



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

**RELACIÓN ENTRE SEVERIDAD DEL ASMA Y
COMPORTAMIENTO INTERNALIZANTE Y
EXTERNALIZANTE EN NIÑOS Y ADOLESCENTES
ASMÁTICOS**

TESIS

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN:

**PSIQUIATRÍA INFANTIL Y DE LA
ADOLESCENCIA**

PRESENTA

JUAN FRANCISCO REYES CALDERÓN



MÉXICO, D. F.

2004



Universidad Nacional
Autónoma de México




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 esta 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.



DRA. DIANA MOLINA VALDESPINO.
Tutora teórica de tesis



DRA. LILIA ALBORES GALLO.
Tutora teórica de tesis



DRA. CARMEN LARA MUÑOZ.
Tutora metodológica de tesis

AGRADECIMIENTOS

**A las doctoras Carmen Lara y Diana Molina.
En especial a la Dra. Lilia Albores.**

Por todo su apoyo.

**A la doctora Montserrat Pérez Mejía
Jefe del Servicio de Salud Mental del Instituto Nacional de Pediatría**

Por su apoyo y conocimiento.

**A los Paidopsiquiatras que fueron mis maestros en el Hospital Psiquiátrico Infantil
"Dr. Juan N Navarro" y a los profesores del curso de Psiquiatría Infantil y de la
Adolescencia de la U.N.A.M**

Muchas gracias.

Antecedentes. El asma es una de las enfermedades más comunes en niños. Su prevalencia es del 6% en Los Estados Unidos. Los mecanismos etiopatogénicos vinculados con la presencia de psicopatología en asma bronquial son diversos e incluyen aspectos psicodinámicos, psicosociales, influencia en calidad de vida y mecanismos fisiológicos asociados a hiperactividad parasimpática.

Objetivo. Comparar la psicopatología en niños y adolescentes con asma bronquial en relación con un grupo control sano.

Metodología. Se diseñó un estudio observacional, comparativo, prospectivo, transversal, de tipo clínico. La población en estudio quedó conformada por 60 niños y adolescentes de ambos sexos, de los cuales 30 fueron pacientes pediátricos, de la consulta externa del Servicio de Alergología del Instituto Nacional de Pediatría, con diagnóstico médico de asma, comparados con un grupo de 30 escolares sanos tomados de la población general.

El principal instrumento de tamizaje fue el Child Behavior Checklist (CBC/6-18 cuestionario para padres). La severidad del asma se estableció por un especialista en asma pediátrico siguiendo los lineamientos GINAS, (1997) para la clasificación del asma en: 1 = leve intermitente, 2 = leve persistente, 3 moderado persistente, 4 severo persistente.

Para el análisis de datos se utilizó estadística descriptiva para las variables clínicas y demográficas y para el análisis comparativo se utilizó prueba *t de student* para dos muestras independientes. El nivel de significancia fue $p < .05$

Resultados. La edad promedio del grupo asmáticos fue de 9.6 años y para el grupo control fue de 9.4 años, en el grupo asmático participaron 17 varones y 13 mujeres, y para el grupo control participaron 15 varones y 15 mujeres. En relación con el grupo asmático, el 20% (n = 6) reunió criterios para asma leve intermitente, 20 % (n = 6), para asma leve persistente, 50% (n = 15) para asma moderado persistente y 10% (n = 3) para asma grave persistente. La edad promedio de inicio de la enfermedad fue de 4.9 años, el promedio de crisis por año fue de 4.7, el promedio de hospitalizaciones en un año fue de .86 y de visitas a urgencias fue 2.5, el 100% (N = 30) presentó factores precipitantes de crisis asmáticas, siendo los principales factores el polvo con 90% (n = 27), seguido de infecciones respiratorias con un 83% (n = 25), el frío con un 80% (n = 24) y la humedad con un 80% (n = 24); el promedio de meses de tratamiento fue de 17.3 meses y el promedio de uso de medicamentos fue de 2.9 semanas. El 100% (n = 30) se encontraba con tratamiento y los medicamentos más utilizados fueron los

beta 2 agonistas con un 90% (n = 27), los corticoides tópicos con un 70% (n = 21), al 90% (n = 27) se le estaban aplicando vacunas en el servicio de alergología.

En las subescalas del CBCL orientadas al DSM IV, de ansiedad y quejas somáticas tuvieron un nivel de significancia de $p < .05$, y un *t score* clinicamente significativo > 60 . Las variables del asma, así como el resto de las subescalas del CBCL no fueron significativas.

Conclusiones. Los niños con asma bronquial tiene más frecuencia de problemas de ansiedad y quejas somáticas que el grupo control sano, lo que coincide con los hallazgos reportados en estudios internacionales que sugieren mayores síntomas internalizados en niños asmáticos. Este estudio da soporte adicional al modelo psicológico de funcionamiento en niños asmáticos. Enfatiza la importancia de aliviar y prevenir los síntomas psicológicos para mejores resultados en su tratamiento.

ÍNDICE

INTRODUCCION	1
OBJETIVOS	14
HIPOTESIS (Hi)	14
MATERIAL Y METODO	14
• Muestra	14
• Criterios de inclusión, exclusión y eliminación Grupo asmático.	15
• Criterios de inclusión, exclusión y eliminación Grupo control.	15
• Instrumento	16
• Procedimiento	21
• Análisis de datos	22

RESULTADOS	
• Frecuencia por edad	23
• Frecuencia por género	24
• Variables relacionadas con el asma	25
• Subescalas del CBCL y grupos estadísticos	26
• Escalas CBCL orientadas al DSM IV	27
DISCUSION	29
CONCLUSIONES	33
BIBLIOGRAFIA	34

INTRODUCCION.

La consulta pediátrica de psiquiatría de enlace opera en numerosas dimensiones y campos. Las dimensiones de actividad de consulta se extiende de un caso individual basado en un paciente dado acerca de una pregunta en particular, para enlazar con otro cuidador, o para la participación de actividades administrativas. El cliente identificado puede ser el niño, el padre o un cuidador.

La disciplina del trabajo de consulta de enlace se originó en marcos médicos, y está en el trabajo con niños crónicamente enfermos, en el que las preguntas básicas estructuradas en este campo son: ¿Cuál es el impacto de la adversidad (por ejemplo, de una enfermedad) sobre el desarrollo de un niño? ¿Que factores reducen o aumentan el estrés del niño? ¿Cuál es la calidad de vida a ser definida en la infancia? ¿Qué hacen las consultas psiquiátricas por los niños enfermos? La enfermedad crónica en niños conlleva riesgos psicosociales (1) (American Academy of Pediatrics, 1993; Bird et al., 1989; Canning, 1994; Pless et al., 1993), e influye en los patrones de referencia hacia los pediatras y de los pediatras hacia los psiquiatras de niños (Blancquaert et al., 1992).

Los problemas emocionales y del comportamiento afectan del 18% al 20% de los niños en la practica profesional de cuidados primarios pediátricos (Bird et al., 1988; Cohen y Brook, 1987; Costello et al.,1988; Kashani et al., 1988), y los porcentajes de trastornos emocionales y del comportamiento tienden a estar por arriba del 20% en los niños con enfermedad crónica (Eiser, 1990; Gortmaker et al., 1990; Lavigne y Faier-Routman , 1992 Offord et al., 1987). La investigación basada en la población, muestra que los niños con enfermedad crónica han incrementado la probabilidad de trastorno psiquiátrico, especialmente si tienen discapacidades físicas (Breslau, 1985; Fleming y Offord, 1990: Offord et al. , 1989. En un estudio epidemiológico de 11,699 niños de entre 4 y 17 años de edad,

(Gortmaker et al.,1990) encontraron que la probabilidad de tener problemas era mas alta si el niño era más pequeño, de sexo masculino y tenia un solo padre y bajo ingreso familiar. Las teorías recientes explicando la aflicción selectiva en los varones incluyen a la teoría inmunoreactiva (Akerman et al, 1988) y las teorías genéticas (Thapare y McGuffin, 1996). A pesar de estos hallazgos epidemiológicos que sugieren mayor riesgo global, los niños crónicamente enfermos entrevistados por auto reporte a menudo reconocen pocos, o un número similar de síntomas depresivos comparados con los controles sanos o normales disponibles (Kaplan et al., 1987; Worchel et al., 1988). Algunos autores sugieren que esto refleja el enfrentamiento efectivo al usar la negación como una estrategia efectiva para minimizar la angustia. Otros sugieren que las diferencias importantes en el estilo adaptativo individual pueden directa o indirectamente influir, tanto en forma positiva o negativa en el resultado psicológico y médico asociado a la enfermedad (Canning et al., 1992). Los factores adicionales complican la evaluación y la identificación de los síntomas emocionales y de comportamiento en los niños crónicamente enfermos incluyendo los reportes conflictivos o discrepantes del niño, padre y pediatra (Canning et al., 1992) y el pobre desempeño de los instrumentos pediátricos comúnmente usados en el niño y las medidas de investigación en niños y adolescentes con condiciones medicas crónicas (Canning y Kelleher, 1994; Harris et al. , 1996)

Los factores sociales pueden disminuir o aumentar la angustia del niño. Si un niño tiene una enfermedad crónica, su ajuste psicosocial será afectado por la percepción del padre de la severidad de la enfermedad, el control de los padres (por ejemplo, en la diabetes), daños visibles (por ejemplo, en la enfermedad renal en etapa terminal), o la frecuencia del dolor (por ejemplo, en el rendimiento escolar en niños con enfermedad de células falsiformes) (Perrin et al., 1992). Los estudios que comparan a los niños con diferentes grupos de enfermedades (por ejemplo; Breslau, 1985) encuentran que si el trastorno involucra a la función

cerebral el niño es más propenso a tener persistentes y severos problemas emocionales y de comportamiento. La edad del niño es también un factor: niños más pequeños son más afectados en las tareas y logros escolares, mientras que los niños de más edad experimentan más dificultades en el ajuste social.

Finalmente, ¿qué hace la consulta psiquiátrica? Los servicios de consulta de enlace han sido un área donde la capacitación de los psicólogos y los psiquiatras puede enlazarse sinérgicamente (Olson et al., 1988), aunque esto varía de un marco de práctica a otro.

La literatura es amplia para aquellas enfermedades que ocurren con frecuencia y que tienen interacción prominente con factores psicológicos y psicosociales: asma, diabetes y cáncer. Un número de estudios aplica investigación paralela a más de un trastorno (por ejemplo; Drotar, 1994). La última década ha visto también un aumento de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (HIV), en niños y adolescentes y la nueva disponibilidad de intervenciones de alta tecnología tales como trasplante de órganos, que generan nuevos retos para los psiquiatras de consulta de enlace.

Los niños y adolescentes con condiciones crónicas enfrentan un conjunto impresionante de retos estresantes incluyendo angustia acerca de su condición médica, burlas de sus compañeros, restricciones en actividades, procedimientos médicos difíciles y dolorosos y regímenes de tratamiento crónicos o demandantes. En este contexto, el apoyo de los amigos cercanos puede ayudar a reducir o amortiguar las reacciones de estrés y facilitar la adaptación de los jovencitos. En estudios longitudinales del impacto de la enfermedad crónica del niño en los padres, como la adaptación de los padres al niño con enfermedad reumática, incorpora el contexto emocional a la relación del niño dentro del entendimiento de como los padres y el niño se enfrentan con la enfermedad. Ellos nos enseñan que la relación del padre que le cuida afecta el curso de la enfermedad, porque puede

sufrir de significativo estrés psicológico asociado a deterioro funcional crónico del niño o a recursos económicos limitados.

El asma es actualmente la enfermedad crónica más común en niños y afecta a más del 6% de los niños en los Estados Unidos. La prevalencia de asma en pediatría se ha incrementado dramáticamente en las últimas dos décadas. En niños de 5 a 14 años, el asma se incrementó 74% entre 1980 y 1994. En niños de hasta 4 años, la prevalencia de asma se ha incrementado aproximadamente 160% en el mismo periodo de tiempo. El incremento en la prevalencia de asma se ha asociado con el uso de considerables cuidados de salud y morbilidad funcional. Por ejemplo, el porcentaje de visitas del servicio de urgencias por asma se incrementó aproximadamente 17% entre 1992 y 1995. Además, el asma da cuenta de 10 millones de ausencias escolares por año. En suma, el asma ha llegado a ser un problema clínico común en pediatría, con un potencial de morbilidad significativa.

Existe también una relación entre factores de enfermedad, variables psicosociales, y morbilidad funcional (por ejemplo, un gran número de faltas escolares al día). Hay evidencia de que los factores psicosociales, tales como pobre ajuste en el niño puede ser predictivo de morbilidad funcional. Un estudio reciente a gran escala de niños con asma encontró que la existencia de problemas de comportamiento clínicamente significativos estuvieron asociados con pobre situación funcional de salud (por ejemplo, días de hospitalización o sibilancias). No está claro, sin embargo, si el asma - *per se* - está relacionado con una gran incidencia de problemas de comportamiento en los niños.

Los ajustes emocionales y del comportamiento en niños con asma han sido un foco de investigación, usando varios modelos durante el pasado medio siglo. Las primeras impresiones de los factores psicosociales específicos del asma pediátrico enfatizan dificultades en el proceso de separación - individuación de los padres y ansiedad asociada u otros síntomas emocionales como depresión o distimia

(Kashani et al., 1988; Mrazek et al., 1990). Estas primeras teorías especulan que la "sibilancia" del asma puede ser, en parte, una expresión de estas dificultades psicológicas fundamentales. En las últimas décadas, el incremento del entendimiento de la patofisiología del asma ha disminuido el soporte para este punto de vista.

Desde que la depresión unipolar y bipolar y ciertas formas de trastornos de ansiedad tienen un componente genético, (Gershon et al., 1989; Uhde y Nemiah, 1989), se ha propuesto que pueda existir un lazo genético entre ansiedad o depresión y dificultad para controlar el asma. Existen varias posibilidades. El asma severo y los trastornos de ansiedad y depresión pueden cosegregarse, haciendo al asma severo genotípicamente distinguible del asma leve y moderado. (Marianne Z et al., 1996), siendo el asma más severo en los niños con depresión (Mrazek, 1985), además la ansiedad incrementa los factores de riesgo para morbilidad y mortalidad (Fritz et al., 1987; Miller, 1987; Miller y Wood, 1994; Strunk et al. , 1985). Los niveles plasmáticos elevados de Ig. E pueden jugar un papel en el empeoramiento de la manifestación de la enfermedad (Burrows et al., 1989; Mzrasek et al., 1990). Algunos estudios han demostrado una relación entre pobre percepción de síntomas, o negación de los síntomas de asma, y riesgo de mortalidad. En un análisis retrospectivo de niños que murieron de asma comparado con niños que no murieron, Strunk y colegas (1985) demostraron que una indiferencia global de los síntomas de asma fue una de las variables que diferenció a los dos grupos. Similarmente, Zach y Karner (1989) encontraron que la pobre percepción del compromiso de la función pulmonar diferenció a los niños que murieron de asma de los que no murieron. Estos hallazgos sugieren que muy pobre precisión en la percepción y/o negación de los síntomas de asma pueden ser factores de riesgo para mortalidad. La precisión perceptual en el asma pediátrico puede estar afectada por factores fisiológicos (por ejemplo. , severidad de la enfermedad), psicológicos (por ejemplo. , estilo defensivo-represor), cognitivo

(por ejemplo, inteligencia), y factores de los padres y el niño (por ejemplo, modelado de los padres). Dada la dependencia del niño a su, o sus padres es razonable esperar la influencia de los padres en la percepción de los síntomas. Padres que se centran inusualmente en los síntomas, o por el contrario, ignoran y niegan los síntomas en un alto grado, pueden modelar un abordaje que no es útil para los esfuerzos del niño por tener un juicio subjetivo correspondiente a una realidad objetiva. La falta de precisión perceptual puede estar negativamente relacionada a la morbilidad funcional. Dicho en otras palabras, niños que son más precisos para percibir los síntomas de asma faltan menos a la escuela, tienen menos visitas a los servicios de urgencias. Con respecto a las variables psicológicas, es de esperarse que la ansiedad, la depresión, los problemas de conducta, así como el estilo represivo-defensivo deben estar inversamente relacionados con la percepción de síntomas, y los niños cuyos padres reportan muchos síntomas (tendiendo hacia la hipocondriasis), o aquellos que reportan pocos síntomas (tendiendo al estoicismo), deben ser menos perceptivos que los padres que reportan niveles moderados de síntomas físico.

Investigaciones más recientes de la relación entre el asma y dificultades de ajuste han enfatizado más factores contextuales, tales como estrés y manejo médico, que puede resultar en dificultades en el ajuste.

Hace aproximadamente 30 años, los investigadores comenzaron a intentar evaluar sistemáticamente los problemas de comportamiento o trastornos psiquiátricos en la población asmática pediátrica (ver estudios de Graham, Rutter, Yule y Pless, 1967). Estos estudios indicaron que el incremento en los niveles de problemas de comportamiento en niños con asma solo tuvo un pequeño incremento en relación a los niños sin asma (McNichols Kn, Williams HE, Mc Andrew I, 1992). Investigaciones en las dos últimas décadas han, sin embargo, reportado incrementados niveles de problemas de comportamiento entre niños con asma

comparados con otros niños controles (Hamlett KW, Pellegrini DS, Katz KS, MacLean WJ Perrin JM, Gortmaker S, Perre CB, 1992). Consistente con las primeras impresiones clínicas, hay alguna evidencia de que las dificultades en el comportamiento pueden ser expresadas primariamente en el ámbito internalizado (Wamboldt MZ et al., 1998). En otras palabras, los niños con asma son más propensos a exhibir síntomas de ansiedad y depresión (internalizados) que síntomas de oposicionismo o hiperactividad (externalizados). Los profesionales de la salud pueden pasar por alto diagnósticos internalizados porque los niños con estos perfiles causan menos dificultades en casa, escuela o aun en el consultorio médico. Las creencias y miedos, sentimientos de ansiedad y vergüenza de los adolescentes (por ejemplo, ataques de asma enfrente de los amigos) no son con frecuencia reconocidos en la consulta medica, no lográndose la comunicación ni la negociación para mejorar el control del asma, terminando en planes hechos unilateralmente por el doctor (Couriel J, 2003). Los adolescentes con frecuencia reportan sentimientos de soledad, una percepción social negativa y síntomas psicósomáticos, lo que sugiere que estos representan un grupo vulnerable entre los escolares (Forero R. et al. , 1996)

Como los métodos de investigación han llegado a ser cada vez más sofisticados, la complejidad de la relación entre enfermedad y ajuste del comportamiento es más evidente. Por ejemplo, hay alguna evidencia de que los hallazgos considerando las dificultades del comportamiento en el asma pueden variar en función del informante (por ejemplo, , padres versus clínicos) (Klinnert MD, Mc Quaid EL, McCormick D, Adinoff AD, Bryant NE, 2000). Los padres (generalmente la madre) reportan dificultades en el niño que sugieren mayores niveles de psicopatología en niños con asma, dicha psicopatología es encontrada sin un observador externo o auto reporte del niño. Lewis y Khaw (1982), determinaron que los niños con asma tuvieron mayores problemas de comportamiento en el reporte de los padres en relación con los controles sanos (24).

En estudios de investigación de adaptación psicológica en niños con asma, hay una indicación de que la severidad de la enfermedad puede jugar un papel en el ajuste del comportamiento. Intuitivamente, uno puede esperar que los niños con asma más severo tengan un mayor número de enfermedades relacionadas con estresores, las cuales, en su momento, resultan en dificultades en el ajuste. Varias de las grandes revisiones epidemiológicas que no reportaron incremento global de problemas de comportamiento en niños con asma, encontró incrementados problemas en los niños más severamente afectados (Bussing et al., 1995; Graham et al., 1967; McNichol et al., 1973). En la Entrevista Nacional de Salud Infantil de 1988, (Bussing et al., 1995), el asma de los niños fue calificado como severo si los padres reportaron que la condición perturbaba al niño y fue relacionada con limitaciones en la actividad. Los niños con asma severo tuvieron mayores niveles de problemas en el comportamiento en el reporte de los padres que los niños no enfermos. Varios grupos observaron niveles de psicopatología en niños hospitalizados por dificultad para control es asma y encontraron mayores niveles de trastornos psicológicos (Mrazek et al., 1987; Wamboldt et al., 1996). Panides y Ziller (1981) encontraron que los niños con asma que requirieron tratamiento con esteroides tuvieron mayores problemas con la autoestima que aquellos con asma moderado, sin embargo los resultados de otros estudios más recientes que evaluaron los efectos psicológicos colaterales de la teofilina y/o beclometazona han sido inconsistentes o no han encontrado efectos colaterales psicológicos (5). MacLean y colegas (1992) encontraron que las evaluaciones de los padres de problemas del comportamiento estuvieron correlacionadas con la severidad del asma.

También es posible, sin embargo, que los niños se enfrenten con el asma "más o menos bien" porque su personalidad y temperamento les provee una oportunidad positiva para su crecimiento personal. Los hallazgos empíricos a través de los

estudios han sido inconsistentes, considerando la relación entre severidad del asma y ajuste del comportamiento. En algunas investigaciones, se ha encontrado que los niños con asma más severo tienen mayores dificultades en el comportamiento (Wamboldt MZ et al., 1998; Klinnert et al., 2000). Otros estudios han encontrado un efecto curvilíneo entre severidad del asma y problemas de conducta. Niños con asma severo y moderadamente severo tuvieron mayores reportes de problemas que los niños con síntomas moderados de asma (MacLean WEJ et al., 1992). Otros estudios fracasaron para encontrar alguna relación entre la severidad del asma y ajuste del niño Kasahani JH et al. , 1988; Bender B et al. , 2000).

Un substancial número de estudios han reportado específicamente síntomas internalizantes, llámese ansiedad y depresión. Estos estudios están sustentados en las medidas de auto reporte del niño. Sólo un estudio incluyó el reporte del padre y del niño. Como un resultado, el tamaño del efecto no fue analizado separadamente por informante en el siguiente análisis.

Siete estudios midieron reportes de síntomas de ansiedad. Globalmente, los reportes de síntomas de ansiedad no se encontraron significativamente elevados para los niños con asma ($d_{mn} = .15$, 95% CI = $-.24 - .55$). Seis estudios usaron reportes de síntomas específicos de depresión. Los reportes de síntomas de depresión tampoco se encontraron significativamente elevados para niños con asma ($d_{mn} = .33$, 95% CI = $-.35 - 1.01$). (30)

¿Qué relación hay entre el asma y los problemas de conducta? ¿Porque los problemas de conducta se incrementan con la severidad de la enfermedad? Actualmente las investigaciones que exploran la relación entre asma y comportamiento indican que las respuestas a estas preguntas son bastante complejas, reflejando las determinantes multifactoriales del asma y la conducta. Aunque es necesaria investigación adicional para clarificar estas asociaciones, se han destacado algunas hipótesis para futuros trabajos:

Es posible que las dificultades en el manejo de estresores relacionados con el asma lleven a dificultades en el ajuste del comportamiento. Estresores potenciales para niños con asma incluyen la necesidad de evitar que el asma se dispare y la necesidad de adherencia al régimen diario de tratamiento, así como enfrentarse a las exacerbaciones episódicas que pueden conducir a hospitalización y/o ausencia escolar. La ocurrencia de estos estresores puede incrementarse con la severidad del asma (por ejemplo., niños con asma más severo necesitan más medicación para un adecuado control) e interfiere con el desarrollo normal de tareas cotidianas. Resultando en resentimiento hacia la enfermedad y/o conflictos familiares que pueden manifestarse por sí mismos en incremento de los problemas de conducta.

Segundo, es posible que los mecanismos fisiológicos fundamentales del asma ejerzan sus efectos en el campo físico y de comportamiento. Por ejemplo, Miller y Wood (1997), han postulado que los síntomas depresivos (por ejemplo., desesperanza, tristeza extrema), pueden colocar a los adolescentes con asma en riesgo debido a la actividad parasimpática incrementada que lleva a la broncoconstricción. Además los síntomas depresivos pueden influir en los procesos inmunológicos que aumentarán los mecanismos inflamatorios en el asma. Esta es una área rica para futuras investigaciones.

Tercero, reflejando la complejidad de la relación enfermedad-comportamiento, es posible que la relación entre asma y conducta es bidireccional y aun circular. Recientes investigaciones no publicadas por Klinner y colegas sugieren que, niños que están en riesgo de desarrollar asma, tienen una historia temprana de dificultad en la crianza y elevados productos inmunes relacionados con el asma, lo que incrementa el riesgo para asma a los 3 años y a los 6 y 8 años. Como fue observado por los autores, estos hallazgos incrementan la posibilidad interesante de que las dificultades tempranas en la crianza influyen en la función inmune del

niño incrementando el riesgo para asma.

Finalmente, factores tales como la pobreza, el estrés familiar, y el medio ambiente en general, se sabe que ejercen alguna influencia sobre la prevalencia del asma, morbilidad funcional, y conducta de ajuste (French TM et al. , 1941). Otros factores de riesgo que pueden dar cuenta de la severidad del asma y ajuste del comportamiento pueden ser todavía identificados. La información demográfica limitada incluida en los estudios de revisión, prohibió el análisis directo de estas asociaciones, tales como la relación entre severidad del asma y ajuste del comportamiento en el niño cuando el nivel socioeconómico está controlado. Adicionalmente, muchos niños con asma no tienen un grado significativo de trastorno afectivo o de conducta, lo cual sugiere la presencia de algunas variables clave (por ejemplo, , soporte familiar, resiliencia individual) que pueden moderar la conducta. Para que futuras investigaciones puedan ser efectivas, será importante para los investigadores aclarar y estudiar ciertas variables específicas como la raza, etnicidad, nivel socioeconómico, y severidad del asma. Adicionalmente, juntando las perspectivas múltiples del ajuste del niño (por ejemplo, de los padres, niños, clínicos, y maestros) y evaluando el ajuste del niño a través del tiempo proveerá las bases para una investigación más basta en relación a estas preguntas.

Como ya se mencionó, una minoría significativa de niños con condiciones medicas crónicas tienen problemas de comportamiento y/o emocionales (Lavigne y Faier-Routman, 1992), sin embargo, los esfuerzos para entender las necesidades de salud mental de estos niños han sido obstaculizados por las limitaciones de la metodología disponible. Una variedad de instrumentos han sido usados para evaluar un rango de estructuras generales (por ejemplo, ajuste, psicopatología o deterioro). Se conoce poco acerca de los criterios de validez de estas medidas cuando son usadas en estudios de niños médicamente enfermos.

La diversidad de las medidas refleja en parte, las diferencias filosóficas que existen en el campo acerca de si el ajuste, psicopatología, o deterioro es la estructura mas importante o relevante a medir en niños con condiciones medicas crónicas. En este contexto la medición del ajuste considera el rango completo de comportamiento de un niño comparado con el de otros niños de desarrollo similar, así, el pobre ajuste podría incluir estrés, conductas infantiles, así como aquellos comportamientos que están totalmente fuera del alcance para un niño. La psicopatología infantil, por otra parte, incluye solamente aquellos síntomas y comportamientos que van de acuerdo con las demandas de atención de los profesionales de la salud mental. Finalmente, el deterioro es definido como el funcionamiento disminuido en cualquiera de los campos del comportamiento tales como la relación con pares, relaciones familiares o funcionamiento escolar. Estas son de algún modo estructuras sobrepuestas. Algunos investigadores han discutido en contra de caracterizar y etiquetar los problemas del comportamiento y emocionales de los niños crónicamente enfermos como psicopatología y prefieren considerar estos problemas como variaciones de las respuestas normales a situaciones anormales (Eiser, 1990). Estos investigadores, (por ejemplo Eiser y cols., 1992), han contado con los instrumentos que describen el ajuste, mas bien que la psicopatología. En contraste, la mayoría de los investigadores han elegido síntomas o una lista de problemas de comportamiento (por ejemplo., Burke y cols., 1989; Kashani et al., 1988; Yang et al., 1994). En muchos de estos estudios, los marcadores limites han sido usados para identificarlos, garantizando la atención medica y para subrayar la seriedad de las necesidades psicológicas de esta población (Daltroy et al., 1992; Pless et al., 1994; Simmons et al., 1987; Vandvik, 1990).

La lista de síntomas y comportamiento mas comúnmente utilizada es la "lista de verificación del comportamiento infantil" (CBCL) (Achenbach, 1991). La CBCL ha sido utilizada en estudio de niños con un alcance de enfermedades medicas

incluyendo leucemia (Brown et al.,1992), enfermedad de Crohn (Wood et al., 1987), fibrosis quística (Simmons et al., 1987), diabetes (Brown et al., 1991: Rover et al., 1987), artritis (Daltroy et al., 1992), y enfermedad de células falsiformes (Hurtig et al., 1989). Y también ha sido utilizada en los estudios en los cuales han sido combinados grupos por enfermedad(por ejemplo., Canning et al., 1992; Perrin et al., 1993), y en pruebas clínicas al azar (Perrin et al., 1992; Pless et al. , 1994).

Lineamientos para la clasificación de la severidad del asma.

Clasificación de la Severidad: Las características Clínicas Antes del Tratamiento de los Lineamientos del NIH de 1997 para el Diagnóstico y Manejo del Asma, es la base de los criterios de inclusión y para clasificar el asma de los pacientes: asma leve persistente, moderada persistente y severa. A continuación se menciona el esquema de clasificación:

	Síntomas**	Síntomas durante la noche	Función Pulmonar
GRADO 4 Severa persistente	Síntomas continuos Actividad física limitada Exacerbaciones frecuentes	Frecuentes	VEF ₁ o FEM < = 60 % de lo pronosticado Exacerbación del FEM > 30 %
GRADO 3 Moderada persistente	Síntomas diarios Uso diario de beta ₂ agonistas inhalados de acción corta Exacerbación que afecta la actividad Exacerbación * 2 veces a la semana; pueden durar días	> 1 vez a la semana	VEF ₁ o FEM > 60 % < = 80 % de lo pronosticado Variabilidad del FEM > 30 %
GRADO 2 Leve persistente	Síntomas > 2 veces a la semana pero < 1 vez al día Las exacerbaciones pueden afectar la actividad	> 2 veces al mes	VEF ₁ o FEM > = 80 % de lo pronosticado Variabilidad del FEM 20 - 30 %

GRADO 1 Leve intermitente	Síntomas * 2 veces a la semana FEM asintomático y normal entre exacerbaciones Exacerbaciones breves (desde unas cuantas horas hasta unos cuantos días); la intensidad puede variar	* 2 veces al mes	VEF ₁ O FEM * 80 % de lo pronosticado Variabilidad del FEM < 20 %
--	--	------------------	---

** La presencia de una de las características de severidad es suficiente para colocar a un paciente en esa categoría. Se debe asignar a un paciente el grado más severo en el que se presenta alguna característica. Las características registradas en este esquema son generales y se pueden sobreponer ya que el asma es muy variable. Inclusive, la clasificación puede cambiar con el tiempo.

OBJETIVOS:

Comparar la psicopatología en niños y adolescentes con asma bronquial, en relación con un grupo control.

HIPÓTESIS (Hi):

Los niños y adolescentes con asma bronquial tienen mayor frecuencia de psicopatología en comparación con los niños sanos.

MÉTODO Y MATERIAL:

MUESTRA:

La unidad muestra fue de 60 niños y adolescentes de ambos sexos, entre 6 y 18 años. Los individuos del grupo experimental fueron 30 pacientes tratados en la

consulta externa del servicio de alergia del Instituto Nacional de Pediatría y en los cuales constaba en el expediente que se les había realizado un diagnóstico de asma por un especialista. El grupo control estuvo constituido por 30 individuos sanos tomados de la población general.

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

GRUPO CLINICO:

Criterios de inclusión:

1. Niños y adolescentes de ambos sexos.
2. Edad entre 6 a 18 años.
3. Pacientes con diagnóstico médico de asma bronquial.
4. Que los padres accedan a contestar el instrumento CBCL/6-18.

Criterios de exclusión:

1. Pacientes con diagnóstico psiquiátrico conocido previo a la entrevista.
2. Pacientes que al momento del estudio cursen con alguna otra enfermedad médica concomitante.
3. Pacientes con antecedentes de alguna otra enfermedad crónica.

Criterios de eliminación:

1. Pacientes en los que el instrumento CBCL no haya sido contestado en forma completa.

GRUPO CONTROL:

Criterios de inclusión:

1. Niños y adolescentes de 6 a 18 años de edad.
2. Sin antecedentes de diagnósticos médicos o psiquiátricos
3. Pareados por sexo con los niños del grupo muestra.

Criterios de exclusión:

1. Que no accedan participar en el estudio.

Criterios de eliminación:

1. Aquellos casos que no respondan en forma completa el instrumento CBCL.

INSTRUMENTO:

La CBCL es el instrumento más ampliamente usado en el trabajo clínico y de investigación con niños y adolescentes.

- Es el principal instrumento de tamizaje estandarizado en psiquiatría infantil, usado internacionalmente.
- No requiere de entrevistadores
- El instrumento contiene escalas de banda ancha y subescalas de banda estrecha para evaluar eficazmente la psicopatología en los niños.
- Es muy útil para evaluar la comorbilidad fenómeno muy común en la psicopatología.
- Su aplicación es rápida y sencilla, se requiere de 15 minutos para llenar un cuestionario.
- Aunque fue diseñado básicamente para la evaluación también se ha demostrado su utilidad para el diseño de intervenciones y para valorar respuesta al tratamiento farmacológico y psicoterapéutico, (Achenbach TM 1993)
- Aunque la CBCL no fue desarrollada para usarla en niños médicamente enfermos, ha llegado a ser la norma para los estudios de problemas emocionales y de comportamiento en estos niños a causa de su amplio uso, y su fácil aplicación, su base empírica confiable y normas disponibles

- La multiplicidad de informantes (maestro, padres y el adolescente) ha demostrado gran utilidad para evaluar a los niños y adolescentes.

Aunque la CBCL no fue desarrollada para usarla en niños médicamente enfermos, ha llegado a ser la norma para los estudios de problemas emocionales y de comportamiento en estos niños a causa de su amplio uso, y su fácil aplicación, su base empírica confiable y normas disponibles.

El uso de listas de síntomas de comportamiento tales como la CBCL en niños médicamente enfermos ha sido criticado porque los síntomas relacionados con la enfermedad física pueden "inapropiadamente" elevar los puntajes totales del problema del comportamiento (Perrin et al., 1991). Esta cuestión podría ser particularmente problemática cuando los marcadores de límite son utilizados para la clasificación porque podrían elevar los marcadores por arriba del límite clínico y producir resultados falsos positivos.

Las listas de verificación pueden ser una medida más general de deterioro que caracteriza a los problemas emocionales y del comportamiento en los niños con enfermedad crónica. Las medidas de deterioro pueden tener utilidad práctica en la identificación de los niños médicamente enfermos que tienen problemas significativos sin etiquetar necesariamente el comportamiento del niño como un trastorno psiquiátrico. Al mismo tiempo, estos instrumentos pueden ayudar a discriminar los niveles clínicamente relevantes de problemas emocionales o de comportamiento para fines de investigación.

Algunos intereses han surgido considerando el uso de este instrumento con poblaciones de enfermos crónicos (Perrin EC et al. , 1991). Algunos autores han argumentado que el contenido del test de ítems de la subescala de quejas somáticas (por ejemplo. , algunas preguntas específicas con relación a enfermedad

sin causa medica), la cual es parte de la escala de síntomas internalizados, puede predisponer a incrementar los problemas de conducta en las poblaciones con enfermedades crónicas en esta dimensión.

El CBCL fue desarrollado por Achenbach y Edelbrock en 1983, Ha sido traducida a 40 idiomas y cientos de estudios se han realizado con estos instrumentos (Bird, 1996). El CBCL, el autoreporte del adolescente y el reporte para el maestro están considerados como instrumentos útiles de tamizaje (Verhulst FC, Koot HM 1992). A partir de 1983 diversas formas se han agregado hasta constituir una familia de instrumentos. En 1986 La forma de observación directa (Direct observation Form DOF) que es una forma que se contesta después de una observación de 10 minutos de conducta en niños escolares. (Achenbach TM 1993) En 1987 el cuestionario de autoreporte de síntomas para el adolescente de 11 a 18 años de edad. En ese mismo año se desarrolló el CBCL 2-3 que es una extensión del CBCL diseñado para evaluar a niños de 2 a 3 años de edad, posteriormente en 1991 introdujeron el cuestionario para el maestro que evalúa al mismo grupo de edad que el CBCL (6 - 18 años de edad) (Teacher´s report form (TRF)).

Los formularios versión castellana (traducido y validado por Glorissa Canino (1990) del CBCL de T.N. Achenbach son llenados por los padres o tutores encargados de los niños. Difiere de las evaluaciones diagnósticas en tomar un enfoque dimensional en oposición al enfoque categórico de la psicopatología.

La medición contiene 112 frases (problemas) que describen el comportamiento y problemas del niño o adolescente y el familiar o tutor lo califica si esa manera de comportarse es la que el niño ha tenido en los últimos 6 meses, calificando como 0 si no es cierto o no es aplicable al niño, 1 algunas veces o verdadero, algunas veces (ocasionalmente o parcialmente cierto), y 2 muy cierto o verdadero la mayoría de las veces. (más abajo se describe con más detalle)

El CBCL es un método de evaluación bien estandarizado de niños con problemas conductuales y emocionales. El CBCL revisado produce 9 escalas (síndromes) clínicas, 3 escalas sociales y 6 escalas orientadas al DSM IV (siendo esta la última aportación).

Los 9 síndromes de información cruzada que registran son: conductas delincuentes, conductas agresivas, aislamiento, quejas somáticas, ansioso/depresivo, problemas sociales, problemas de pensamiento, problemas de atención y problemas sexuales.

Las 3 escalas de banda ancha son: competencia social, actividades y escolar; las 6 escalas orientadas al DSM IV son: problemas afectivos, ansiedad, somáticos, déficit de atención e hiperactividad, comportamiento oposicionista – desafiante y problemas de conducta, las cuales están normadas separadamente para niños y niñas en edades de 6 a 11 y 12 a 18 años.

En México, la confiabilidad de las subescalas obtuvo un alpha de Cronbach de .70 a .92 (Albores; Lara, 2003).

LISTA DE SINTOMAS DE NIÑO DE 6 A 18 AÑOS (*CHILD BEHAVIOUR CHECKLIST (CBCL) 6-18*)

El CBCL es un cuestionario para los padres que evalúa los problemas emocionales y conductuales de sus hijos así como las competencias sociales y académicas. Incluye 20 reactivos de competencia y 112 reactivos de problemas conductuales y 2 preguntas abiertas.

Los reactivos de problemas conductuales fueron originalmente desarrollados mediante la consulta con profesionales de la salud mental y mediante el análisis de descripciones de casos clínicos. (Achenbach, 1996) Estos reactivos comprenden

conductas internalizadoras y conductas externalizadoras que son calificadas por los padres en una escala de 0,1,2 que mide qué tan válida es la conducta en los últimos 6 meses. Los reactivos de competencia pertenecen al desempeño académico del niño, su participación en actividades recreativas, explora su involucramiento con amigos y organizaciones sociales. El perfil de reporte de 1991 tiene formas separadas de reporte por género y por edades de 6 a 11 años y de 12 a 18 años. Se dan calificaciones de Competencia Total; incluye las dimensiones: Actividades, Competencia social, Competencia académica. El reporte de problemas se realiza en dos grandes grupos denominados internalizadores (a menudo referidos en la literatura como emocionales) y externalizadores (conductuales) Después hay 9 síndromes de subescalas de banda estrecha. Estas escalas fueron derivadas de componentes principales de análisis de factor de 4,455 niños clínicamente referidos. (McConaughy, 1992).

En el CBCL las puntuaciones de las escalas son reportadas como t-score teniendo una media de 50 y una desviación estándar de 10; la t-score es una escala clínica sobre 60 representa una puntuación mayor que las puntuaciones del 98% de aquellos evaluados en una población no clínica y se considera que son clínicamente relevantes.

El CBCL se ha aplicado en varios estudios de población mexicana, así como población de habla hispana en Estados Unidos, Perú, España y Puerto Rico entre otros. Según estudios publicados utilizando ASEBA, (Achenbach System of Empirically Based Assessment) se mencionan 65 referencias únicamente en población de habla española utilizando este instrumento.

Como ya se mencionó más arriba, para evaluar la severidad del asma se utilizaron, los Lineamientos para la clasificación de la severidad del asma.

Clasificación de la Severidad: Las características Clínicas Antes del Tratamiento de

los Lineamientos del NIH de 1997 para el Diagnóstico y Manejo del Asma, es la base de los criterios de inclusión y para clasificar el asma de los pacientes: asma leve intermitente (1), leve persistente (2), moderada persistente (3) y severa persistente (4). Toma en cuenta para el diagnóstico las características clínicas y la función pulmonar.

PROCEDIMIENTO:

La investigación se clasifica como un estudio clínico, observacional, comparativo, prospectivo, transversal y comparativo.

Durante el tiempo de recolección de la muestra, los pacientes con diagnóstico de asma fueron captados en la consulta externa de alergia, del Instituto Nacional de Pediatría, por diagnóstico de asma bronquial realizado en dicho servicio.

La severidad del asma fue determinada de acuerdo a los Lineamientos del NIH de 1997 para el Diagnóstico y Manejo del Asma (GINAS).

Los pacientes fueron canalizados a la consulta externa de psiquiatría, donde fueron captados por un residente de 2º año de psiquiatría, quien se encargó de proporcionar el instrumento auto aplicable para padres CBCL en el cubículo de la consulta externa de Psiquiatría.

La obtención de datos sociodemográficos y la respuesta al cuestionario se realizó en una sola sesión con un tiempo estimado de 15 a 20 minutos. Se solicitó autorización mediante la firma del padre (s) o tutor (es) en carta de consentimiento informado.

Los individuos del grupo control fueron niños y adolescentes sanos que se seleccionaron en forma aleatoria, en lugares públicos (por ejemplo: parques,

jardines), donde el investigador principal se encargó de entregar el instrumento auto aplicable CBCL, al padre o tutor previo consentimiento informado.

ANALISIS DE DATOS:

La información demográfica y los diagnósticos obtenidos por medio del CBCL se vaciaron en una base de datos diseñada para el estudio.

Para el *análisis de datos*, se utilizó estadística descriptiva para las variables clínicas y demográficas. Para la comparación entre grupos se utilizó prueba *t de student*, para dos muestras independientes.

Todos los análisis fueron de la modalidad de dos colas y se definieron como estadísticamente significativos los valores de $p < .05$

RESULTADOS.

1) Frecuencia por edad

Para la realización de este trabajo se obtuvo una muestra de 60 niños y adolescentes, 30 asmáticos y 30 controles sanos entre 6 y 18 años. Los siguientes cuadros muestran la distribución de frecuencias correspondientes y las relaciones porcentuales de ellos.

Distribución de Frecuencia por Edades y
Relación Porcentual.

Edad en años.	N	%
6	7	23.3 %
7	2	6.6 %
8	3	10 %
9	2	6.6 %
10	3	10 %
11	4	13.3 %
12	4	13.3 %
13	2	6.6 %
14	1	3 %
15	2	6.6 %
Total	30	100 %

Grupo Asmático.

La edad promedio de los 30 niños y adolescentes del grupo asmático fue de 9.6 siendo la edad mínima de 6 años y la máxima de 15.

Distribución de Frecuencias por Edades y Relación Porcentual.

Edad en años.	N	%
6	5	16.6%
7	5	16.6%
8	4	13.3%
9	2	6.6%
10	4	13.3%
11	2	6.6%
12	3	10%
13	1	3.3%
14	1	3.3%
15	2	6.6%
18	1	10%
Total	30	100%

Grupo Control

La edad promedio de los 30 niños y adolescentes controles fue de $9.4 \pm$ años, siendo la edad mínima de 6 años y la máxima de 18.

2) Frecuencia por género

Distribución de Frecuencia por Género y Relación Porcentual.

Género	N	%
Masculino	17	56%
Femenino	13	44%
TOTAL	30	100%

Grupo Asmático.

Género	N	%
Masculino	15	50%
Femenino	15	50%
TOTAL	30	100%

Grupo Control.

3) Variables relacionadas con el asma

Variables por Severidad del Asma.

VARIABLES	Leve Intermitente (n = 6)	Leve Persistente (n = 6)	Moderado Persistente (n = 15)	Severo Persistente (n = 3)
Edad (años)	5	11.5	10.06	9
% Hombres	10	10	23.3	6.6
% Mujeres	10	10	26.6	3.3
Edad de inicio.	4.6	4.5	5.2	5
Duración de la enfermedad/años	3	4	5.9	5
Urgencias visitas/año	1.3	2.8	5.2	13
Hospitalizaciones/año	.16	0.5	1.1	1.6
% Factores precipitantes:	100	100	100	100
% Infecciones Resp.	33.3	100	93.3	100
% Ejercicio.	16.6	66.6	66.6	100
% Emocionales.	16.6	33.3	6.6	3.3
% Humo de cigarro.	0	50	60	66.6
% Polvo.	83	83	93.3	100
% Mascotas.	33.3	16.6	40	66.6
% Frío.	50	83.3	86.6	100
% Humedad.	66.6	83.3	80	100
% Alimentos.	0	33.3	33.3	0
% Medicamentos	0	0	0	33.3
Meses de tratamiento.	2	11.6	25	28
Medicamentos/semanas	2.8	2.5	3	4.3
% Tratamiento	100	100	100	100
% Vacunas.	83.3	83.3	93.3	100
% Beta 2 agonistas.	66.6	83.3	100	100
% Corticoides orales	0	16.6	20	66.6
% Corticoides tópicos.	50	66.6	73.3	100
% Anti histamínicos s/ SNC	0	0	20	33.3
% Antihistamínicos con pseudofedrina	0	33.3	26.6	66.6

Esta tabla muestra los promedios y las relaciones porcentuales de las diversas variables del asma bronquial en relación con la severidad de la enfermedad; como podemos observar la edad mínima de inicio fue de 5 años y la máxima de 11.5, el mayor porcentaje de hombres y mujeres estuvo en el asma moderado con un 23.3% (n = 7) y un 26.6% (n = 8) respectivamente, la edad promedio de inicio se encuentra entre los 4.5 y 5.2 años, el tiempo promedio mínimo de duración de la enfermedad es de 3 años y el máximo de 5.9 años, el promedio máximo de visitas a urgencias por año es de 13 que corresponde a los pacientes con asma severo, el mayor promedio de hospitalizaciones anuales es de 1.6 que corresponde a los pacientes con asma grave, el 100% tuvieron factores precipitantes o

desencadenantes de crisis asmáticas, de estos tuvieron porcentajes hasta del 100% las infecciones respiratorias, el ejercicio, el polvo, el frío y la humedad. El promedio de meses en tratamiento va en relación con la severidad del asma, de 2 meses en el asma leve intermitente a 28 meses en el asma severo; de la misma manera, el promedio de uso de medicamentos por semana va de 2.5 en el asma leve, hasta 4.3 semanas en el asma grave. El 100% de los pacientes estaba recibiendo tratamiento y de estos el porcentaje de las vacunas, los beta 2 agonistas y los corticoides tópicos se fue elevando hasta el 100% en relación a la severidad del asma.

4) Subescalas de CBCL y grupos estadístico

Grupos Estadísticos

SUBESCALAS/CBCL	GRUPO	N	Media	Desviación Std.	Media Error Std.
ANSIOSO/DEPRESIVO	Asmático	30	59.43	8.43	1.54
	Control	30	55.87	7.36	1.34
AISLADO	Asmático	30	59.70	11.02	2.01
	Control	30	59.57	8.78	1.60
QUEJAS SOMATICAS	Asmático	30	63.66	8.61	1.57
	Control	30	57.70	7.10	1.30
PROBLEMAS SOCIALES	Asmático	30	58.90	8.11	1.48
	Control	30	56.57	6.12	1.12
PROBLEMAS PENSAMIENTO	Asmático	30	55.07	6.51	1.19
	Control	30	53.90	6.83	1.25
PROBLEMAS DE ATENCION	Asmático	30	57.77	8.12	1.48
	Control	30	55.37	5.27	.96
CONDUCTA DELINCUENTE	Asmático	30	57.37	8.36	1.53
	Control	30	56.27	7.14	1.30
CONDUCTA AGRESIVA	Asmático	30	60.53	10.62	1.94
	Control	30	57.33	9.00	1.64
ACTIVIDADES	Asmático	30	33.40	7.56	1.38
	Control	30	366.60	1819.29	332.15
SOCIALES	Asmático	30	40.40	6.84	1.25
	Control	30	44.03	7.90	1.44
ESCUELA	Asmático	30	44.17	7.16	1.31
	Control	30	46.37	6.02	1.10

Grupo Estadístico.

SUBESCALAS/CBCL	GRUPO	N	Media	Desviación Std.	Media Error Std.
PROBLEMAS AFECTIVOS DSM IV	Asmático	30	60.70	8.90	1.62
	Control	30	58.47	9.07	1.66
PROBLEMAS DE ANSIEDAD DSM IV	Asmático	30	***60.80	8.27	1.51
	Control	30	56.43	7.80	1.42
PROBLEMAS SOMATICOS DSM IV	Asmático	30	***62.73	8.75	1.60
	Control	30	56.67	7.11	1.30
HIPERACTIVIDAD/DEFICIT ATENCIÓN DSM IV	Asmático	30	57.13	6.36	1.16
	Control	30	54.67	5.44	.99
CONDUCTA OPOSICIONISTA DESAFIANTE DSM IV	Asmático	30	59.53	8.59	1.57
	Control	30	56.47	6.45	1.18
PROBLEMAS DE CONDUCTA DSM IV	Asmático	30	58.33	9.51	1.74
	Control	30	57.20	7.44	1.36

*** $p < 0.05$

La tabla de grupos estadísticos y subescalas del CBCL muestra una media en las escalas orientadas al DSM IV con relación a ansiedad, de 60.8 para el grupo asmático y 56.43 para el grupo control sano, y de 62.73 y 56.67 respectivamente para la subescala de quejas somáticas, las cuales tuvieron un nivel de significancia de $p < .05$, como lo podemos ver en la siguiente tabla.

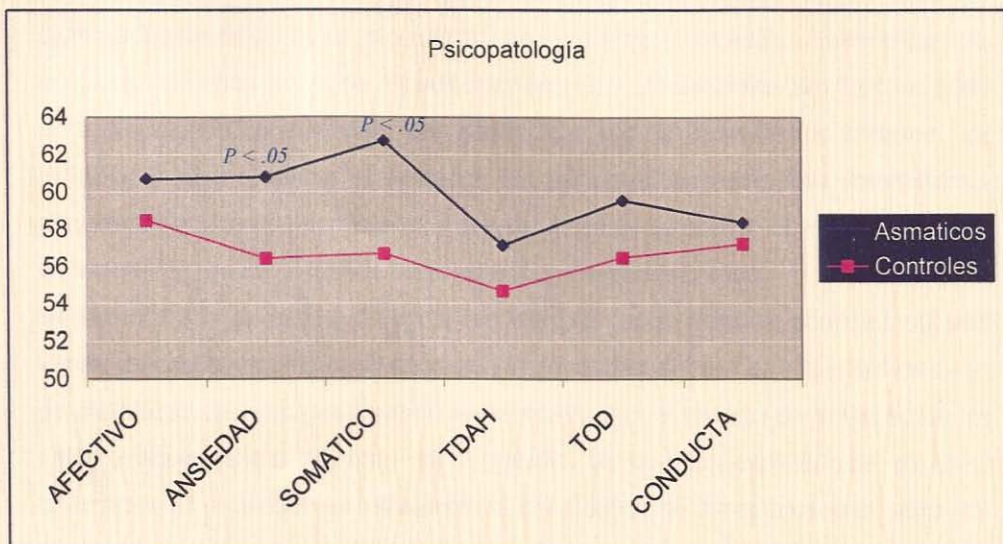
Prueba t de Students Para Pruebas Independientes

ESCALAS DSMIV	F	t	Df	Sig. (2-tailed)
AFFECTIVOS	.032	.963	58	.340
ANSIEDAD	.956	2.104	58	*.040
SOMATICAS	1.365	2.946	58	*.005
TDAH	.231	1.616	58	.112
TOD	1.314	1.564	58	.123
CONDUCTA	1.195	.514	58	.609

* $p < .05$

Las variables de asma bronquial, así como el resto de las subescalas de CBCL no fueron significativas y por lo tanto no influyeron en el resultado final obtenido.

ESCALAS CBCL ORIENTADAS AL DSM IV



En esta tabla podemos observar que las subescalas orientadas al DSM IV, de ansiedad y quejas somáticas tienen un nivel de significancia de $p < .05$, y un t score clínicamente significativo > 60 .

DISCUSION.

Este estudio de niños y adolescentes con asma bronquial tuvo un predictor significativo de dificultades psicológicas. En este estudio se evaluó la severidad del asma por expertos en asma infantil mediante los Lineamientos del NIH de 1997 para el Diagnóstico y Manejo del Asma, que son la base de los criterios de inclusión y para clasificar el asma de los pacientes en asma leve intermitente, persistente, moderada persistente y severa. Además se obtuvo el reporte del CBCL de los padres, de los síntomas internalizantes y externalizantes.

De acuerdo a la severidad del asma, en relación con la muestra podemos obtener varias conclusiones. Podemos decir que la severidad del asma, o que las medidas de morbilidad del asma, estuvieron relacionadas con el reporte de ansiedad de los niños y adolescentes incluidos en el estudio, ya que los especialistas en asma tuvieron mucho cuidado en establecer el diagnóstico de asma bronquial tanto por clínica como por capacidad de función pulmonar. Al menos una hipótesis en la literatura es que los niños que experimentan repetidos episodios de sibilancias y consecuentemente "falta de aire", tienen un mayor riesgo de desarrollar síntomas de ansiedad que los niños sin compromiso respiratorio, a causa de la relación neurofisiológica entre las sibilancias y la ansiedad (Padur JS, 1995) (33). La posible explicación de que los niños con asma fueran represores y que consecuentemente los padres no se percataran de los síntomas fue desaprobada en el actual estudio observándose nuevamente una relación entre la morbilidad del asma o severidad del asma y síntomas de ansiedad.

¿Cómo entender los hallazgos de altos niveles de ansiedad en las subescalas orientadas al DSM IV, pero que no aparecieron en las subescalas clásicas por síndromes? . Quizá fue debido a ciertos efectos, por ejemplo, estos niños fueron referidos de un servicio de consulta de tercer nivel, pudiera ser que haya comorbilidad psiquiátrica que no pueda estar siendo relacionada con el asma; en el

estudio hubo 5 niños (16.6%) de los 30 asmáticos que tuvieron como factor desencadenante de crisis asmáticas antecedentes emocionales (un niño de 8 años de edad presentaba crisis asmáticas por ansiedad ante los exámenes escolares, otro niño de 8 años desencadenó crisis asmática ante el fallecimiento de su abuela materna, y otro de 6 años por el fallecimiento de su abuelo, un niño de 9 años ha presentado crisis asmáticas cuando se deprime, y una niña de 10 años cuando se enfrenta a situaciones que le causan ansiedad e inseguridad). Sin embargo no sabemos qué tipo de asma tienen estos niños por lo que sería de utilidad realizar una entrevista psiquiátrica estructurada para saber el tipo y los niveles de ansiedad. A través de la "Escala Revisada de Ansiedad Manifiesta en Niños" (RCMAS), (Reynolds y Richmon, 1978), se ha visto que el diagnóstico más frecuente de ansiedad en las entrevistas es el trastorno de ansiedad generalizada.

Podemos preguntarnos en este estudio ¿cómo es que la severidad del asma está relacionada sólo con el reporte de los padres de más síntomas internalizantes, sin el auto reporte del niño de tales síntomas? En general, los padres tienden a reportar menos síntomas internalizantes (Costello, 1989). ¿Porqué en esta muestra de niños médicamente enfermos hay un patrón inverso? Como es bien sabido, el reporte de los padres de problemas de comportamiento en niños, evaluado a través del CBCL, está con frecuencia sesgado por el propio estado de salud y psicológico de los padres (Carter, 1989). En este estudio, el auto reporte de los padres parece ser un predictor de niveles internalizantes en el CBCL, seguido por los niveles de severidad del asma bronquial.

Si se tiene un niño con asma bronquial severo, esto implica un estrés para los padres y puede elevar los niveles parentales de estrés. Entonces, estas evaluaciones de sus niños, pueden en su momento reflejar sus propios niveles de ansiedad. Esto pudiera servir para dar otra explicación a los niveles altos de síntomas internalizantes (ansiedad) en el CBCL.

Un modelo de cómo la enfermedad nos lleva a problemas psicológicos en el niño propone que las enfermedades físicas crónicas causan estrés en la familia, y en particular en la madre (Walker et al., 1989; Wamboldt y Levin, 1995) (38). Como la familia metaboliza tal estrés, es el factor clave en como muchos de los niños enfermos sufrirán de síntomas psicológicos además de su condición médica. Los estudios realizados sugieren que la interacción entre enfermedad física y funcionamiento familiar va en aumento, en aquellos niños con enfermedad física y pobre funcionamiento familiar, teniendo mayores problemas emocionales y del comportamiento (Pless et al., 1972). En un meta análisis de 38 artículos en relación a ajuste psicológico y enfermedad crónica en niños, Lavigne y Faier – Routman (1993) establecieron que la mayoría de los predictores sobresalientes de problemas de ajuste psicológico en niños con enfermedad crónica estuvieron en relación con el mal ajuste materno, disminuyendo la cohesión familiar, y contribuyendo a un auto concepto pobre en el niño. Estos supuestos predictores no parecen estar relacionados con los problemas de ajuste en los niños y adolescentes de este estudio, ya que no hubo diferencias significativas en las subescalas de ajuste psicosocial entre los niños asmáticos y los controles sanos.

En relación a lo que algunos autores han argumentado con respecto al contenido del test de ítems de la subescala de quejas somáticas (por ejemplo., algunas preguntas específicas con relación a enfermedad sin causa medica), la cual es parte de la escala de síntomas internalizantes, y que puede predisponer a incrementar los problemas de conducta en las poblaciones con enfermedades crónicas en esta dimensión, en este estudio no parece influir en el resultado de mayores síntomas internalizantes con relación a los internalizantes. De hecho era de esperarse que dicha subescala de quejas somáticas estuviera elevada ya que estamos hablando de niños crónicamente enfermos.

Este estudio agrega más soporte a los hallazgos de estudios internacionales que sugieren mayores síntomas internalizantes en niños asmáticos, específicamente en relación con los síntomas de ansiedad, adicionando también soporte al modelo psicológico de funcionamiento en niños con asma, poniendo en alerta a la familia, cuidadores primarios y personal médico y paramédico de la importancia en prevenir o aliviar los síntomas psicológicos en el niño. Las implicaciones para los médicos que tratan a los niños asmáticos son que deben poner atención al estado emocional de su paciente y de su cuidador, y referirlos a la consulta psiquiátrica para que la familia pueda al mismo tiempo ser la que mejor esté implicada en asegurar mejores resultados para el niño.

CONCLUSIONES.

- Los niños mexicanos con asma bronquial tienen más frecuencia de problemas de ansiedad y quejas somáticas que el grupo control sano.
- No se encuentran diferencias en la adaptación psicosocial entre niños asmáticos mexicanos y niños sanos.
- Este estudio tiene una muestra pequeña de pacientes que pudo haber influido para no encontrar diferencias significativas en la adaptación psicosocial del grupo control y asmático.
- Sería conveniente que se extendiera la muestra de pacientes y del grupo control para investigar estos factores.
- El CBCL proporciona un diagnóstico dimensional de ansiedad que convendría estudiar categóricamente para realizar un diagnóstico psiquiátrico más fino.
- Estos resultados coinciden con los hallazgos reportados en estudios internacionales que sugieren mayores síntomas internalizantes en niños asmáticos, específicamente en relación con síntomas de ansiedad.
- Da soporte adicional al modelo psicológico de funcionamiento en niños asmáticos.
- Enfatiza la importancia de prevenir y aliviar los síntomas psicológicos de estos niños para asegurar mejores resultados en su tratamiento.

BIBLIOGRAFIA.

1. Achenbach TM: Manual for the child behavior checklist/4-18 and 1991 Profile. Burlington. VT, *University of Vermont Department of Psychiatry*, 1991
2. Achenbach, T.M. *Manual for the Youth Self-Report and 1991 Profile*. University of Vermont Department of Psychiatry, Burlington VT.1991
3. Achenbach, T.M., McConaughy, S.H. & Howell, C.T. Child/adolescent behavioral and emotional problems: Implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological Bulletin*, **101**, 213-232, 1987.
4. Bender B, Annett RD, Ikle D, DuHamel TR, Rand C, Strunk RC: Relationship in children in the Childhood Asthma Management Program and their families. *Arch Pediatr Adolesc Med* 154:706-713, 2000.
5. Bender B.G., Ikle D.N., DuHamel T., Tinkelman D: Neuropsychological and behavioral changes in asthmatic children treated with beclomethasone dipropionate versus theophylline. *Pediatrics*. 101(3 Pt 1): 355-60, 1988 Mar.
6. Carter A, Grigorenko E, Pauls D, A russian adapttion of the child behavior checklist; psychometric properties and associations with child and maternal affective symptomatology and family function. *J. Abnorm. Child. Psychol.* 23:661 – 684, 1995.
7. Castilla S: Metodología de la Investigación en Ciencias de la Salud. Edit. Manual Moderno, 2001.

8. Cohen R, Franco K, Motlow F, Reznik M, Ozuah PO. Perceptions and attitudes of adolescents with asthma. [Journal Article] *Journal of Asthma*. 40(2):207-11, 2003 Apr.
9. Costello EJ, Child psychiatric disorders and their correlates: a primary care pediatric sample. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry* 28:851 – 855, 1989.
10. Couriel J. Asthma in adolescence. [Review] [43 refs] [Journal Article. Review. Review Literature] *Paediatric Respiratory Reviews*. 4(1):47-54, 2003.
11. Emily S. Harris, M.D. , Robert D. Canning, Ph.D. , and Kelly J. Kelleher, M.D. , M.P.H. : A comparison of measures of adjustment symptoms , and impairment among children with chronic medical conditions. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35:8, august 1996.
12. Forero R, Bauman A, Young L, Booth M, Nutbeam D. Asthma, health behaviors, social adjustment, and psychosomatic symptoms in adolescence. *Journal of Asthma*.33(3):157-64,1996.
13. French TM, Alexander F: Psychogenic factors in bronchial asthma. *Psychosomatic Med* 4:2, 1941
14. Gavin LA, Wamboldt MZ, Sorokin N, Levy SY, Wamboldt FS. Treatment alliance and its association with family functioning, adherence, and medical outcome in adolescents with severe, chronic asthma. [Journal Article] *Journal of Pediatric Psychology*.24(4):355-65,1999.
15. Graham PJ, Rutter ML, Pless IB: Childhood Asthma: A psychosomatic disorder? Some epidemiological considerations. *Br J Prev Soc Med* 21: 78-85, 1967.

16. Gregory K. Fritz, M.D. , Elizabeth L. McQuaid, Ph, D. , Anthony Spirito, Ph. , and Robert B. Klein, M.D : Symptoms perception in pediatric asthma: relationship to functional morbidity and psychological factors. *J Am Acad Child adolesc Psycchiatry*, 35:8, august 1996.
17. Hamlett KW, Pellegrini DS, Katz KS: Childhood chronic illness as a family stressor. *J Pediatr Psychol* 17:33-47, 1992.
18. Hugh Coolican: Métodos de Investigación y Estadística en Psicología. Editorial Manual Moderno S.A. de C.V. Segunda Edición, 1997.
19. Kashani JH, Koning P, Shepperd JA, Wilfley D, Morris DA: Psychopatology and self-concept in asthmatic children. *J Pediatr Psychol* 13:509-520, 1988.
20. Klinnert MD, McQuaid EL, McCormick D, Adinoff AD, Bryant NE: A multimethod assessment of behavioral and emotional adjustment in children with asthma. *J Pediatr Psychol* 25:35-46, 2000.
21. Knapp, Penelope Krener M.D; Harris, Emily S. M.D : Consultation-liaison in child psychiatry: a review of the past 10 years. Part I: clinical findings. *J Am Acad Child Adolesc psychiatry*, 37(1). January 1998. 17-25.
22. La Greca, Annette M. Ph. D; Bearman, Karen J. M.S; Moore, Hannah M.S : Peer relations of youth with pediatric conditions and health risks: promoting social support and healthy lifestyles. *J Dev Behav Pediatr*, 23(4). August 2002. 271-280.
23. Lavigne JV, Faier-Routman J: Psychological adjustment to pediatric physical disorder: A meta-analysis. *J Pediatr Psychol* 17:133-157, 1992.

24. MacLean KEJ, Perrin JM, Gortmaker S, Pierre CB: Psychological adjustment of children with asthma: Effects of illness severity and recent stressful life events. *J Pediatr Psychol* 17:159-171, 1992.
25. Malhi P. Psychosocial issues in the management and treatment of children and adolescents with asthma. [Review] [43 refs] [Journal Article. Review. Review, Tutorial] *Indian Journal of Pediatrics*. 68 Suppl 4:S48-52, 2001 Sep.
26. Marianne Z. Wamboldt, M.D., Philippe Weintraub, M.D. , Dana Krafchick, M.D. and Frederick S. Wamboldt, M.D : Psychiatric Family in adolescents with severe asthma. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35:8, august 1996.
27. Marianne Z. Wamboldt, M.D., Gregory Fritz, M.D., Anthony Mansell, M.D., Elizabeth L., McQuaid, Ph., and Robert B Klein, M.D: Relationship of asthma severity and psychological problems in children. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*, 39:9, september 1988. Pp 943 - 950
28. McNichols Kn, Williams HE, McAndrew I: Spectrum of asthma in children. III. Psychological and social components. *BMJ* 4: 16-20, 1973.
29. McQuaid EL. Kopel SJ. Nassau JH. Behavioral adjustment in children with asthma: a meta-analysis. [Journal Article. Meta-Analysis] *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*. 22(6):430-9, 2001 Dec.
30. Miller BD, Wood BL: Influence of specific emotional states on autonomic reactivity and pulmonary function in asthmatic childre. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 36:69-677, 1997

31. Penelope Krener Knapp, M.D., and Emily S. Harris, M.D. Consultation – liaison in child psychiatry: a review of the past 10 years. Part II: research on treatment approaches and outcomes. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 37: 2, february 1998.
32. Padur JS, Rapoff MA, Houston BK, et al; Psysochosial adjustment and the role of functional status for children with asthma. *J. Asthma* 32:345-353, 1995.
33. Perrin EC, Stein RE, Drotar D: Cautions in using the Child Behavior Checklist: Observations based on research about children with chronic illness. *J Pediatr Psychol* 16:411-421, 1991.
34. Pless I, Roghmann K, Haggerty R, Chronic illness, family functioning, and psychological adjustment: a model for the allocation of preventive mental health services. *Int. J. Epidemiol* 1: 271 – 277, 1972.
35. Rich M. Lamola S. Amory C. Schneider L. Asthma in life context: Video Intervention/Prevention Assessment *Pediatrics*. 105(3 Pt 1):469-77, 2000 Mar.
36. Rutishauser C. Sawyer SM. Bowes G. Quality-of-life assessment in children and adolescents with asthma. [Review] [72 refs] [Journal Article. Review. Review, Tutorial] *European Respiratory Journal*. 12(2):486-94, 1998
37. Strunk KB, Mrazek DA, Wofson-Fuhrmann GS, LaBreque JF, Psychologic and psychological characteristics associated with deaths due to asthma in childhood. *JAMA* 254:1193-1198, 185
38. Vila G. Hayder R. Bertrand C. Falissard B. De Blic J. Mouren-Simeoni MC. Scheinmann P. Psychopathology and quality of life for adolescents with asthma and their parents. [Journal Article] *Psychosomatics*. 44(4):319-28, 2003.

39. Wamboldt MZ, Fritz GK, Mansell A, McQuaid EL, Klein RB: Relationship of asthma severity and psychological problems in children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 37:943-950, 1998.
40. Warschburger P. [Measuring the quality of life of children and adolescents with asthma--The Pediatric Asthma Quality of Life Questionnaire]. [Journal Article] *Rehabilitation*.37(2):XVII-XXIII,1998.
41. Zach MS, Karner U, Sudden death in asthma. *Arch Dis Child* 64:1446-1452, 1989.