observado con poca frecuencia se les ha encontrado manipulando sus genitales y que un - 47.91% los niños asmáticos se interesan por las diferencias de sus cuerpos al hacer preguntas relacionadas con el tema.

El Pudor se presenta en un 81.25% en forma normal en las familias - de asmáticos y en forma exagerada en un 12.50%. Los padres de ambos -- grupos en general no acostumbran bañarse con sus hijos y cuando lo hacen en forma más frecuente es con ambos progenitores , los datos éstos son similares para ambos grupos.

Ellos consideran que si han innovado la educación que recibieron de sus padres , siendo la actual más abierta , en un porcentaje cercano al 30% para asmáticos y controles igual.

CUADRO No. 20
 AREA DEL LENGUAJE .- COMPARACION DE RESULTADOS OBTENIDOS ENTRE 48 NIÑOS
 ASMATICOS y 48 DE GRUPO CONTROL .
 HOSPITAL GENERAL DE ZONA II NO.1 URGENCIAS PEDIATRICAS , 1984

CUADRO No.20-A

| UTILIZO MONOSILABOS | ASMATICOS | GPO. CONTROL |
|---------------------|------------|--------------|
| 1RO.-6TO MES | 14 - 29.16 | 12 - 25.00% |
| 7MO-12AVO MES | 30 - 62.50 | 32 - 62.67 |
| MAS DE 12AVO. | 4 - 8.33 | 4 - 8.33 |
| <hr/> | | |
| UTILIZO PALABRAS | | |
| 12AVO MES | 27 - 56.25 | 29 - 60.41 |
| 13AVO-18AVO MES | 13 - 37.50 | 14 - 29.16 |
| MAS 18 MESES | 3 - 6.25 | 5 - 10.41 |
| <hr/> | | |
| SU LENGUAJE ES | | |
| BUENO | 42 - 87.50 | 28 - 58.34 |
| REGULAR | 4 - 8.33 | 17 - 35.41 |
| MALO | 2 - 4.16 | 2 - 4.16 |

CUADRO No. 20-B

| ALTERACIONES | ASMATICOS | GPO. CONTROL |
|---------------------|-----------|--------------|
| EN ARTICULACION | 1 - 2.08 | 8 - 16.67 |
| FONETICA | 2 - 4.16 | 1 - 2.08 |
| TARTAMUDEO | 3 - 6.25 | 3 - 6.25 |
| COMPRESION | 2 - 4.16 | 5 - 10.41 |
| SIMBOLIZACION | 0 - 0 | 0 - 0 |
| LECTURA Y ESCRITURA | 5 - 10.41 | 9 - 18.75 |

CUADRO No. 20-C

| HABITOS | ASMATICOS | GPO CONTROL |
|----------------------|------------|-------------|
| HABLA | 26 - 54.16 | 22 - 45.85 |
| COPROLALIA | 21 - 43.75 | 18 - 37.50 |
| UTILIZA MIMICA | 27 - 56.25 | 25 - 52.08 |
| TIENDE A SER CALLADO | 15 - 31.25 | 13 - 27.08 |
| ES DETALLISTA | 36 - 75.00 | 31 - 64.58 |

CUADRO No. 20-D

| COMUNICACION HACIA EL NIÑO | ASMATICOS | GPO CONTROL |
|----------------------------|-------------|-------------|
| CON INFANTILISMOS | 27 - 56.25% | 17 - 35.40 |
| CON GROSERIAS | 18 - 37.50 | 13 - 27.08 |
| CON GRITOS | 32 - 66.67 | 25 - 52.08 |

| EL NIÑO RESPONDE | ASMATICOS | GPO. CONTROL |
|-------------------|-------------|--------------|
| CON INFANTILISMOS | 25 - 52.08% | 15 - 31.15% |
| CON GROSERIAS | 8 - 16.67 | 5 - 10.41 |
| CON GRITOS | 20 - 41.66 | 14 - 29.17 |

CUADRO No. 20-E

| ALGUNA CONDUCTA PROVOCA | ASMATICOS | GPO. CONTROL |
|-------------------------|------------|--------------|
| DESESPERA AL PADRE | 0 - 0 | 0 - 0 |
| DESESPERA A LA MADRE | 4 - 8.33 | 0 - 0 |
| RECIBE CASTIGO | 5 - 10.41 | 0 - 0 |
| SE LE TOLERA | 7 - 14.58 | 12 - 25.00% |
| SE LE APOYA | 38 - 79.16 | 22 - 45.34 |

FUENTE: Encuesta directa'

En el desarrollo del lenguaje y problemas relacionados con --- el mismo , no se encontraron grandes diferencias entre el niño asmático y el sano , pero si se encontraron en las formas de comunicac--- ción .El grupo de padres de niños asmáticos se comunican con -us hijos utilizando infantilismos ,gritos y groseias con mas frecuencia-- que el grupo de padres de niños sanos,observándose que en 56.25%--- utilizan los infantilismos , mientras que el grupo de sanos solo lo hacen en un 35.4%.

En la misma prnorcion se observó la respuesta de los niños. -- Los asmáticos tienden mas a responder con infantilismos ,groserías- y gritos que los sanos. Reciben más apoyo en el sentido del lengua-- je los niños asmáticos que los sanos.

CUADRO NO. 21
AREA ESCOLAR. COMPARACION DE RESULTADOS OBTENIDOS ENTRE 48 NIÑOS
ASMATICOS Y 48 NIÑOS SANOS.
HOSPITAL GENERAL DE ZONA II No.1 URGENCIAS PEDIATRICAS"1984

CUADRO No. 21-A

| ASPECTOS GENERALES | ASMATICOS | GPO CONTROL |
|---|------------|-------------|
| HA CAMBIADO DE ESCUELA POR RAZONES ACADEMICAS LOS PADRES Y EL MAESTRO COINCIDEN EN : | 4 - 8.33% | 1 - 2.08% |
| QUE ES MUY INTELIGENTE | 13 - 27.08 | 2 - 4.16% |
| QUE ES MUY INQUIETO | 7 - 14.58% | 9 - 18.75 |

CUADRO NO. 21-B

| CONSIDERAN SU APROVECHAMIENTO | ASMATICOS | GPO CONTROL |
|-------------------------------|------------|-------------|
| BUENO | 32 - 66.67 | 30 - 62.50 |
| REGULAR | 10 - 20.83 | 13 - 27.08 |
| MALO | 1 - 2.08 | 0 - 0 |

CUADRO No. 21-C

| ASPECTOS PARTICULARES | ASMATICOS | GPO. CONTROL |
|---------------------------|-------------|--------------|
| ESTUDIA LO SUFICIENTE | 29 - 60.41% | 28 - 58.33 |
| NECESITA CIA. AL ESTUDIAR | 18 - 37.50 | 9 - 18.75 |
| SE DISTRAE | 19 - 39.58 | 29 - 60.41 |
| NECESITA OBLIGARLO | 12 - 25.00 | 16 - 33.34 |

CUADRO No: 21-D

| ALGUNA CONDUCTA PROVOCA | ASMATICOS | GPO CONTROL |
|-------------------------|------------|-------------|
| DESESPERA AL PADRE | 3 - 6.25% | 2 - 4.16% |
| DESESPERA A LA MADRE | 9 - 18.75 | 6 - 12.50 |
| SE CASTIGA | 7 - 14.58 | 3 - 6.25 |
| SE TOLERA | 7 - 14.58 | 13 - 27.08 |
| SE LE APOYA | 31 = 64.58 | 23 - 47.91 |

FUENTE: Encuesta directa.

En el Área escolar se observó que la asistencia a la escuela es similar entre niños asmáticos y sanos., notandose que el conceso de niño inteligente entre maestros y padres estuvo en 27.8% de casos asmáticos y solo en el 4.16% de sanos . .

El aprovechamiento escolar se consideró bueno en un 66.66% de los niños asmáticos coincidiendo con el dato obtenido entre los niños sanos. .El tiempo dedicado al estudio e adecuado para ambos.

Los niños Asmáticos tienen más ayuda de sus padres en el área escolar en un 72.91% a diferencia de los sanos de 39.58%.

Nuevamente en las conductas de los padres observamos mayor apoyo para los niños asmáticos .Aún no van a la escuela 5 niños asmaticos y 4 niños sanos.

CUADRO No. 22

AREA SOCIAL .-COMPARACION DE RESULTADOS OBTENIDOS ENTRE 48 NIÑOS - ASMATICOS Y 48 NIÑOS SANOS (CONTROL).

HOSPITAL GENERAL DE ZONA II NO.1 URGENCIAS PEDIATRICAS ,1984

CUADRO NO. 22-A

| CANTIDAD DE AMIGOS | ASMATICOS | GPO CONTROL |
|--------------------|-------------|-------------|
| MUCHOS | 27 - 56.25% | 23 - 42.91% |
| ALGUNOS | 12 - 25.00% | 16 - 33.34 |
| MUY POCOS | 9 - 18.75% | 8 - 16.66 |

| CALIDAD DE AMIGOS | ASMATICOS | GPO CONTROL |
|-------------------|-------------|-------------|
| BUENOS | 44 - 91.66% | 36 - 75.30 |
| ALGUNOS MALOS | 4 - 8.33% | 12 - 25.00 |

| | | |
|-----------------------|------------|------------|
| ESCOGEN SUS AMISTADES | 44 - 91.66 | 46 - 95.86 |
|-----------------------|------------|------------|

CUADRO No. 22-B

| SUS COMPANEROS DE JUEGO SON: | ASMATICOS | GPO CONTROL |
|------------------------------|-------------|-------------|
| DE SU EDAD | 33 - 56.89% | 19 - 39.58% |
| MAS GRANDES | 7 - 14.58 | 4 - 8.33 |
| MENORES | 5 - 10.41 | 1 - 2.08 |
| TODAS EDADES | 8 - 16.67 | 26 - 54.16 |

CUADRO NO. 22-C

| SOCIALMENTE SE DESENVUELVE | ASMATICOS | GPO CONTROL |
|----------------------------|-------------|-------------|
| BIEN | 39 - 81.25% | 32 - 66.66 |
| REGULAR | 8 - 16.66 | 16 - 33.34 |
| MAL | 1 - 2.08 | 0 - - |

CUADRO NO. 22-D

| JUEGA | ASMATICOS | GPO CONTROL |
|---------------|------------|-------------|
| TODA LA TARDE | 21 - 48.75 | 23 - 27.91 |
| UN RATO | 25 - 52.08 | 24 - 50.00 |
| FIN DE SEMANA | 10 - 20.83 | 4 - 8.33 |

CUADRO No. 22-E

| CUANDO SE DIVIERTE MAS | ASMATICOS | GPO CONTROL |
|------------------------|------------|-------------|
| SOLO | 18 - 37.50 | 15 - 31.25 |
| ACOMPAÑADO | 41 - 85.41 | 41 - 85.41 |
| CON SERES FANTASTICOS | 10 - 20.89 | 3 - 6.25 |

CUADRO NO. 22-F

| PREFIERE | ASMATICOS | GPO CONTROL |
|-----------------|------------|-------------|
| DEPORTE | 15 - 31.25 | 18 - 37.50 |
| JUEGOS DE SALON | 17 - 35.41 | 9 - 18.75 |
| JUEGOS ACTIVOS | 18 - 37.50 | 14 - 29.16 |
| PLATICAR | 5 - 10.41 | 4 - 8.33 |

CUADRO 22-G

| ALGUNA CONDUCTA PROVOCA: | ASMATICOS | GPO CONTROL |
|--------------------------|------------|-------------|
| DESESPERA AL PADRE | 0 - 0 | 0 - 0 |
| DESESPERA A LA MADRE | 1 - 2.08 | 2 - 4.16 |
| RECIBE CASTIGO | 3 - 6.25 | 1 - 2.08 |
| SE LE TOLERA | 2 - 4.16 | 12 - 25.00 |
| SE LE APOYA | 46 - 95.83 | 31 - 64.58 |

FUENTE: Encuesta directa.

Los niños asmáticos tienen muchos amigos en el 16.25% de los casos , a decir de sus padres. Seleccionan amigos que satisfacen a sus Padres en 91.66%, en tanto que los sanos solo lo hacen en el 75%. La mayoría de los niños asmáticos escogen sus propias amistades .

Tienden a buscar compañeros de su misma edad el 56.89% de los asmáticos y el 39.58% de los sanos. Son considerados mejor desvuelto socialmente los niños asmáticos en 81.25% y los sanos solo en un 66.67%. Prefieren compañía para jugar el 85.41% de los enfermos-- , lo que ocurre en forma similar para los sanos.

El tipo de Juegos que mas prefieren fué similar en los dos grupos predominando el de juegos activos.

Los problemas de conductas sociales son apoyados mayormente en los niños asmáticos (95.83%) mientras que en los sanos éste fenómeno solo se dió en 64.56% de los casos.

B) .- FICHA DE PERSONALIDAD

Se seleccionó la ficha de personalidad de los niños midiendo los extremos entre dos tipos de comportamientos ,Ej. Veraz Vs Mentiroso, comparando de la misma manera 15 conductas de las Más frecuentes dadas por José Dayhr .

En el primer parámetro revisado encontramos mayor porcentaje de - insensibilidad en los asmáticos que en los sanos , pero al medir - la laboriosidad se le encontró mucho más laborioso al asmático , en 60.41% contra 37.50%

Se necesita incitarle al trabajo en un 62.50% a los niños sanos y solo en un 37.50% a los asmáticos , es decir estos últimos --- son mas afectos a laborar.

Respecto a la Cooperatividad Vs egoismo ,Encontramos que el -- niño sano es mas cooperativo (87.50%) en relacion con el asmático-- que solo lo es en un 58.33%, el egoismo también se vio con mayor frecuencia en los asmáticos .

Puntos en los que notamos diferencias fueron en los aspectos de humildad, impulsividad y actividad (hiper- hipo).

En el rubro de capacidad de mando notamos predominio de niños asmáticos (95.83%) en tanto que en el sano esto se vio solo en el 79.16%.

Los niños sanos resultaron con menor iniciativa (20.83%) comparados con los asmáticos que solo la presentaron en un 4.16%. Esto demuestra que el niño asmático es una persona con gran capacidad de mando y mayor iniciativa.

CUADRO No. 23
FICHAS DE PERSONALIDAD DE 48 NIÑOS ASMATICOS COMPARADOS CON 48 NIÑOS SANOS (CONTROL) DE ACUERDO A CONDUCTAS MAS FRECUENTES SEGUN JOSE DAIYR.
HOSPITAL GENERAL DE ZONA 11 No.1 URGENCIAS PEDIATRICAS 1984.

| CONDUCTA OBSERVADA | ASMATICOS | GPO CONTROL |
|--------------------|-------------|-------------|
| VERAZ | 30 - 62.50% | 8 - 52.33% |
| MENTIROSO | 11 - 22.91 | 11 - 22.91 |
| EMOTIVO | 39 - 81.25 | 43 - 89.58% |
| INSENSIBLE | 7 - 14.58 | 4 - 8.33 |
| LABORIOSO | 29 - 60.41 | 18 - 37.50 |
| SE LE INCITA | 18 - 37.50 | 30 - 62.50 |
| CELOSO | 32 - 66.66 | 31 - 64.58 |
| NO CELOSO | 14 - 29.16 | 15 - 31.25 |
| SIMPATICO | 46 - 95.83 | 47 - 97.91 |
| ANTIPATICO | 2 - 4.16 | 1 - 2.08 |
| AFECTUOSO | 44 - 91.66 | 46 - 95.83 |
| NO CARIOSO | 4 - 8.33 | 2 - 4.33 |
| COOPERATIVO | 28 - 58.33 | 42 - 87.50 |
| EGOISTA | 14 - 29.16 | 6 - 12.50 |
| TRANQUILO | 27 - 56.25 | 28 - 58.33 |
| HIPERACTIVO | 19 - 39.58 | 16 - 33.33 |
| AUTODOMINIO | 24 - 50.00 | 22 - 45.83 |
| IMPULSIVO | 23 - 47.91 | 6 - 54.15 |
| ORGULLOSO | 16 - 33.34 | 18 - 37.50 |
| HUMILDE | 30 - 62.50 | 28 - 58.32 |
| CAPACIDAD DE MANDO | 46 - 95.83 | 38 - 79.16 |
| SIN INICIATIVA | 2 - 4.16 | 10 - 20.83 |

| | | | | | | |
|---------------|----|---|--------|----|---|-------|
| ACEPTA MIMOS | 46 | - | 95.83% | 45 | - | 93.75 |
| RECHAZA MIMOS | 2 | - | 4.16 | 3 | - | 6.25 |
| JOVIAL | 44 | - | 91.66 | 42 | - | 87.50 |
| TRISTE | 4 | - | 8.33 | 3 | - | 6.25% |
| VALIENTE | 32 | - | 66.66 | 30 | - | 62.50 |
| MIEDOSO | 12 | - | 25.00 | 16 | - | 33.33 |
| AGRESIVO | 26 | - | 54.16 | 25 | - | 52.08 |
| PASIVO | 21 | - | 43.75 | 23 | - | 47.91 |

C). PRUEBA DEL DIBUJO LIBRE .-

Se aplicó la prueba del dibujo libre a 36 niños asmáticos --- y 33 niños del grupo control.

Esta prueba se considera un instrumento de diagnóstico y estimación del desarrollo afectivo del niño. (22).

El dibujo libre es una técnica creadora que no se ciñe a ninguna --- forma rígida para su ejecución. Es un instrumento prometedor, y a nivel de Neuropsiquiatría existen varios estudios apoyando algunas teorías de que ésta prueba es un instrumento útil para expresar formas de desarrollo de la personalidad del niño. (23)

En el niño asmático así mismo, se pueden encontrar en ésta --- prueba algunos rasgos caracterológicos particulares. Algunos --- autores(24) han encontrado por ejemplo, que al dibujar una casa --- un niño asmático generalmente coloca las ventanas en la parte más superior de la pared, expresando así el deseo de "alcanzar" más aire que en el caso de las crisis asmáticas le es muy necesario al niño.

Se estudiaron en nuestro caso solo 36 dibujos de niños asmáticos ---, ya que en el resto se practicó la encuesta en el momento de --- la crisis, no pudiéndose realizar la prueba en ése momento y no localizándose posteriormente. Este segundo problema se presentó en algunos de los niños sanos a los que solo se les aplicó en 33 casos.

Para poder relatar en una forma clara y sencilla el contenido --- de los dibujos fueron clasificados de la siguiente manera:

1.- Figura humana por ser la más significativa en la estructura de la personalidad.

2.- La casa por ser más frecuente en su representación en los dibujos de los niños.

3.- El árbol , por ser una prueba estructurada del desarrollo de la personalidad que tiene significancia con él área emotiva .

4.-Medios de transporte.- por estar relacionados con el movimiento , detalle que impresiona al niño y es significativo en sus cambios-emotivos.

5.- Objetos, paisaje ,animales , formas de acción flores ,dibujo abstracto , se pusieron por el orden y la frecuencia de aparición en -ambos grupos estudiados:sanos y asmáticos.

CUADRO No. 24

PRUEBA DEL DIBUJO LIBRE.- COMPARACION DE RESULTADOS OBTENIDOS ENTRE-36 NIÑOS ASMATICOS y 33 NIÑOS SANOS (CONTROL).EXPRESADOS EN PORCENTAJES DE FRECUENCIAS.

| CONTENIDO | ASMATICOS | GPO. CONTROL |
|-------------------|-----------|--------------|
| FIGURA HUMANA | 5.55% | 19.18% |
| CASA | 19.44 | 42.42 |
| AR SOL | 2.70 | 0 |
| TRANSPORTE | 11.11 | 12.17 |
| OBJETOS | 5.55 | 3.03 |
| PAISAJES | 11.11 | 12.12 |
| ANIMALES | 0 | 6.06 |
| ESCENAS DE ACCION | 25.00 | 6.06 |
| FLORES | 8.33 | 0 |
| ABSTRACTOS. | 11.11 | 0 |

Fuente: Directa, dibujos de 36 niños asmáticos y 33 sanos .

Al comparar la frecuencia de los contenidos de los dibujos de ambos grupos de niños , encontramos que la figura humana tiene mayor frecuencia de aparición en los niños sanos que en los asmáticos,

Existen varias teorías psicológicas al respecto , que han de----mostrado que el desarrollo emocional del niño va directamente asociado con su capacidad para integrar una figura humana .

Seobservó también que el dibujo de la casa predominó tambien -- en el niño sano , en un porcentaje 42.42% contra 19.44 del asmático. LA interpretacion de éste dato es similar al de la figura humana.

El dibujo del árbol no se presentó en los niños sanos , en tanto que en los asmáticos solo se presento en muy bajo porcentaje de casos (2.70%).

Los medios de transporte fueron bastante similares en ambos -- grupos. Las figuras de animales no se observaron en los asmáticos - y los sanos solo la presentaron en un 6.06%.

Las escenas de acción , con gran contenido emocional familiar, se presentaron en 25% de los niños asmáticos en tanto que los sanos sola la presentaron en 8.33%.

Los asmáticos presentaron ligero predminio en dibujos abstractos en un 11.11% , no encontrandose este aspecto en el niño sano.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

D).- ASPECTOS SOCIO-ECONOMICOS

CUADRO No.25

AREA SOCIOECONOMICA. COMPARACION DE RESULTADOS OBTENIDOS ENTRE 48---
NIÑOS ASMATICOS Y 48 NIÑOS SANOS. (CONTROL).
HOSPITAL GENERAL DE ZONA II NO.1 URGENCIAS PEDIATRICS 1984 .

| INGRESOS PERCAPITA/MES | ASMATICOS | GPO. CONTROL |
|------------------------|------------|--------------|
| 0 - 10,000 | 0 - 0 | 0 - 0 |
| 11- 20,000 | 3 - 6.25 | 0 - 0 |
| 21- 30,000 | 3 - 6.25 | 1 - 2.08% |
| 31- 40,000 | 7 - 14.58 | 7 - 14.58 |
| 41- 50,000 | 10 - 20.81 | 11 - 22.91 |
| 51- 60,000 | 5 - 10.41 | 7 - 14.58 |
| 61- 70,000 | 4 - 8.33 | 11 - 22.91 |
| 81,000 y mas | 16 - 33.33 | 11 - 22.91 |

FUENTE: Encuesta directa.

Observamos en general en el aspecto anterior que no hubo di---
rencias notables entre ambos grupos . Solo ligero predominio de ---
ingresos altos en el grupo de asmáticos con33.33% a diferencia de --
los sanos que tuvieron ingresos altos en solo22.91%. Los niños as -
máticos solo manifestaron tener problemas económicos en 8 casos y
13 de grupo de sanos dijeron sus padres tener transtornos económicos
actuales.

CUADRO No. 26.

OTRAS ALTERACIONES SOCIALES FAMILIARES-COMPARACION DE RESULTADOS OB--
TENIDOS ENTRE 48 NIÑOS SANOS (CONROL) Y 48 ASMATICOS.

| CASAMIENTOS ANTERIORES | ASMATICOS | SANOS (CONTROL) |
|--|------------|------------------|
| PADRE | 8 - 16.66% | 6 - 12.50 |
| MADRE | 6 - 12.50 | 3 - 6.25% |
| MUERTES IMPORTANTES EN LA FAMILIA (RECIENTES) | 20 - 41.66 | 12 - 25.00% |

FUENTE : Encuesta directa.

E).- ASPECTOS MEDICOS .

CUADRO NO. 27

DISTRIBUCION DE 48 NIÑOS ASMATICOS DE ACUERDO A EDAD DE INICIO DE SU ENFERMEDAD.

HOSPITAL GENERAL DE ZONA II No. 1 URGENCIAS PEDIATRICAS , 1984

| GPOS DE EDAD | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------|------------|------------|
| - 2 AÑOS | 18 | 37.50 % |
| 3-4 AÑOS | 13 | 27.08 |
| 5-6 AÑOS | 7 | 14.58 |
| 7-8 AÑOS | 7 | 14.58 |
| 9-10 AÑOS | 1 | 2.08 |
| 11-12 AÑOS | 1 | 2.08 |
| 13 AÑOS | 1 | 2.08 |
| TOTAL | 48 | 100.00 % |

FUENTE: Encuesta directa.

Observamos en el cuadro anterior que la mayoría de nuestros --- niños estudiados iniciaron su enfermedad antes de los 2 años.

Asi mismo en la edad pre-escolar. Los escolares y adolescentes tuvieron poca frecuencia de edad de inicio de la Enfermedad.

CUADRO NO. 28

DISTRIBUCION DE 48 NIÑOS ASMATICOS DE ACUERDO A LAS CARACTERISTICAS - MAS FRECUENTE DEL ATAQUE ASMATICO.

| CARACTERISTICAS | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-----------------|------------|------------|
| BRUSCO | 14 | 29.16 |
| PROGRESIVO | 34 | 70.84 |

FUENTE: Encuesta directa.

El inicio en forma progresiva de la crisis fué el mas frecuente - en nuestra casuistica con un porcentaje de 70,84%.

CUADRO No. 29

DISTRIBUCION DE 48 NIÑOS ASMATICOS DE ACUERDO A LA FRECUENCIA DE LAS CRISIS ASMATICAS.

| FRECUENCIA DE PRESENT. | FRECUENCIA | PORCENTAJE. |
|------------------------|------------|-------------|
| MENOS DE 3/ AÑO | 21 | 43.75% |
| 3/ AÑO | 9 | 18.75 |
| 6/ AÑO | 9 | 18.75 |
| MAS DE 6/ AÑO. | 9 | 18.75 |

FUENTE : Encuestad directa.

CUADRO No. 30
DISTRIBUCION DE 48 NIÑOS ASMATICOS DE ACUERDO AL NUMERO DE INGRESOS ---
HOSPITALARIOS EN UN AÑO / PROMEDIO .

| NUMERO DE INGRESOS | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------------|------------|------------|
| MENOS DE 3/AÑO | 34 | 70,83% |
| 3 /AÑO | 8 | 16,66 |
| 6/ AÑO | 2 | 4,16 |
| MAS DE 6/ AÑO. | 4 | 8,33 |
| TOTAL. | 48 | 100.00 |

FUENTE : encuesta directa.

Cuadros 29 y 30.- En el cuadro 29 encontramos que la mayoría de -
los niños asmáticos estudiados tienen menos de 3 crisis en un año .
Solo un porcentaje menor tuvieron mas de 3 crisis en promedio por año.

El cuadro 30 lo correlacionamos perfectamente con el anterior -
ya que al mayor porcentaje mostró menos de 3 ingresos al hospital ---
en un año .Solamente 4 casos refirieron tener mas de 6 reingresos --
enel año .

CUADRO No. 31
DISTRIBUCION DE 48 NIÑOS ASMATICOS DE ACUERDO A LA DURACION DE SUS ---
INGRESOS HOSPITALARIOS .

| DURACION EN DIAS/ PROMEDIO | FRECUENCIA | PORCENTAJE. |
|----------------------------|------------|-------------|
| 1 DIA | 24 | 50.00% |
| 2 DIAS | 7 | 14,58 |
| 3 DIAS | 6 | 12.50 |
| 4 DIAS | 5 | 10.41 |
| MAS DE 4 DIAS | 3 | 6.25 |
| MENOS DE 1 DIA . | 3 | 6.25 |
| TOTAL | 48 | 100.00 |

FUENTE : Encuestas directa.

Encontramos nuevamente muy correlacionado con los anteriores , ya -
que el mayor porcentaje de casos tuvo un día ó menos de duración en ---
sus ingresos hospitalarios .

CUADRO No. 32

DISTRIBUCION DE 48 NIÑOS ASMATICOS DE ACUERDO A LA RELACION DE LAS ---
 CRISIS ASMATICAS CON ACTIVIDAD FISICA.
 HOSPITAL GENERAL DE ZONA II NO.1 URGENCIAS PEDIATRICAS 1984

| RELACION CON ACTIV FISICA | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|---------------------------|------------|------------|
| SIEMPRE | 3 | 6.25% |
| FRECUENTEMENTE | 8 | 16.66 |
| CASI NUNCA | 9 | 18.75% |
| NUNCA | 28 | 58.33 |
| TOTAL | 48 | 100.00 |

FUENTE: Encuesta directa.

Podemos decir que en nuestra caustica estudiada el asma inducida por ejercicio fue rara . Solo el 6.25% de los pacientes tuvieron constante el antecedente de ejercicio como desencadenante de crisis.

CUADRO No. 33

DISTRIBUCION DE 48 NIÑOS ASMATICOS DE ACUERDO AL TIEMPO EN TRATAMIENTO CON VACUNAS HIPALERGIZANTES.

| TIEMPO | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|----------------|------------|------------|
| NINGUNO | 10 | 20.83% |
| MENOS DE 1 AÑO | 11 | 22.91 |
| DE 1 -2 AÑOS | 4 | 8.33 |
| MAS DE 2 AÑOS | 23 | 47.91 |
| TOTAL | 48 | 100.00% |

FUENTE : Encuesta directa,

La mayoría de nuestros pacientes estuvieron en tratamiento con vacunas hipalergizantes al momento del estudio. El 47.91% tenían mas de dos años en tratamiento .

CUADRO NO. 34 .

DISTRIBUCION DE 48 NIÑOS ASMATICOS DE ACUERDO A LA PRESENCIA DE OTRAS ENFERMEDADES ANTERIORES.

| OTRAS ENFERMEDADES | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|------------------------|------------|------------|
| NINGUNA | 14 | 29.16% |
| VIAS RESP. SUP | 23 | 47.91 |
| PROPIAS DE LA INFANCIA | 1 | 2.08 |
| OTRAS GRAVES | 8 | 16.67 |

FUENTE: Encuesta directa.

Encontramos en el cuadro anterior que el 47.91% tuvieron enfermedades de vías respiratorias superiores (leves) como antecedente. Solamente un 16.67 refirió haber padecido enfermedades graves tales como hepatitis, infección de vías urinarias, y gastroenteritis.

CUADRO No. 35.

FRECUENCIA DE ASOCIACION DEL ASMA CON FACTORES ALERGENICOS.
HOSPITAL GENERAL DE ZONA II No.1 URGENCIAS PEDIATRICAS 1984

| FACTORES ALERGENICOS | SIEMPRE | FRECUENTEM. | CASI NUNCA | NUNCA |
|-----------------------|---------|-------------|------------|--------|
| POLVOS | 22.91% | 29.16% | 2.08% | 45.83% |
| POLENES | 20.83 | 16.66 | 2.08 | 60.41 |
| POLUCION ATM. | 6.25 | 8.33 | 4.16 | 81.25 |
| INFECC. RESP. | 37.50 | 29.16 | 4.16 | 29.16 |
| CAMBIOS CLIMA BRUSCOS | 37.50 | 27.08 | 2.08 | 33.34 |
| OTROS | 10.41 | 6.25 | 2.08 | 81.25 |

FUENTE: Encuesta directa.

Encontramos que un porcentaje importante de nuestros pacientes tenían antecedentes de hipersensibilidad a cambios bruscos de clima y asociación con infección de vías respiratorias superiores al momento de presentar crisis asmática. La contaminación atmosférica y los pólenes se presentaron en porcentajes menores.

CUADRO No. 36

FRECUENCIA DE TRATAMIENTOS UTILIZADOS EN 48 NIÑOS ASMATICOS AL MOMENTO DE LA CRISIS.

| TRATAMIENTO UTILIZADO | SIEMPRE | FRECUENTEMENTE | CASI NUNCA | NUNCA |
|-----------------------|---------|----------------|------------|--------|
| ADRENALINA | 56.25% | 20.83% | 10.41% | 12.50% |
| AMINOFILINA | 20.83% | 29.16 | 20.83 | 29.16 |
| SALBUTAMOL | 62.50 | 27.08 | 2.08 | 8.33 |
| OXIGENO | 0 | 22.91 | 10.41 | 66.60 |
| CORTICOIDES | 2.08 | 18.75 | 2.08 | 77.08 |
| NEBULIZACIONES | 0 | 4.16 | 2.08 | 93.75% |
| ANTIBIOTICOS | 8.33 | 43.75 | 0 | 31.25 |
| ANTI-HISTAMINICOS | 0 | 20.83 | 0 | 79.16 |

FUENTE: Encuesta directa.

Observamos que en la mayoría de nuestros casos el tratamiento inicial de la crisis asmática fué el típicamente empleado por la mayoría de los hospitales . Adrenalina , aminofilina y salbutamol fueron los -- medicamentos mas socorridos para su uso en los casos esrudiados. Los antibióticos se usaron en un 43.75% y los antihistaminicos en el 20.83% de los casos.

CUADRO No. 37

ACONTECIMIENTOS PSICOLOGICOS DESENCADENANTES DE CRISIS ASMATICAS . FRECUENCIA CON QUE SE PRESENTARON . HOSPITAL GENERAL DE ZONA II No.1 URGENCIAS PEDIATRICAS 1984

| EMOCIONES SUBITAS. | SIEMPRE | FRECUEITEM. | CASI NUNCA | NUNCA |
|--------------------|---------|-------------|------------|--------|
| MIEDO | 0 | 18.75% | 0 | 81.25% |
| ENOJO | 0 | 25.00 | 2.08 | 72.91 |
| ALEGRIA | 2.08 | 2.08 | 0 | 95.83 |
| RECHAZO | 0 | 10.41 | 8.33 | 81.25 |
| SUSTOS | 0 | 2.08 | 2.08 | 95.83 |
| STRESS | | | | |

CUADRO no.37-B

| ALTERACION DE RELAC. DE DEPENDENCIA. | | | | |
|--------------------------------------|---------|-------------|------------|--------|
| | SIEMPRE | FRECUEITEM. | CASI NUNCA | NUNCA |
| MADRE | 2.08% | 6.25% | 2.08 | 89.58% |
| PADRE | 0 | 6.25 | 0 | 93.75% |
| HERMANOS | 0 | 2.08 | 0 | 97.90 |
| AMIGOS | | | | |
| OTROS | 0 | 2.08 | 0 | 97.90 |

CUADRO No. 37-C

| CRISIS FAMILIAR | SIEMPRE | FRECUEITEM. | CASI NUNCA | NUNCA |
|------------------|---------|-------------|------------|---------|
| FALTA DE TRABAJO | - | - | - | 100.00% |
| PLEITOS | - | 2.08% | - | 97.90 |
| AMENAZAS | - | - | - | 100.00 |
| DIVORCIOS | - | - | - | 100.00 |
| SEPARACIONES | - | - | - | 100.00 |
| EMBARAZO | 2.08% | - | - | 97.92 |

CUADRO No. 37-D

| MANIPULACION DE SITUACIONES | SIEMPRE | FREC. | CASI NUNCA | NUNCA |
|-----------------------------|---------|-------|------------|-------|
| SALIDA DE LOS PADRES | - | - | 4.16% | 95.84 |
| SITUACIONES ESCOLARES | - | - | 2.08 | 97.90 |
| PARA LLAMAR LA ATENCION | - | 6.25 | 2.08 | 91.66 |
| PARA OBTENER ALGO FISICO | - | 8.33 | 4.16 | 87.50 |
| PARA DISIMULAR MIEDOS | - | 10.41 | 4.16 | 85.40 |
| COMO REACCION DE CELOS | - | 4.16 | - | 95.80 |

FUENTE : Encuesta directa.

Los factores psicológicos , como precipitantes de las crisis --- asmáticas , tuvieron poca significación al analizarlos en forma individual . Sin embargo el exámen global de los mismos demostró participación en un número representativo de casos .

Las emociones súbitas fueron los acontecimientos que con más frecuencia desencadenaron crisis , y de éstos , sobresalieron el miedo y -- el enojo. Las relaciones de dependencias rotas ó alteradas solo se presentaron en porcentajes mínimos , ocurriendo lo mismo para las situaciones de crisis familiar .

EL uso de la crisis asmática para manipular situaciones diversas - fué referida en 28.75% de los casos en forma frecuente .

CUADRO NO. 38
RELACION ENTRE LA EDAD DE INICIO DE LA ENFERMEDAD Y EL ANTECEDENTE DE ATOPIAS FAMILIARES .48 NIÑOS ASMATICOS.

| EDAD DE INICIO | ANTECEDENTE DE ATOPIA FAMILIAR | | |
|----------------|--------------------------------|---|--------|
| -2 AÑOS | 13 | - | 72.22% |
| 3-4 AÑOS | 6 | - | 46.15 |
| 5-6 AÑOS | 4 | - | 57.40 |
| 7-8 AÑOS | 1 | - | 14.28 |
| 9-10 AÑOS | 0 | - | 0 |
| 11-12 AÑOS | 1 | - | 100.00 |
| 13 O MAS AÑOS. | 1 | - | 0 |

FUENTE: encuestas directas .

Si encontramos fuerte correlacion entre el inicio mas temprano de la enfermedad y el antecedente de atopias familiares .Así notamos que -- el 72% de los niños que iniciaron la enfermedad a la edad de 2 años o -- menos tuvieron antecedente de atopía.

Los niños que iniciaron de los 7-13 años practicamente ninguno tuvo el antecedente en forma positiva.

CUADRO NO. 39
RELACION DEL MEDIO DONDE HABITAN CON LA FRECUENCIA DE LAS CRISIS .

| MEDIO DONDE HABITAN | -3/año | 3 /año | 6/año | + 6/año. |
|---------------------|--------|--------|-------|----------|
| URBANO | 22.91% | 2.08% | 4.16% | 0 |
| SUB URBANO | 31.25% | 8.34 | 14.58 | 0 |
| RURAL | 8.34 | 0 | 0 | 0 |

Fuente : encuestas .

En términos generales no se encontró relación importante -- entre algunos de los medios de hábitat con aumento en la frecuencia de crisis.

CUADRO No. 40.
FRECUENCIA DE LAS CRISIS ASMÁTICAS EN 48 NIÑOS ASMÁTICOS DE ACUERDO CON LA EDAD DE INICIO DE LA ENFERMEDAD.
HOSPITAL GENERAL DE ZONA II NO.1 URGENCIAS PEDIÁTRICAS 1984

| EDAD DE INICIO | / - 3/AÑO | 3/ AÑO | 6/ AÑO | + 6/AÑO |
|----------------|-----------|--------|--------|---------|
| 2 AÑOS 0 - | 14.53% | 8.34% | 6.25% | 10.41% |
| 3-4 AÑOS | 12.50 | 4.16 | 6.25 | 2.08 |
| 5-6 AÑOS | 4.16 | 0 | 0 | 2.08% |
| 7-8 AÑOS | 8.34 | 6.25 | 4.16 | 2.08 |
| 9-10 AÑOS | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 11-12 AÑOS | 4.08 | 0 | 0 | 0 |
| 13 Y MAS | 2.08 | 0 | 0 | 0 |

FUENTE: Encuesta directa.

Existe correlación notoria entre la edad temprana de inicio de la enfermedad (pre-escolar) con la mayor frecuencia de presentación de crisis asmáticas. El 10.41% de los niños que iniciaron la enf. antes de los dos años refirieron presentar mas de 6 crisis en un año. Los Niños que iniciaron entre los 9 y los 13 años nunca han presentado mas de 3 crisis de asma en un año.

CUADRO NO. 41
FRECUENCIA DE LAS CRISIS EN 48 NIÑOS ASMÁTICOS Y SU RELACION CON AUSENCIA DE ALGUNA DE LAS FIGURAS PARENTALES.

| FRECUENCIA DE LAS CRISIS | FALTA DE PADRE | FALTA DE MADRE, |
|--------------------------|----------------|-----------------|
| -3 /AÑO | 2.08% | 2.08% |
| 3/ AÑO | 4.16 | 4.16 |
| 6/ AÑO | 4.16 | 4.16 |
| MAS DE 6/AÑO | 0 | 0 |

FUENTE: Encuestas directas.

Fue insignificante la relación encontrada entre la ausencia de alguna de las figuras parentales y el aumento en la frecuencia de crisis asmáticas. En todos los casos a que faltó alguna de las figuras principales, no hubo mas de 6 crisis por año.

CUADRO No42

FRECUENCIA DE LAS CRISIS ASMATICAS Y SU RELACION CON TRANSTORNOS----
ESCOLARES EN 48 NIÑOS ASMATICOS.

HOSPITAL GENERAL DE ZONA II No.1 URGENCIAS PEDIATRICAS 1984

| FREC DE CRISIS / | CAMBIO DE ESCUELA | MAL APROV | DIFIC.P/ESTUDIO |
|------------------|-------------------|-----------|-----------------|
| - 3/ AÑO | 0 | 0 | 14.58% |
| 3/ AÑO | 0 | 4.16% | 4.16% |
| 6 /AÑO | 0 | 0 | 6.25% |
| MAS DE 6/AÑO | 4.16% | 2.08% | 4.10% |

FUENTE: Encuesta directa.

La repercusion entre número de crisis y transtornos esclares -
fué baja . Sin embargo observamos que en el renglón de mas de 6 cri-
sis por año ,2 niños cambiaron de escuela , uno tuvo mal aprovechamie-
nto y dos tuvieron dificultades para el estudio. De los niños con me-
nos de 3 crisis al año solo en 7hubo dificultad para el estudio , y
ninguno tuvo mal aprovechamiento ni cambio de escuela por razones acá
demicas.

CUADRO No. 43.

FRECUENCIA DE PRESENTACION DE CRISIS ASMATICAS Y SU RELACION CON --
RETRASO EN EL DESARROLLO MOTRIZ Y MALA SOCIALIZACION.

| FREC. DE LAS CRISIS | RETRASO EN DES.MOTOR - | MALA SOCIALIZACION |
|---------------------|------------------------|--------------------|
| 3 / AÑO | 1 - 2.08% | 3 - 6.25% |
| +3 AÑO | 1 - 2.08% | 1 - 2.08% |
| 6 / AÑO | 0 - 0 | 2 - 4.16% |
| + 6/ AÑO | 1 - 2.08% | 3 - 6.25% |

FUENTE: Encuesta directa.

No se encontró relación en forma importante entre el número en
frecuencia de las crisis y transtornos en el desarrollo motor ó afe--
cción al área de socialización . Solo 3 pacientes con mala socializa-
ción tuvieron mas de 6 crisis de asma en un año , pero en igual número
se encontró para 3 casos que tuvieron menos de 3 crisis al año.

CUADRO No. 44

DURACION DE LOS INGRESOS HOSPITALARIOS (PROMEDIO/DIAS) Y SU RELACION CON TRANSTORNOS ESCOLARES.

HOSPITAL GENERAL DE ZONA II No.1 URGENCIAS PEDIATRICAS , 1984.

| DURACION DE LOS INGRESOS | MAL APROVECHAM. | DIFIC. PARA ESTUDIAR |
|--------------------------|-----------------|----------------------|
| 1 DIA | 0 - 0 | 8 - 16.67% |
| 2 DIAS | 0 - 0 | 1 - 2.08 |
| 3 DIAS | 0 - - | 1 - 2.08 |
| 4 DIAS | 2 - 4.16% | 2 - 4.16 |
| MAS DE 4 DIAS | 0 - 0 | 1 - 2.08 |

FUENTE: Encuesta directa.

Solamente en dos niños asmaticos se presentó un mal provechamiento escolar , y tuvieron el antecedente ambos de 4 días de hospitalización como promedio durante sus crisis asmáticas .

LA dificultad para estudiar fué un fenómeno mas común . Sin embargo no se correlacionó en forma importante éste hecho con mayor promedio de días /hospitalización durante las crisis.

XII .- DISCUSION.

En el área de aspectos generales , observamos que las edades predominantes en los niños estudiados estuvo entre los 6 y 9 años de edad, por lo que la mayoría de las conductas y demás datos en ésta discusión se refiere a niños comprendidos en éstas edades .

De acuerdo a la distribución por grupos de edad y sexo , encontramos predominio del sexo masculino en forma leve con una razón de 1.1:1. Esto es similar a resultados obtenidos en un estudio reciente realizado por el Hospital de Pediatría del DIF en Hermosillo Sonora coincidiendo con otros reportes (2),(6).

El área sub-urbana fué la más frecuente como medio de habitat en nuestra serie estudiada , esto difiere con otros reportes (2) donde se afirma que el asma es una enfermedad de las grandes urbes; sin embargo, creemos conveniente mencionar que las características geográficas , climatológicas y sociales de Mexicalí y su Valle lo hacen predisponente a factores etiológicos de la Enfermedad .

En algunas teorías psicológicas se dice que la edad de los padres juega un papel importante en el desarrollo psicológico del niño . En éste estudio se encontró que la edad predominante (en promedio) fué la adecuada para un buen desarrollo psicológico del niño , al menos desde éste punto de vista.

En el cuadro No. 5 se analizó la escolaridad de los Padres obteniéndose a la primaria como nivel promedio de escolaridad , pero con importante porcentaje de Madres colaboradoras al ingreso familiar . Se ha observado en algunas corrientes sociológicas , que las madres que pasan mayor tiempo con sus hijos tienden a menor calidad en las relaciones psicoafectivas , inversamente los padres que trabajan (quizá coincidiendo con mayor preparación) mejoran sus relaciones de éste tipo. Relacionando lo anterior con el cuadro No. 6 , se puede observar que el 54.61% de las Madres de niños asmáticos son amas de casa , lo que teóricamente , haría decrecer la calidad en la relación afectiva hacia este tipo de niños.

En forma concluyente, el cuadro No. 7 muestra la relación entre las atopias en familiares de línea directa (padres y hermanos) con el desarrollo de asma bronquial. Esto, de acuerdo, con la mayoría de los estudios relativos, en que se ha demostrado plenamente esta asociación.

Según el lugar que el niño ocupa en la familia, encontramos que -- la mayoría de los niños asmáticos fueron primogénitos, sin embargo este dato no tuvo diferencia significativa con el grupo control. ($p = +0.75$).

El 91.66% de los niños asmáticos fueron hijos deseados y solo el --- 4.16% fueron rechazados por alguno de los progenitores, a diferencia de el grupo control en donde se encontró mayor porcentaje de rechazo (10.41%). De esto podemos deducir que la carga emotiva hacía un hijo deseado, así -- como la posibilidad de protección es mayor en el grupo de asmáticos.

En el cuadro No. 11 se analizaron los problemas maternos durante el -- embarazo. Se observó mayor frecuencia de alteraciones en el grupo de as-- máticos con un 22.91% a diferencia de 6.28% en los controles. Las pato--- logías más frecuentemente descritas fueron: Amenaza de aborto, toxemia, Infecciosas, psicológicas. Según algunos autores (19), ésto influye -- de manera importante en el desarrollo psicológico futuro del niño.

Lo relativo al tipo de parto, posible hipoxia neonatal y peso al na-- cer (cuadros 12, 13 y 14), no tuvo diferencias significativas entre ambos -- grupos y cayeron dentro de parámetros de normalidad en los tres casos.

El tipo de alimentación inicial ha sido postulado en algunos reportes -- como ligado intimamente con la respuesta psicológica del niño así como con -- protección inmunológica hacia ciertas patologías. Este estudio reveló que el 79.16% de los niños asmáticos recibieron el seno materno como primera -- alimentación y solo el 68.75% de los sanos estuvieron en la misma situa--- ción, lo que no apoya las teorías anteriores ($p = - 0.20$)., es decir -- no se encontró relación estadística entre la iniciación con lactancia mater-- na y el niño con asma bronquial. La actitud actual hacía la alimentacién -- se vió más alterada en los asmáticos reportándose 31.25% de ellos con apeti-- to escaso mientras que el grupo control estuvo en 20.84%.

Es importante comentar que en lo relativo al sueño se encontró que los -- niños asmáticos tienden a dormir más de 8 hrs en mayor proporción que el --

grupo control lo que sí tuvo significancia estadística ($p= 0.5$), ---- esto ha sido relacionado con el tipo de efectos colaterales que tienen la mayoría de los medicamentos usados en el tratamiento del asma . Las alteraciones en el sueño también se vieron con más frecuencia en el grupo de asmáticos , y encontramos , respecto a ésto, que la mayoría de ---- los padres respondieron con conductas de apoyo ,(protección) .

El cuadro No.17 estuvo en relación con el desarrollo motor del niño , no se encontró ninguna diferencia significativa en el desarrollo psicomotriz de ambos grupos de niños , sin embargo, en la respuesta actual de -- coordinación motora, al niño asmático se le describió con mayor habilidad que al sano encontrándose buena significancia estadística. ($p= - 0.05$).

Ambos grupos estudiados fueron diestros en forma predominante .

Respecto a las actitudes que los padres mostraron hacia las conductas motoras de sus niños encontramos mayor apoyo hacia los asmáticos en un porcentaje de 89.58% diferenciándose con los sanos que estuvieron en 52%.

En el cuadro No. 18 se analizaron los hábitos conductuales . Se pudo observar que el niño asmático presentó más frecuentemente tics, enuresis , cefalea , tendencia a ser más aseado , más ordenado y veraz . Este tipo -- de conductas son conocidas como neuróticas en forma franca , y llevan al -- niño a estados de ansiedad ya que busca ser aceptado por los demás , así como ayuda y protección , que como hemos podido observar en la mayoría de las veces se las otorgan los padres , generalmente en forma inconciente tratando de compensar al niño por la presencia de su Enfermedad.

Analizando el área sexual , observamos que en el 95'84% de los niños asmáticos se encuentran bien identificados con su sexo y agusto con él . - Los casos restante (2) no se tomaron en cuenta por ser menores de 3 años - y no ser valorable aún ésta apreciación. EL grupo de sanos se comportó en forma similar.

La información relativa a cuestiones sexuales , el niño asmático la - recibe en su mayoría por parte de la madre (relación Madre-hijo) mientras que el sano la recibe con más frecuencia de la escuela . Los niños asmáticos tocan e investigan sobre sus genitales en mayor proporción que los sanos .

La comunicación sobre la sexualidad , en el grupo de niños asmáticos se dió en forma más aislada y dándose en general de las madres hacia sus hijos . , el pudor hacia éstos temas también se encontró más exagerado en las familias de asmáticos .

Al preguntarseles , acerca de la innovación en la forma de transmitir la información sexual ;el 77,08% de las familias de asmáticos contestaron en forma positiva y lo mismo hicieron el 87,50% de los controles ; nuevamente encontramos mayor rigidez al cambio en la familia de niños enfermos de asma bronquial.

En el cuadro No. 21 se estudiaron las alteraciones escolares. Se investigó acerca del aprovechamiento escolar , encontrándose bueno en los niños asmáticos en gran porcentaje , sin embargo esto no tuvo significancia estadística en relación con el grupo control. ($p = +$ de 0,80)

La inteligencia de los niños asmáticos se consideró muy superior (según los maestros y padres) en un 27,08% estando en éste mismo criterio solo el 4,16% de los niños controles ,

El tiempo dedicado a estudiar no tuvo diferencias en los dos grupos. Los niños asmáticos mostraron rasgos de dependencia en éste sentido , ya que se encontró que el 37,5% de ellos necesitan compañía para estudiar en tanto que en los controles esto se vió solo en 18% de los casos.

Los problemas en el área escolar desesperan más a la figura materna (por encontrarse en mayor contacto con el niño) y en el grupo de asmáticos observamos mayor porcentaje de apoyo .

EL número de amigos no difirió en los dos grupos , sin embargo si fué significativo el hecho de que los niños asmáticos eligen amigos "buenos" a criterio de los padres en el 91,66% de los casos en tanto que los controles solo lo hicieron en el 75% de los niños . , es decir nuevamente observamos al afán de agradar en busca de recompensa (protección) , de acuerdo a las expectativas de los padres.

EL tiempo que distribuyen para el juego no fue diferente en los dos grupos , sin embargo la preferencia fué manifiesta de los asmáticos hacia

los juegos de salón (pasivos) lo que coincide con reportes de otros ---- autores donde se menciona la tendencia a adoptar ese tipo de actitudes--- hacia el juego , pues el niño teme a excitarse físicamente por la posibilidad de desarrollar el cuadro agudo de asma .

En el cuadro no. 23 se estudió la Ficha de personalidad . La característica esencial reside en la angustia., centro alrededor del cual generalmente gira todo el asma . Esta angustia parece ser de naturaleza es---- tructural , forma parte integrante de la personalidad del niño y existe -- siempre cualquiera que sea la intensidad de la personalidad .Sin embargo, no es evidente en todos los casos y se encuentra muy frecuentemente dis--- frazada o disimulada .Pueden verse así niños asmáticos tímidos reservados - introvertidos , mientras que en otros la ansiedad se manifestará por --- una agitación constante .

Es difícil, pues, el diagnóstico de la diferenciación de los transtor- nos de la personalidad en el niño , ya que éstos van asociados al desarro- llo de la misma , es decir, es una personalidad que se organiza en torno -- a tendencias predominantes de la conducta.

El estudio que aquí analizamos , mostró en el niño asmático caracte-- rísticas , que fácilmente pueden encajar en un patrón de conducta ansiosa- Vimos que como rasgos predominantes en el niño asmático se observó mayor- veracidad , insensibilidad , laboriosidad , egoísmo y mayor capacidad de -- mando , con gran diferencia respecto a lo observado en los controles ,es- to traduce estados de ansiedad , en donde el niño asmático busca acepta-- bilidad siguiendo patrones establecidos en forma rígida .

En un segundo grupo de conductas vimos con menos representatividad - predominio en el niño asmático en áreas de autodominio , humildad , valen- tía , agresividad y jovialidad , es decir , observamos algunos contrastes - en la personalidad de éstos niños , tal como lo apuntamos en párrafos an- teriores.

Para contar con una técnica psicológica que pudiera apoyarnos ---- los datos obetnidos en la ficha de personalidad se usó la prueba del --- dibujo libre , enocntrando como razgos predominantes que el niño sano --- tiene mayor capacidad de integración de la figura humana y de la figura - de la casa .

Ambos contenidos de los dibujos infantiles proyectan una organiza--- ciñn dinámica de la personalidad , no encontramos esto plasmado en los dibujos de niños asmáticos lo que nos demuestra que tiene más dificultad - para la integración de sus reacciones emotivas.

Predominantemente en los dibujos de niños asmáticos se encontró la- presencia de escenas de acción , dandoles a sus dibujos formas de figu-- ras familiares todas ellas con grandes cargas de ansiedad ,

La mayoría de los dibujos de los niños con asma bronquial , mostra-- ron en distintas formas razgos de angustia que nonen de manifiesto sus ca- rencias afectivas , aun cuando en el medio no haya tendencia a proteger -- excesivamente a éstos niños .

En éste tipo de pruebas se ilustró el nexo que existe entre los com-- portamientos somáticos y spicológicos de la enfermedad.

En el cuadro no. 25 se analizó el aspecto socioeconómico de la pobla- ciõqn estudiada . Se encontró una ligera predominancia en los niveles de - alto ingreso en el grupo de asmáticos , lo que en la mayoría de los casos - de esta serie traduce que las carencias económicas no son factor de im-- portancia .

Como alteracion psicosocial , encontramos en el cuadro 26, que el -- grupo de niños asmáticos tuvo con mas fuerza el antecedente de casamien--- tos anteriores en alguno de sus padres , ésto podria traducirse como con- tribuyente de la conflictiva emocional que posee el niño asmático .

En el cuadro No. 27 notamos que la mayoría de los niños asmáticos iniciaron su enfermedad antes de los 4 años y en forma mas importante antes de los 2 años de edad , lo cual va de acuerdo con lo reportado en otras series .

En general el ataque se refirió como progresivo en mayor porcentaje de casos . Esto frecuentemente asociado a la presencia de alguna otra manifestacion inicial o precedente a la crisis .

De acuerdo con la clasificacion propuesta por Cardida, Chavarria y cols analizando los grados de intensidad del asma en el niño y atendiendo al estadio clínico de la enfermedad , nosotros encontramos que la mayoría de nuestros pacientes estuvieron dentro de los dos primeros grados (grados I y II) en las cuales el pronostico es bueno -- para ambos y en el que los periodos sin síntomas son de 3 a 6 meses - la respuesta a los medicamentos utilizados es buena , la actividad física es casi normal , no requieren hospitalizacion y la exploración física se encuentra normal en los periodos asintomáticos . (9).

En los grados III y IV de ésta clasificacion , encontramos a un porcentaje menor de nuestros pacientes .

Treinta y ocho de los niños se encontraban en control con vacunas hipalergizantes al momento del estudio con un porcentaje importante que habia recibido este manejo por mas de dos años , ésto quizá influyendo en la benignidad de la mayoría de los casos estudiados , aunque la utilidad de éstas vacunas en el control a largo plazo del asma ha sido ampliamente controvertido . (14),

La inducción de crisis asmática secundaria al ejercicio , fué referida casi nunca y nunca en un porcentaje alto de esta serie estudiada

La asociacion del asma con factores alérgicos conocidos (demostrados mediante pruebas cutáneas) o no conocidos fué alta en nuestra casuística . Los factores que mas se asociaron fueron la infección de vías respiratorias superiores y los cambios bruscos de clima , ésto relacionado con las condiciones geográficas de nuestro medio .

Los tratamientos referidos como mas frecuentemente utilizados para el manejo son altamente similares a los referidos por la mayoría de los autores; tanto para la crisis asmática como para el manejo a largo plazo . La adrenalina fue el medicamento que se usó en el mayor porcentaje de casos , seguido por la aminofilina , aunque en un porcentaje significativamente menor .

Llama la atención que los antihistámnicos fueron referidos a su uso como "frecuentemente" en 20.83% de los casos ,ésto contradictorio con la mayoría de las opiniones vertidas sobre este tema .

En general , podemos afirmar que la respuesta al manejo establecido fué bueno en la mayoría de los casos , ésto quizás tambien en inticorrelacion con lo ya anotado y referente a el grado menor de intensidad de los casos estudiados. Esta adecuada respuesta también se encuentra reflejada en el control con vacunas hipalergizantes.

El cuadro 38 anotó la relación entre el antecedente de atopias familiares y el inicio mas temprano de la enfermedad , ésto con alta significación .

La frecuencia de las crisis también se vió afectada según la edad de inicio de la enfermedad , así encontramos que el mayor número de crisis en un año se vió en los menores de 2 años de edad .

Debido a que un alto porcentaje de los casos estudiados estuvieron en Grados I y II de la clasificacion referida (con pronosticos buenos ambos) , la asociacion entre la frecuencia de las crisis así como el promedio de re-ingresos al hospital no se encontró fuertemente correlacionada con transtornos escolares , alteraciones en el desarrollo psicomotor , ó con problemas de socialización .

En el cuadro No. 37 , nos ocupamos de los factores psicológicos precipitante de crisis asmáticas , y allí pudimos observar que el análisis de los mismos en forma individual no tuvieron significancia - pero que la suma global de todos éstos factores si alcanzó representatividad .

Los que mas frecuentemente se encontraron como relacionados con el inicio de una crisis asmática fueron el miedo el enojo y las conductas manipulantes , para llamar la atención , para aobtener algo físico y como reacción de celos .

Lo anterior es comprensible , si recordamos las características --- propias de la personalidad de los niños asmáticos , la cual ya fué analizada en páginas anteriores .

XIII.- CONCLUSIONES.

Al finalizar el análisis de éste estudio y de acuerdo con las hipótesis formuladas llegamos a las siguientes conclusiones :

1.- De la Hipótesis número UNO , se descarta la forma de nulidad - apoyándose en consecuencia la forma alterna que dice : " La existencia de factores psicológicos en pacientes con asma bronquial si es significativa " , basándonos en los siguientes hechos :

A).- EN forma global , los niños asmáticos si mostraron rasgos --- distintivos en lo relacionado con las áreas psicoambientales , cuando se les comparó con el grupo control.

B).- De el área de los hábitos de conducta y de la ficha --- de personalidad que el grupo de niños con asma bronquial tuvo patrones de conducta con tendencia neurótica y con gran componente de ansiedad .

C).- La prueba del dibujo libre pudo comprobar lo anterior en una forma más objetiva , toda vez que las áreas psicoambientales de la encuesta fueron interpretadas en forma subjetiva de acuerdo a la información de los padres .

D).- A través de todas las áreas estudiadas , se confirmó que la respuesta emotiva de los padres de los niños asmáticos hacia alguna alteración en la conducta de éstos , siempre fué con tendencia sobreprotectora manifestada por mayor apoyo y cuidado de sus hijos , en relación con el grupo control.

2.- De la hipótesis Número dos, los resultados obtenidos apoyan la forma alterna de la misma que dice ." Los factores psicológicos influ--

yen en la presentación de las crisis asmáticas y en la prevalencia-- de la enfermedad ", de acuerdo con las siguientes anotaciones:

A).- Se encontró en forma global, participación representativa de factores psicológicos como precipitantes de crisis , aunque en forma individual no fueron del todo concluyentes.

B).- Los hallazgos y particularidades encontrados en la conducta y personalidad de los niños asmáticos son de franca tendencia hacia la somatización , por lo tanto influyen en el mantenimiento de la enfermedad .

3.- Desde el punto de vista Médico y de acuerdo con los criterios de Gardida y cols .para valoración de la intensidad clínica de la enfermedad encontramos que la mayoría de los casos aquí estudiados correspondieron a los Grados I y II ó formas leves de la enfermedad .

4.- En éste mismo aspecto (Médico),no encontramos diferencias -- notables al comparar los resultados obtenidos con los reportados por -- la mayoría de los autores consultados.

5.- Correlacionando las áreas Médico y Psicológicas , concluimos-- que si fué significativa la asociacion de factores psicológicos al considerarla por si misma , sin embargo no fué factor decisivo para agravar la enfermedad en la mayoría de los casos , ésto último estrechamente ligado al control Médico y medicamentoso de la Enfermedad así como a la participación del alergólogo en un número importante de niños.

XIV.- SUGERENCIAS .

1.- A través del análisis de éste trabajo pudimos darnos cuenta -- que las diferencias mas notables entre el grupo de niños asmáticos y el grupo control compuesto de niños sanos , estriba en áreas específicas de la conducta y de la personalidad , por lo que se deja abierto el campo a una investigación mas profunda que comprenda las áreas antes -- mencionadas .

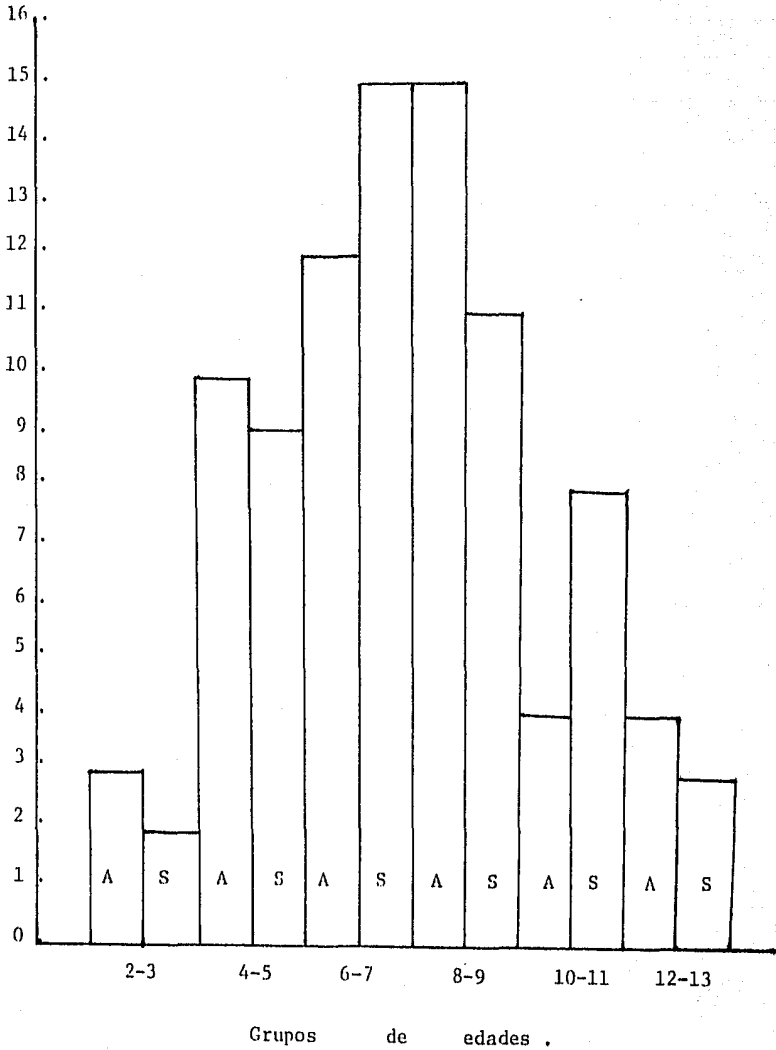
2.- Creemos que dada la importancia que los factores psicológicos -- juegan en un momento dado dentro de los niños que padecen asma bron-- quial , el Médico familiar debe ampliar sus conocimientos para el mejor entendimiento , comprensión y manejo de alteraciones derivadas de las-- conductas del niño .

3.-Hacen falta más trabajos relacionados con el tema y con aumento-- en la casuística , para esclarecer algunos de los puntos de mayor rele-- vancia comprendidos dentro de ésta investigación.

4.- Por último , creemos debe existir más inquietud entre los pro-- fesionales de la salud (Médicos , Enfermeras, Psicólogos etc) por el estudio en forma integral de el ser humano para descubrir aspectos-- psico-sociales y biológicos que en ocasiones no son posible detectarlos-- con el simple abordaje de una enfermedad , atendiendo unicamente sus -- aspectos orgánicos .

XV.- A N E X O S.

DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDADES .

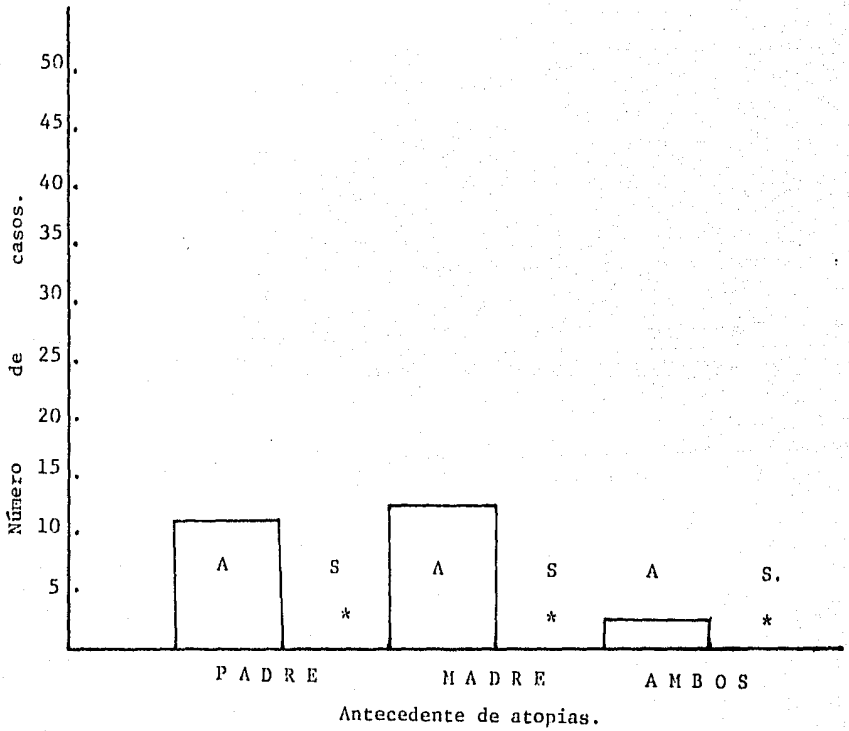


A: Asmáticos .

S: Sanos .

Fuente : Encuestas de 48 niños asmáticos y 48 niños sanos.-

ANTECEDENTE DE ATOPIAS EN LOS PADRES .



A: Asmáticos.

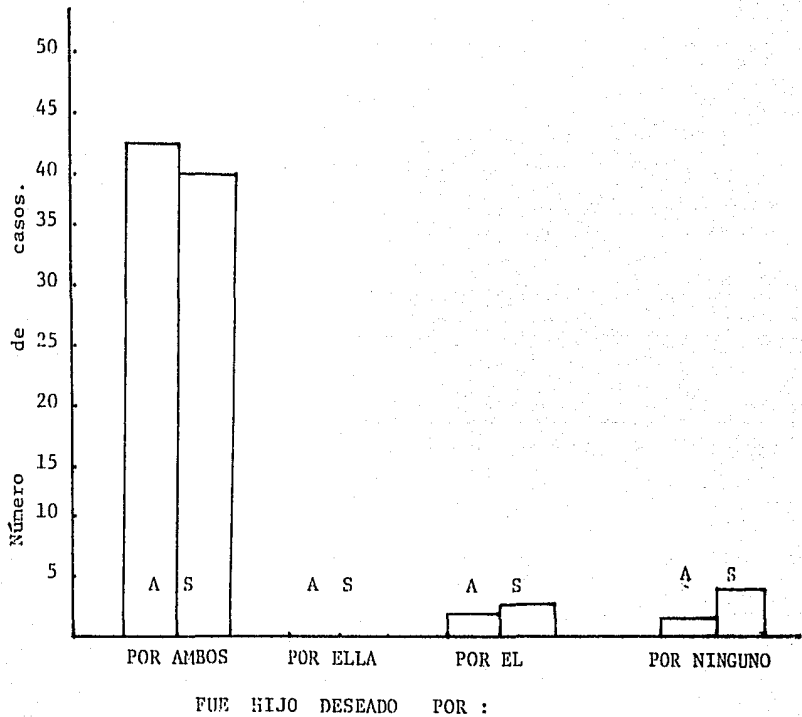
S: Sanos

*: Cero casos .

Fuente : Encuestas de 48 niños asmáticos y 48 niños sanos (gpo. control).

GRAFICA NO. 3

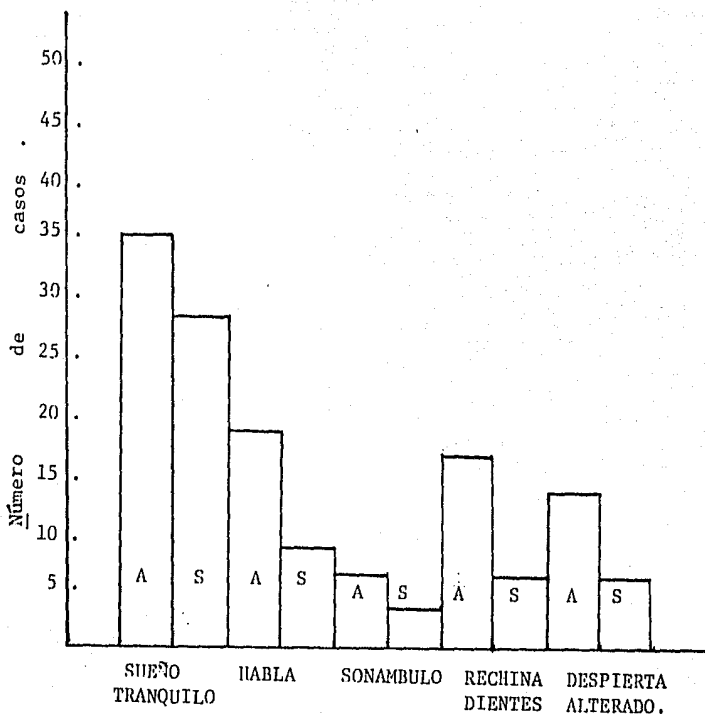
ANTECEDENTE DE SER HIJO DESEADO POR SUS PADRES.



A = Asmáticos .
S = Sanos .

Fuente: Encuestas de 48 niños asmáticos y 48 niños sanos.

CARACTERISTICAS MAS FRECUENTES DEL SUEÑO.



Características del sueño.

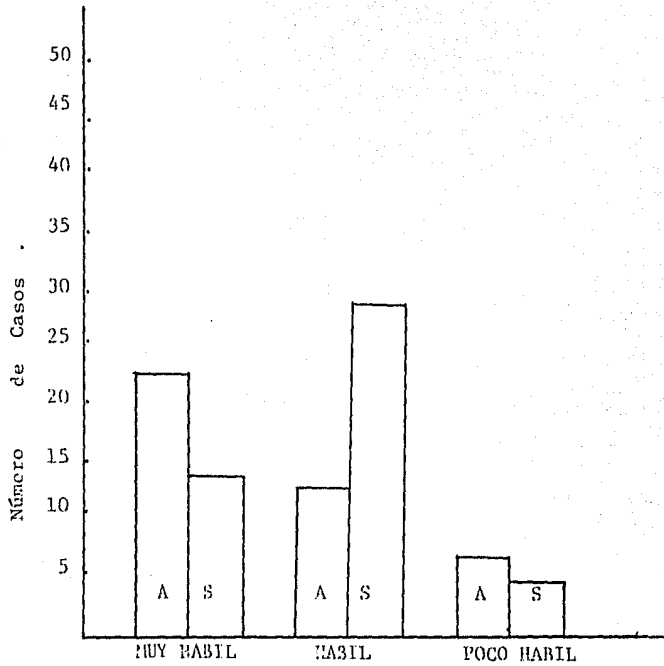
A: Amáticos.

S: Sanos.

Fuente : Encuestas de 48 niños asmáticos y de 48 niños sanos (Gpo. Control)

GRAFICA No. 5

GRADO DE HABILIDAD DE ACUERDO A OPINION DE LOS PADRES.



HABILIDAD MOTORA .

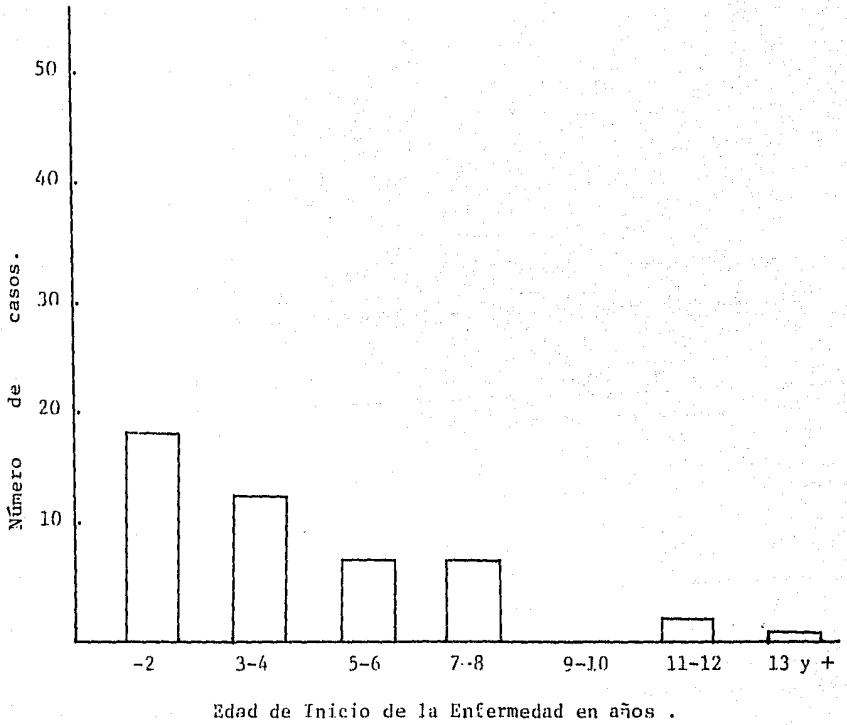
A = ASMATICOS

S = SANOS

Fuente: Encuestas de 40 niños asmáticos y 40 niños sanos .

GRAFICA No. 6

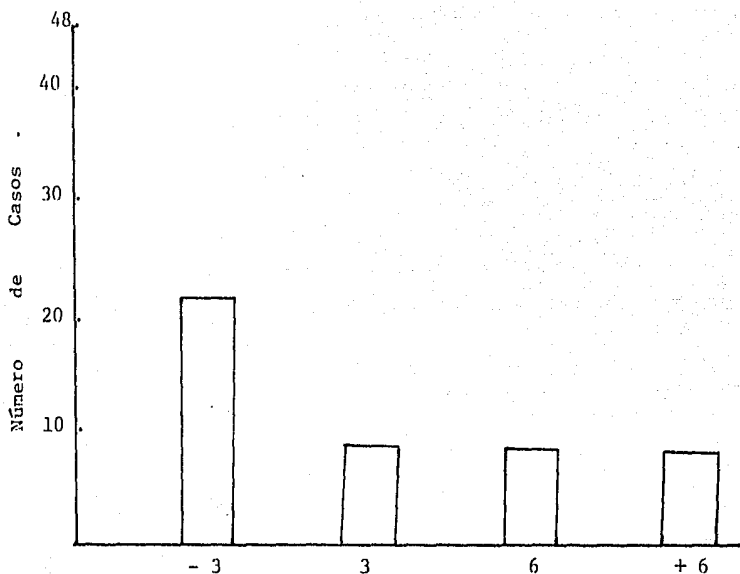
EDAD EN QUE INICIARON LA ENFERMEDAD .



Fuente : Encuestas de 48 niños asmáticos .

GRAFICA NO. 7

FRECUENCIA DE PRESENTACION DE CRISIS ASMATICAS EN PROMEDIO
DURANTE UN AÑO .

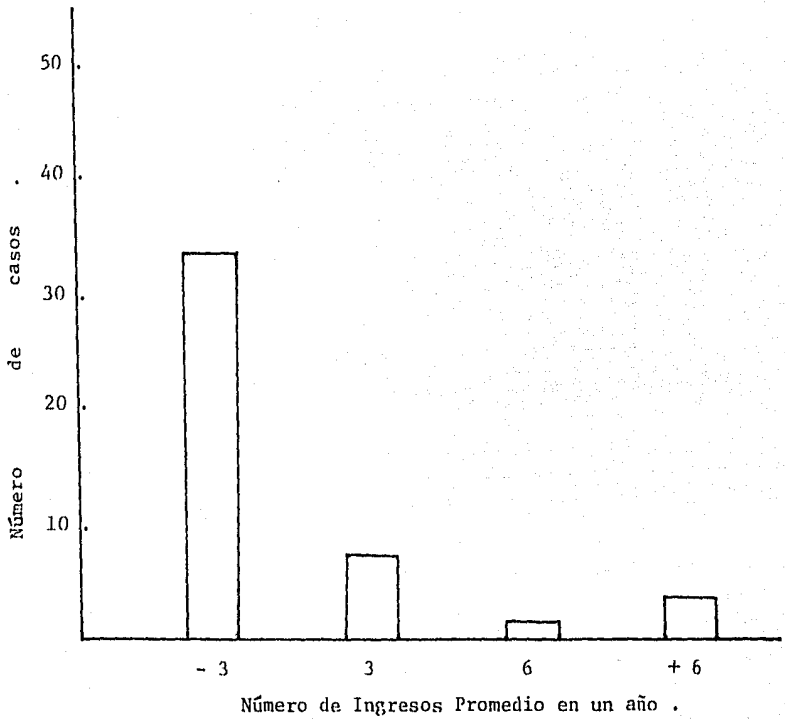


Frecuencia de presentación de las crisis/Año.

Fuente: Encuestas de 48 niños asmáticos .

GRAFICA No. 8

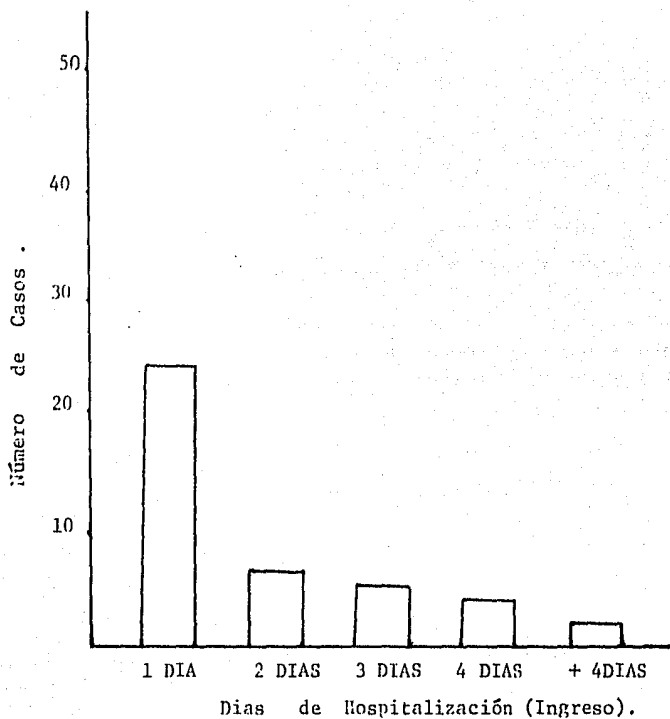
NUMERO EN PROMEDIO DE INGRESOS POR CRISIS ASMATICAS EN UN AÑO.



Fuente : Encuestas de 43 niños asmáticos.

GRAFICA No. 9

PROMEDIO DE DIAS/ HOSPITALIZACION POR CRISIS ASMATICAS.



Fuente : Encuestas de 48 niños asmáticos .

XVI.- BIBLIOGRAFIA .

- 1.- Harrison Y Cols .Medicina Interna ,México .Ed .Prensa Médica Mexicana ,1979, 1600-1606 .
- 2.- Torroella J.M. y Cols . Pediatría México ,Ed. Méndez Oteo ,1980 , -- 315-321.
- 3.- Gregory, K.: Childhood Asthma .Psychosomatic Diseases ,1983;24:959 - 967.
- 4.- Quezada, A.: Asma Bronquial :Avances y perspectivas ,1983, 40:548 - 551.
- 5.- Hoekelman ,R.: Principios de Pediatría,México.Ed. Mc'Graw-Hill , --- 1982,1517-1524.
- 6.- Gimeno,J.: Asma Bronquial,Experiencia Clínica en el Hospital del --- niño del Noroeste, 1983 ; 40: 27-31.
- 7.- Freitag,M.D.: Manual Of Medical Therapeutics ,23d. Ed.,1980;159-163.
- 8.- Spivak ,J.: Manual Of Clinical Problems in Internal Medicine ,2d.Ed.,- 1978;30-31.
- 9.- Gardia ,A.: Manejo del niño asmático en las instituciones de salud, -- 1982; 39: 581-584.
- 10.- Hans,S.: A Psychosomatic aproach to childhood asthma,Journal of asthma, 1982;19: 111-121.
- 11.- Sadder ,J.: Childhood asthma from the point of view of the liaison --- child Psychiatric,Psychiat.Clinics of North America, 1982; 19 : ---- 336-340.
- 12.- Jessner,L.: Emotional impact of nearness for the asmatic child and ---- his mother.Psychoanalytic study child, 1975;10: 353-374.
- 13.- Luparello ,T.: The interaction of psychologig stimuli and farmacolo- gic agents on airways reacting in asiatic subject ,Psychosomatic -- Med.,1970; 5: 500-507.

- 14.- Jones ,R.: Asma Infantil,México , Ed. Salvat,1978;155-159.
- 15.- Kim,P.: Temperament of asthmatic Children .Behavioral pediatrics, 1980; 97: 483-486.
- 16.- Leffert,F.: The management of chronic asthma .The journal of Pediatrics ,1980: 97:875- 885.
- 17.- Orr,D.: Psychosocial implications of chronic illness ,the journal of Pediatrics.1984 ; 104 : 152-156.
- 18.- Joffe, J.:Prenatal determinants of Behavior,London ,Ed.perzamon 1969.
- 19.- Illingworth, R.: El niño normal .México, Ed ,El manual moderno,1982.
- 20.-Kravitz,H.: Rhythmic habit patterns in infancy:their sequence ,age and - frecuencia child development ,1971;42.
- 21.- Fransella, F.:Stuttering(tartamudeo).Some facts and treatment.British-Medical journal,16; 1976.
- 22.- Anderson, A.: Técnicas proyectivas del Dx. Psicológico .Ed.Rialp, -- 1951.
- 23.- Corman,L.: El test del dibujo de la familia ,México.Ed.Capeluz,1967.
- 24.- Aberastury,A.: El juego de construir casas .Ed, Paidos, 1972.
- 25.- Chateu,J.: Psicología de los juegos infantiles.Ed. kapeluz,1968.
- 26.- Ackerman ,P.: Señales, México .Ed. Pomaire ,1978.
- 27.- Dayhr, J.: El arte de las artes.Educación un niño,Ed.studium, 1966.
- 28.- Boucaud,M .: Psicología del Niño asmático ,1983;9: 1-4.
- 29.-Clarizio,H.: Trastornos de la conducta en el niño,Ed. El manual moderno ,1981 .