



Universidad Nacional Autónoma de México

**Facultad de Medicina
División de Estudios de Posgrado
Instituto Mexicano del Seguro Social
Unidad de Medicina Familiar No. 20**

**ANSIEDAD MATERNA Y CRISIS ASMATICA EN
PREESCOLARES EN EL H.G.P. 3 A**

T E S I S

**PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:
DRA. YOLANDA SALAZAR GARDUÑO**

**TUTORA:
DRA. MARIA DEL CARMEN AGUIRRE GARCIA**

**ASESORA CLINICA:
DRA. VARINIA ZEPEDA ESTRADA**



**GENERACION: 2011-2014
MEXICO D.F. 2013**



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.

TUTORA:

**DRA. MARIA DEL CARMEN AGUIRRE GARCIA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
MAESTRA EN TERAPIA FAMILIAR
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR UMF 20**

ASESORA CLINICA:

**DRA. VARINIA ZEPEDA ESTRADA
NEUMOPEDIATRA H.G.P. 3A**

Vo Bo

**DRA. SANTA VEGA MENDOZA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
MAESTRA EN CIENCIAS DE LA EDUCACION
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR 20.**

Vo. Bo.

**DR. MAXIMO ALEJANDRO GARCIA FLORES
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION ENSALUD UMF 20**

Dedicado a mis Ángeles: ANABEL, MALENA y Mamá SOFÍA.

“Te extraño por el simple hecho de que al irte de aquí, te llevaste contigo la mitad de mi corazón”

AGRADECIMIENTOS.

DIOS, por qué no hay hoja que se mueva sin su voluntad. Por tantas bendiciones presentes en mi vida.

A mi abuelito **CHUCHO**, porque, hoy por hoy, por fin puedo responder la pregunta que me hiciste hace tantos años. Te extraño

Mis **PADRES**, porque aún sin entender mi locura, en ellos encuentro el significado de **amor incondicional**. Gracias Papitos por caminar junto mío. Por la hermosa familia "*muégano*" que me dieron. Los amo con toda el alma.

Mis tíos **MAU, JUAN** gracias totales por estar en las buenas, en las malas y en la Residencia a pie de cañón conmigo.

Mi hermano **ERNESTO**, por hacerme reír cuando he querido llorar. Por tomar el rol de hermano mayor cuando era necesario. A **ANA ELI**, por tu disposición de ayudarme, y hacer equipo en esta aventura, Los quiero.

Mis amigos **PM MARA, CHUCHO, ADRIANA**, gracias, por su compañerismo, por las risas, por los viajes largos en carro, por todo su apoyo durante las horas críticas.

Mis instructores de práctica clínica en **PEDIATRIA**, que me ayudaron con la recolección de datos, por sus consejos y todo el apoyo brindado durante el proceso. En especial a la **DRA. VARINIA**, por las experiencias compartidas, por su tiempo, por sus enseñanzas.

EVE, a **ROSY**, chicas, el café y la plática realmente ayudaron a ser más llevadera la tesis. Mil gracias.

DRA. SANTA, por la paciencia, por su ayuda desinteresada, por ser tolerante en este proceso de crecimiento profesional, por enseñarme que la Chi², realmente es significativa.

DRA. CARMEN, gracias, porque más allá de la relación alumno-profesor, me tendió la mano para hacer más sencilla ésta nueva aventura que emprendí junto con la residencia. Por ser mí tutora, mi guía a nivel académico pero sobre todo a nivel personal. Gracias infinitas.

JUAN RAMON, por creer en este sueño, por venir de tan lejos para trabajarlo junto conmigo. Por tu apoyo, por dar lo mejor de ti a nuestra nueva familia. Te Amo.

INDICE

▪ MARCO TEÓRICO	1
▪ PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
▪ OBJETIVOS	12
▪ JUSTIFICACION	13
▪ HIPOTESIS	14
▪ MATERIAL Y MÉTODOS	15
▪ RESULTADOS	27
▪ DISCUSIÓN	33
▪ CONCLUSIONES	35
▪ COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES	36
▪ CITAS BIBLIOGRÁFICAS	37
▪ ANEXOS	40

ANSIEDAD MATERNA Y CRISIS ASMATICA EN PREESCOLARES EN EL H.G.P. 3 A

Salazar Garduño Yolanda ¹; Aguirre-García María del Carmen ²; Zepeda-Estrada Varinia³.

1 Médico Residente de Curso de Especialización en Medicina Familiar, UMF 20,
2 Médico Familiar Profesor del Curso de Medicina Familiar, 3 Asesor clínico.

OBJETIVO. Demostrar la relación existente entre la ansiedad materna como condicionante de exacerbación de crisis asmáticas en niños menores de 6 años.

MATERIAL Y METODOS. Estudio analítico en 266 madres con niños asmáticos de 2-4 años del Hospital Gineco Pediatría 3-A de Enero-Septiembre 2013. Previo consentimiento se aplicó ficha de identificación, Test Hamilton, Cuestionario CAN de asma bronquial. Análisis estadístico descriptivo, chi ².

RESULTADOS. Promedio de edad de las madres 27.42±4.46 años, con preparatoria 59.4%(n=158); empleada 33.1%(n=88); casadas 34.2%(n=91), nivel socioeconómico medio bajo 42.5%(n=113). Con ansiedad mayor 62%(165). En los niños media de edad 3 años, antecedentes: productos de término 83.1%(n=221) sin uso de incubadora 77.4%(n=206), diagnóstico de asma en IMSS 84.6%(n=225)..Última consulta hace 4 semanas 47.4%(n=126) tratamiento más utilizado el de rescate con esteroide inhalado 46.6%(n=124), En mal control 72.6%(n=193), última crisis media de 2 semanas 30.5% (n=81). Se asocia Ansiedad Materna con los cuadros de exacerbación de asma (mal control) (p=.006)

CONCLUSIONES. Se relaciona la ansiedad materna con las exacerbaciones de asma llevando un mal control de la enfermedad.

Palabras clave: Ansiedad Materna, Crisis Asmática, Exacerbación.

MATERNAL AND ACUTE ASTHMA ANXIETY IN PRESCHOOL IN HGP 3 A

Salazar Garduño Yolanda¹; Aguirre - García María del Carmen ²; Zepeda-Estrada Varinia³

1 Resident physician specialization course in Family Medicine UMF 20, 2 Family Physician, Teacher of the Course of Specialization in Family Medicine UMF 20, 3 Clinical Advisor

OBJECTIVE. Demonstrate the relationship between maternal anxiety as a factor for exacerbation of asthma attacks in children under 6 years.

MATERIAL AND METHODS. Analytical study on 266 mothers with asthmatic children 2-4 years of Pediatrics and Gynecology Hospital 3-A from January to September 2013. Prior consent was applied identification form, Test Hamilton, bronchial asthma CAN Questionnaire. Descriptive statistics, chi 2.

RESULTS. average age of 27.42 ± 4.46 years mothers with school 59.4% (n = 158) employed 33.1% (n = 88), 34.2% married (n = 91), lower middle socioeconomic 42.5% (n = 113) . With increased anxiety 62% (165). In children 3 years average age, background: finished products 83.1% (n = 221) without use of incubator 77.4% (n = 206), IMSS asthma diagnosis in 84.6% (n = 225). Last query ago 4 weeks 47.4% (n = 126) used treatment with inhaled steroid rescue 46.6% (n = 124), poor control in 72.6% (n = 193), mean crises last two weeks 30.5% (n = 81) . Maternal Anxiety is associated with asthma exacerbation boxes (poor control) (p = .006).

CONCLUSIONS. Maternal anxiety is related to asthma exacerbations leading to poor control of the disease.

Keywords: Maternal Anxiety, Asthmatic Crisis, exacerbation.

MARCO TEORICO

El asma es un serio problema de salud a nivel mundial. Personas de todas las edades, se ven afectadas por esta enfermedad crónica, que cuando no se controla, puede afectar la vida cotidiana y en ocasiones inclusive podría ser fatal. La prevalencia de asma está aumentando en la mayoría de los países, especialmente en la población pediátrica. ^{1,2} Representa una carga significativa, no solo en términos de costos a nivel de sistemas de salud, sino también en términos de pérdida de productividad y en la reducción de la participación de vida en familia. ^{1,3,4}

Durante las dos últimas décadas, hemos sido testigos de avances científicos que han mejorado nuestro entendimiento del asma y nuestra habilidad de tratarla y controlarla efectivamente. Sin embargo, la diversidad de sistemas nacionales de salud y las variaciones de disponibilidad de terapias para el tratamiento del asma, requieren una adaptación de las recomendaciones para el tratamiento de dicha enfermedad a las condiciones locales en una determinada comunidad. Además, las autoridades de salud requieren información sobre los costos para lograr manejar efectivamente esta enfermedad, así como de métodos educativos para transmitir esta información a las necesidades particulares de cada país. ^{3,4,5}

Es una de las enfermedades clásicas de la humanidad, descrita por Hipócrates en el s. IV antes de Cristo. Se define como

“Un trastorno inflamatorio crónico de la vía aérea en la cual participan diversas células y elementos celulares. La inflamación crónica está asociada a un aumento en la hiperreactividad de la vía aérea que conduce a los episodios recurrentes de sibilancias, disnea, opresión torácica, y tos, particularmente en la noche o temprano en la mañana. Estos episodios se asocian generalmente a la obstrucción generalizada pero variable en el flujo aéreo pulmonar que es a frecuentemente reversible espontáneamente o con el tratamiento.”⁵

Asma extrínseca: Se considera asma extrínseco o alérgico al asma en el que se detectan mecanismos de tipo inmunológico. En este apartado se incluyen como subdivisiones al asma extrínseco atópico y el asma extrínseco no atópico. En los pacientes que presentan esta clase de asma las pruebas alérgicas cutáneas presentan resultado positivo. ^{6,7}

Asma intrínseca: Se da en aquellos casos en los cuales no se puede detectar un mecanismo inmunológico o desencadenante ambiental, en estos casos las pruebas alérgicas cutáneas presentan resultados negativos.⁷

Las cifras de prevalencia del asma son bastante confusas, aunque, sí parece existir un mayor acuerdo en las investigaciones en cuanto a edad y sexo. El asma bronquial es más frecuente en niños que en adultos, estimándose que del 60 al 80% de los asmáticos tienen menos de 17 años.⁷

A su vez, dentro de ese rango de edad, el asma parece ser más común entre los niños que entre las niñas, aunque ese predominio se va perdiendo con la edad hasta llegar a igualarse con la llegada de la pubertad. En los niños los primeros síntomas de asma suelen aparecer entre los 2 y 6 años, aunque a veces se adelantan a la época de la lactancia.⁸

Además de ser una de las enfermedades más comunes en la infancia, y desde luego, la enfermedad crónica pulmonar más habitual en esa edad.

De unos países a otros los datos varían mucho, así, se han encontrado diferencias tales como un 20% de prevalencia en Nueva Zelanda frente a un 30% en Japón, o el 20% de prevalencia entre la población infantil de las Islas Maldivas frente al 0,1% de la población infantil en una comunidad rural de Zimbawe.⁹

En cuanto a etnias, y en estudios realizados en Estados Unidos, se han encontrado mayores tasas de prevalencia entre niños negros que entre niños blancos. Encontrándose las mayores tasas de prevalencia entre los niños Puertorriqueños,¹⁰ citándose como factores de riesgo: pobreza, tabaquismo de la madre, factores psicológicos, disfunciones familiares y madres de edad muy joven.¹¹

Las cifras de prevalencia del asma han aumentado de forma constante en los últimos años, señalándose por parte de algunos autores que “algo” en la sociedad moderna afecta directamente a las cifras de prevalencia.¹²

En cuanto a las cifras de incidencia todos los estudios muestran una clara tendencia hacia el aumento de éstas, aunque no existe coincidencia en cuanto a la exactitud de

los datos. Se estima que el número de casos diagnosticados hoy duplica al diagnosticado en décadas precedentes. Las causas no están en absoluto claras.¹³

El asma bronquial es la tercera enfermedad crónica que conlleva mayor número de visitas médicas y la primera en cuanto a número de visitas al servicio de urgencias entre la población infantil.¹⁴ Este trastorno supone una gran carga no sólo para la familia, también lo es económicamente para el sistema sanitario.¹⁵ Se estima que en Estados Unidos para el año 1988 que los niños con asma en comparación con los niños sin asma perdieron 10,1 millones más de días de colegio, tuvieron 12,9 millones más de visitas al médico y fueron hospitalizados en 200.000 ocasiones más. En la población adulta, el asma supone la pérdida de 9,5 millones de días laborables en Estados Unidos.¹⁶

El impacto económico total del asma se ha estimado (siempre para Estados Unidos) en 6,2 billones de dólares, suponiendo los costos directos del trastorno 1,6 billones de dólares, cifras estimadas para el año 1990.¹⁷

La mortalidad por asma en la actualidad se sitúa en torno a 1 ó 2 muertes por cada 100.000 ocurridas en la población cada año. En Estados Unidos las muertes por asma se han elevado de manera espectacular, concretamente un 31% entre los años 1980 y 1987, pasando de 2.891 muertes a 4.360 muertes entre los años citados.¹⁸

Para realizar el diagnóstico se debe considerar:

Sibilancias y diagnóstico del asma: El diagnóstico del asma en niños de 5 años y menores presenta un problema particularmente difícil. Esto es porque las sibilancias episódicas y la tos también son comunes en niños que no tienen asma, particularmente en aquellos menores de tres años.¹⁹

Las siguientes categorías de síntomas son altamente sugestivas para un diagnóstico de asma episodios frecuentes de sibilancias (más de una vez al mes), tos y ahogo provocado por actividad física, tos nocturna en periodos libres de infecciones virales, ausencia de variación estacional del ahogo, y síntomas que persisten después de los 3 años.¹⁹

Un índice simple clínico basado en la presencia de sibilancias antes de los 3 años, y la presencia de un factor de riesgo mayor (historia familiar de asma y eczema) o dos de tres factores de riesgo menor (eosinofilia, sibilancias sin presencia de resfriados, y rinitis alérgica) ha demostrado ser predictores para la presencia de asma en la niñez tardía.^{20,21}

Los factores psicológicos son una variable a tener en cuenta en los casos de muerte por asma. En un Estudio realizado en 1987, se identificaron factores psicológicos en el caso de muerte por asma infantil, estos factores psicológicos incluían depresión, falta de apoyo familiar, negación de síntomas y precipitantes emocionales.)²¹

En conclusión, muchas de estas muertes se podrían evitar si existiera una mayor supervisión del paciente por parte del propio médico y del propio paciente, mayor concienciación del paciente en la adherencia al tratamiento prescrito y un uso más razonable de los medicamentos.²²

En lo referente al adecuado uso de los medicamentos se ha señalado el abuso de los estimulantes durante el transcurso de una crisis como causa de muerte por asma, así, muchos pacientes fallecidos por esta enfermedad fuera del hospital han utilizado repetidamente su aerosol broncodilatador, aunque no se puede dilucidar con seguridad si el fallecimiento se debe a la enfermedad o al efecto del fármaco sobre los receptores bronquiales.²³

Si el asma persiste sin control largo tiempo pueden producirse sobre todo en los niños:²⁴

1. Deformidad torácica: a causa de la mala mecánica respiratoria puede aparecer un surco en la zona de inserción del diafragma, el esternón y la zona anterior de las costillas se abomban al exterior, es el llamado “tórax de pichón”.
2. Obstrucción de las pequeñas vías respiratorias: se reduce el calibre de los bronquios Irnos con lo que no existe una adecuada función ventilatoria, así, cualquier pequeño esfuerzo o emoción hace aparecer la disnea.
3. Enfisema: aumento del aire residual en los pulmones, con lo que se produce un deficiente intercambio gaseoso. Es consecuencia de las lesiones en las fibras

elásticas bronco-alveolares causadas por las constantes repeticiones de crisis con broncoespasmo.

4. Bronquiectasias: aparición de tapones mucosos en los bronquios con la consiguiente infección y lesión de la pared bronquial. Es una complicación grave aunque poco frecuente. No hay que confundirla con falsas bronquiectasias donde existe gran hipersecreción y expectoración.

Durante la fase de crisis las consecuencias son: Espasmo de los músculos lisos bronquiales, donde se produce contracción de estos músculos disminuyendo el calibre bronquial. Hipersecreción mucosa, aquí las secreciones que habitualmente se encuentran en los bronquios para facilitar el funcionamiento depurador del epitelio ciliar aumentan su viscosidad llegando a producir tapones que en ese caso pueden llegar a taponar los bronquios. Y de forma crónica edema submucoso: se produce en las fases críticas un engrosamiento celular con inflamación y edema.²⁵

FACTORES PSICOLÓGICOS RELACIONADOS CON EL ASMA BRONQUIAL

Desde muy antiguo se ha reconocido la importancia de los factores psicológicos en el asma bronquial. Hipócrates (460-377 a. de C.) ya realizó una descripción del asma y señaló que el asmático debe estar atento contra la ira. En el siglo II de nuestra era, Aretaeus realizó una primera descripción del asma en términos de enfermedad psicósomática.²⁶ Más tarde, en el siglo XII, Maimónides publicó su Tractus contra passionem astrnatis, dando una descripción de la enfermedad en términos claramente psicológicos.²⁶ Ya en el siglo XIX, en 1886, McKenzie publica un famoso artículo, en el cual relata cómo era capaz de producir crisis asmáticas en una mujer, que sufría esas crisis precedidas de olor a rosas, con la sola presentación de una rosa artificial de papel. Hay que esperar hasta principios del siglo XX para que el asma bronquial sea considerada un problema sanitario de primer orden, estando hasta entonces a la sombra de las grandes enfermedades infecciosas y de los problemas de malnutrición.²⁶

Sin duda, el estado emocional más estudiado en el asma ha sido el estrés, siempre considerando que se pueda realizar la distinción entre estados de sugestión y estrés y entre investigaciones que estudian la influencia de estos dos procesos, ya que cabe la opinión que la reactividad a la sugestión no sea tal reacción en sí misma y sea una

reacción de estrés producida en el sujeto ante la pretendida solución broncoconstrictora que se le va a administrar.²⁶

Los estudios realizados con metodología correlacionar ponen de relieve la importancia de los factores psicológicos, ya sean factores emocionales, conflictos familiares, etc. Los posibles mecanismos detectados, responsables de los cambios en el funcionamiento pulmonar, podrían ser los cambios ocurridos en la activación nerviosa durante el estado emocional, El problema de estas investigaciones, como ya es bien sabido, es que la correlación no implica causalidad, por lo que las variables psicológicas estudiadas podrían ser tanto origen como consecuencia de la enfermedad.²⁶

Los mecanismos de influencia del estrés, la ansiedad y otros factores emocionales no están completamente aclarados en la actualidad, señalándose como mecanismos principales los cambios producidos en el sistema nervioso autónomo y la influencia de las conductas que acompañan a todas las emociones.²⁷

El asma puede llegar a ocasionar serias restricciones en el estilo de vida del paciente. Esta situación se hace especialmente grave en la población infantil, ya que las limitaciones pueden ocasionar deficiencias a nivel académico como a nivel social, que repercutirán en el futuro desarrollo del paciente.²⁷

Lo que hace necesario identificar no sólo los factores clínicos que afectan a la calidad de vida del paciente, sino también las condicionantes que afectan a la familia, sólo de esta manera se pueden enfrentar la totalidad de los problemas, dentro de un abordaje más integral de la enfermedad.²⁷

A continuación se describen algunas de las variables psicosociales relacionadas con el asma bronquial en el propio paciente:

Ansiedad Puede ser uno de los factores explicativos de los trastornos psicofisiológicos debido a dos características de la propia enfermedad. La primera de ellas se produce cuando el paciente en una crisis (bronco-constricción) intenta compensar la dificultad respiratoria, en ese momento existe una alta activación emocional que desemboca en una hiperventilación, como consecuencia de todo ello se produce un aumento de la ansiedad por la imposibilidad de poder controlar la situación. La segunda el estado

emocional del paciente que se genera al exponerse a un estímulo que reconoce como desencadenante.²⁷

La intermitencia y la gran variedad de estímulos desencadenantes se traducen en imprevisibilidad, la cual se transforma en el sujeto en una gran actividad adelante pasar a describir las variables que afectan a la propia familia, sin dejar nunca de lado el modelo circular de interacción cognitiva en forma de creencias y expectativas sobre el trastorno, su aparición y sus consecuencias. Estas creencias y expectativas hacen que se genere una ansiedad crónica con la consecuente mayor activación fisiológica y mayor atención a los estímulos circundantes.²⁷

Depresión Se ha señalado una mayor presencia de este trastorno en los sujetos que sufren asma bronquial, tanto en niños y adolescentes. La intermitencia del trastorno e imprevisibilidad con la que se presentan vuelven a jugar un papel fundamental dando al sujeto una sensación de falta de control que limita el realizar sus actividades habituales, se restringen de llevar a cabo nuevas experiencias y no se integra a las dinámicas grupales de su entorno que ocasionan aislamiento social.²⁸

Ira es una emoción única en cuanto a la función de movilizar y mantener la energía en niveles altos, no habiendo otras emociones que puedan igualarla en cuanto al mantenimiento de altos niveles de actividad motora que se desencadena por la activación del sistema autónomo ante la crisis.²⁸

Sugestión. El estudio pionero en la investigación sobre la sugestión es el realizado por Luparello, Lyons, Bleecker y McFadenn . En este estudio se realiza un esquema que se puede considerar como prototipo para el resto de estudios de sugestión. En esta investigación, los autores inyectan a los pacientes una solución salina (inocua) y se les presenta a los sujetos como un potente alérgeno, esto hace provocar en algunos de los sujetos un importante grado de constricción bronquial.

A través del esquema mencionado se puede apreciar que los cambios producidos en la luz bronquial de los sujetos experimentales están mediados en gran parte por las expectativas generadas por los propios sujetos.²⁸

Aunque existen varias explicaciones, la teoría con mayor apoyo empírico consiste en la implicación directa del sistema nervioso autónomo en su rama parasimpática.

Privación de actividades Los niños dejan de acudir a la escuela y entre los adultos se produce absentismo laboral. Moore en un estudio realizado comprobó que el asma fue el factor relacionado con el absentismo escolar en menores de 17 años con desórdenes físicos de carácter crónico, después de 30 años las cosas no han cambiado y el asma sigue siendo la causa responsable del mayor número de absentismo escolar entre las enfermedades crónicas.²⁸

El ausentismo posibilita retraso académico en el 45% de los casos, a pesar de poseer un nivel intelectual medio.

Consecuencias en las familias En general, los efectos disruptivos de la enfermedad en la vida del paciente y la sensación de amenaza para su propia vida son las causas principales para que aparezcan alteraciones psicosociales en el propio paciente y en sus familias.²⁸

Existen altos niveles de ansiedad, estrés y depresión en las familias de los pacientes asmáticos originados por mecanismos parecidos a cómo lo hacen en los propios pacientes.

Las familias de los niños asmáticos en un intento de prevenir las crisis prohíben y limitan la actividad de sus hijos. En un estudio con preescolares, los padres de niños asmáticos calificaron a sus hijos como inseguros a diferencia de los padres de niños sin asma. Generando un inadecuado desarrollo psicosocial del niño y un retraso en la adquisición de hábitos de autonomía, lo cual influye en ulteriores actividades del niño, sobre todo en las actividades sociales, generando una excesiva dependencia del grupo familiar, cerrándose uno de los círculos que dificultan un desarrollo adecuado en la toma de decisiones y el autocontrol.²⁸

La sobreprotección genera un modo des adaptativo de controlar la enfermedad, generando en la familia desacuerdos en cuanto a su tratamiento, ansiedad frente a la enfermedad y sacrificios de los miembros de la familia.²⁸

Hoy en día, existe un cierto consenso en aceptar que los factores psicológicos afectan al mantenimiento de la enfermedad, pudiendo enclavarse la investigación psicológica en la llamada “teoría del psico -mantenimiento psicológico”. Esta teoría postula que las variables psicológicas, sociales y conductuales pueden mantener y agravar la enfermedad física, influyendo decisivamente en el curso de ésta.²⁸

Los factores psicológicos pueden provocar tanto bronco constricción como bronco dilatación, y dependiendo de los pacientes, condicionar las manifestaciones clínicas y alterar o no los índices de morbilidad.²⁸

No hay un estímulo común o grupo de estímulos que puedan recrear respuestas emocionales concretas en un espectro de individuos, como la reacción del paciente varía en cada población, no es poco probable, sino quizás remoto, encontrar un estímulo de carácter general que provoque una reacción estándar en cualquier población a estudiar.²⁸

No se puede hoy en día asegurar la dirección exacta de influencia de los factores psicológicos y en particular de las emociones, en el estado de desarrollo de la Psicología cualquier posición es, cuando menos, especulativa en mayor o menor grado. Existe mayor evidencia empírica que apoya que la mayor tasa de emoción negativa en el asma, aunque las emociones negativas pueden exacerbar el asma o resultar de la enfermedad, sólo es posible hablar en términos de co ocurrencia o correlación.²⁸

El asma supone un conflicto intrapsíquico referido a una dependencia excesiva de la madre, de esa manera cualquier amenaza que dé lugar a una posible separación de la madre precipitará un ataque de asma, llegándose a decir que se lleva a la propia madre en los bronquios, este enfoque considera el asma como un llanto reprimido por la ausencia de la madre.²⁸

La corriente psicoanalítica ha tenido una gran relevancia en los tratamientos psicológicos durante muchos años y por tanto ha sido importante en el problema del asma, esa relevancia ha sido la causa directa que los pacientes asmáticos sean incorrectamente tratados como enfermos perturbados mentalmente.²⁸

Aunque los pacientes asmáticos puedan caracterizarse por algún rasgo de pasividad y dependencia, la explicación más plausible a esos posibles comportamientos es que se desarrollen como consecuencia de la propia enfermedad, enfermedad que puede tener graves consecuencias desde la infancia, lo que puede provocar sobreprotección por parte de los padres.²⁸

Los psicólogos experimentales que centraban su atención en la “neurosis experimental” y condicionamiento aversivo ya mostraron el condicionamiento de respuestas respiratorias con situaciones aversivas.²⁸

En estos estudios se ha informado de resultados positivos en sujetos que ya presentaban previamente la enfermedad. Por ello, el condicionamiento clásico tiene un cierto grado de consideración en las explicaciones de la enfermedad, demostrando que los espasmos bronquiales pueden ser respuestas condicionadas desde este paradigma. Sensaciones y estímulos que provocan naturalmente espasmo bronquial inducidos por antígenos, podrían quedar asociados a ellos y dar lugar más tarde a espasmos condicionados. Los estímulos que preceden a la toma de un broncodilatador, pueden de igual forma producir respuestas condicionadas de relajación de la musculatura liso-bronquial.²⁹

El principal inconveniente de esta perspectiva es el no ofrecer una explicación completa del fenómeno, el hecho de que una respuesta asmática pueda quedar condicionada no justifica que sea adquirida siempre a través de dicho mecanismo.²⁹

El asma es considerada como una conducta más, dirigida a la obtención de refuerzos y la evitación de castigos, de tal forma que si una conducta va seguida de refuerzo (pueden serlo ciertos tipos de conductas relacionadas con la enfermedad) aumentará su frecuencia.²⁹

Los estudios desde esta perspectiva están orientados a estudiar conductas concretas asociadas con la enfermedad, conductas que en la mayor parte de los casos pueden suponer un problema para el curso de la enfermedad, como pueden ser la toma de medicación, la reducción de visitas al servicio de urgencia, reducción de episodios de bronco-constricción o el tratamiento del absentismo escolar.²⁹

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

La crisis de asma es un episodio agudo o subagudo de disnea, tos, sibilancias u opresión en el pecho que se presentan, como síntomas únicos o en cualquier combinación, en un paciente asmático, que no tienen una explicación diferente del asma misma y que tiene suficiente magnitud y duración para causar un cambio significativo del tratamiento o para motivar una consulta médica. La carga económica total producida por asma en Estados Unidos se estimó, en 2000, en 12.7 mil millones de dólares de los cuales 58% representaron costos directos y 42% costos indirectos. En México se estima que los costos anuales directos van de los 32 a los 35 millones de dólares.

Se considera la primera causa de consulta en los servicios de urgencias y consulta externa en hospitales como el INER.

Existen estudios que correlacionan el asma con estímulos emocionales. Sin embargo sin muestras significativas y sin prestar atención a los factores de su entorno. El cómo afecta las relaciones con los miembros de la familia, en especial la madre para el aumento de frecuencia de episodios de asma en los niños.

Durante una crisis asmática, la madre reacciona con preocupación, estrés, angustia así como ansiedad.

Se encontró un estudio en España donde, como factor predisponente para asma en niños, las madres que estuvieron expuestas a factores que les desencadenaron ansiedad, sus hijos tenían mayor predisposición a ser asmáticos, que las madres que estuvieron en un ambiente relajado.

Con este trabajo, se pretendió demostrar la relación existente entre la ansiedad materna como condicionante de exacerbación de crisis asmáticas en niños menores de 6 años, ya que se observa que el vínculo entre estos dos, es más estrecho durante ese periodo.

¿EXISTE ASOCIACION ENTRE LA ANSIEDAD MATERNA Y EXACERBACIONES DE CRISIS ASMATICAS EN NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS?

OBJETIVOS

Determinar la correlación entre la ansiedad materna y la exacerbación del asma en el niño.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Mencionar el perfil sociodemográfico de la madre (edad, escolaridad, ocupación, estado civil, número de hijos).
- Mencionar el perfil sociodemográfico del niño (edad, escolaridad, actividades recreativas, número de hijo).
- Identificar antecedentes en relación al asma. (Edad de inicio, tiempo de evolución, número de crisis en 1 mes. Clasificar severidad del Asma de acuerdo a GINA. Así como manejo farmacológico, y el apego a éste en los últimos 6 meses)
- Indagar los niveles de ansiedad en la madre.
- Buscar la correlación entre ambas variables de estudio.

JUSTIFICACION

La carga económica total producida por asma en Estados Unidos se estimó, en 2000, en 12.7 mil millones de dólares de los cuales 58% representaron costos directos y 42% costos indirectos.

En México se estima que los costos anuales directos van de los 32 a los 35 millones de dólares.

La conferencia Internacional de Alma Ata el 12 de septiembre de 1978 declaró la atención primaria de salud (APS) pieza clave de la estrategia de “salud para todos”.

El objetivo básico de construir una APS “esencial y participativa, universal y pertinente” en países de vías de desarrollo y los programas enfocados al diagnóstico de calidad y la mejora en términos de eficiencia de este primer nivel de los países desarrollados siguen siendo hoy día prioritarios en la planificación y gestión sanitaria mundiales.

Cada vez más se impone un concepto holístico de salud en el que destacan los aspectos relacionados con el bienestar psíquico. Por razones sociológicas culturales y de mercado la salud mental ha ido constituyéndose en causa prominente del consumo de recursos sanitarios y se ha revelado como uno de los factores primordiales de productividad social del individuo. Las muestras de estas tendencias son varias. De comprobar la relación ansiedad-crisis asmática, se puede complementar el manejo del niño asmático no solo desde el punto de vista farmacológico, sino integral, lo cual disminuiría el número de internamientos, mejoras a la calidad de vida e incluso a nivel institucional disminución de costos por hospitalización o por medicamentos.

Por lo tanto es necesario, ampliar los contenidos, especialmente los referidos al diagnóstico diferencial y al manejo de los trastornos psiquiátricos y psicológicos que los médicos de atención primaria asumen como tratables en su medio, así como criterios de derivación y el posible papel del clínico en aquellos problemas fundamentalmente atendidos por el especialista.

De comprobar la relación ansiedad-crisis asmática, se puede complementar el manejo del niño asmático no solo desde el punto de vista farmacológico, sino integral, lo cual

disminuiría el número de internamientos, mejoras a la calidad de vida e incluso a nivel institucional disminución de costos por hospitalización o por medicamentos.

HIPOTESIS

ALTERNA: Existe asociación el grado de ansiedad materna y la presentación de los cuadros de asma.

NULA: No existe asociación el grado de ansiedad materna y la presentación de los cuadros de asma

MATERIAL Y METODOS

AREA DE ESTUDIO

Se realizó en las instalaciones del Hospital Gineco-Pediatría 3ª en el área de Urgencias pediátricas del Instituto Mexicano del Seguro Social, ubicada en Av. Instituto Politécnico Nacional Colonia Magdalena de las Salinas C.P. 07760 Delegación: Gustavo A. Madero

DISEÑO

Transversal Analítico

TIPO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio trasversal analítico. Ya que nos avocamos a la captación de información, para verificar los episodios de crisis asmática en un niño en el periodo comprendido de un año a la fecha. Se considera transversal ya que, la información se basa en cuestionarios de aplicación una sola vez.

CRITERIOS DE INCLUSION

- Niños derechohabientes del IMSS
- Captados en Consulta Externa y Servicio de Urgencias Pediatría.
- Basándonos en que el asma es una enfermedad que se detecta desde el segundo episodio de bronquiolitis en el niño, y tomando en cuenta que la edad en la que el niño capta causa y efecto es desde las doce semanas se tomara como rango de edad Desde el diagnóstico de asma (posterior al año de edad) hasta los 6 años
- Madres de niños con diagnóstico de asma de más de un año de evolución
- Niños con más de 3 cuadros de exacerbación al mes

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Niños que sean cuidados por instituciones (guarderías o sistema escolarizado)
- Niños que no lleven control médico del asma. Esto es, únicamente vigilancia o tratamiento farmacológico acompañante.
- Madres de niño que no cohabiten con él.
- Cuidadores primarios que jueguen el rol materno. (Abuelas, tías, madrastras)

CRITERIOS ELIMINACION

- Que se deseen retirar
- Que no contesten el 90% de las encuestas.

TIPO DE MUESTREO Y MUESTRA

Probabilístico por casos consecutivos, tomando en cuenta los tres turnos en servicio de Urgencias Pediatría en el 2do Nivel de Atención. Así como niños captados en consulta externa de dicho Hospital.

Tamaño de la muestra requerido cuando se usa coeficiente de correlación.

$$N = [(Z_{\alpha} + Z_{\beta})/C]^2 + 3$$

Z_{α} : Desviación normal estandarizada de α

Si la hipótesis alternativa es bilateral =1.96, cuando $\alpha = 0.05$ y 1.645 cuando $\alpha = 0.10$

Si la hipótesis alternativa es unilateral =1.645, cuando $\alpha = 0.05$

Z_{β} : Desviación normal estandarizada de β

$Z_{\beta} = 0.84$ cuando $\beta = 0.20$ y

$Z_{\beta} = 1.282$ cuando $\beta = 0.10$

r : coeficiente de correlación esperado (0.20). Es decir del 20%

$C: 0.5 \times \ln[1(1 + r)/(1 - r)]$

N : Número total requerido de individuos 266

Con una confiabilidad de 95% y un rango de error del 0.05%.

VARIABLES DE ESTUDIO

Variable dependiente: Crisis asmática

Variable independiente: Ansiedad materna

Otras variables independientes: Aspectos sociodemográficos de la madre y el niño, características del asma,

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	DEFINICION CONCEPTUAL	ESCALA DE MEDICION	PRUEBA ESTADISTICA
EDAD	Se midió en años cumplidos por pregunta directa al responsable del niño	Tiempo transcurrido desde el nacimiento estimado en años que debe ser exacta para entrar en el estudio.	Cuantitativa Continua.	Frecuencias Porcentajes
ESTADO CIVIL	Se obtener mediante una pregunta directa en el cuestionario y se clasifica en : Soltero Casado Unión Libre Divorciada o separada Viuda	Condición de un individuo en lo que toca a sus relaciones con la sociedad	Cualitativa Nominal	Frecuencias Porcentajes
OCUPACION	Basado en su historial ocupacional con tarjetón de pago o nomina Ama de casa, Empleada Desempleada Comerciante o técnica independiente Pensionada	Condición de un individuo que presta un servicio actividad o función dentro de una empresa o institución para recibir a cambio un pago monetario	Cualitativa Nominal	Frecuencias y Porcentajes

<p>NIVEL SOCIOECONOMICO</p>	<p>Mediante el método Graffar Basado en el nivel de condiciones y estilo de vida.</p>	<p>Tomando en cuenta su ingreso económico familiar El número de hijos dependientes La escolaridad materna El número de personas por dormitorio</p>	<p>Cualitativa Ordinal</p>	<p>Frecuencias y Porcentajes</p>
<p>AMBITO FAMILIAR</p>	<p>Donde se evalúa la integración de esa familia a la sociedad</p>	<p>Se evalúa en socialmente integrada Socialmente marginada Con privación social</p>	<p>Cualitativa Ordinal</p>	<p>FRECUENCIAS y porcentajes</p>

VARIABLES DEPENDIENTES

DE LA MADRE

ANSIEDAD

Se define como un estado emocional consistente en reacciones de miedo o aprensión anticipatorias de peligro o amenaza, acompañados de activación del sistema nervioso autónomo.

Los trastornos de ansiedad se encuentran entre los problemas de salud mental más frecuentes. Hasta una tercera parte de los pacientes de un servicio de urgencias, presentan síntomas de ansiedad importantes.

OPERACIONALIZACION

La utilización de escalas para medir variables psicosociales y somáticas, es muy habitual y ofrece ventajas a la hora de llevar a cabo proyectos de investigación.

Escala de Hamilton para la depresión
Escala de Halmilton para la ansiedad

La escala de Hamilton consta de 14 ítems y proporciona una medida global de ansiedad que se obtiene sumando la puntuación obtenida en cada uno de los ítems y los cortes de puntos recomendados.

0 a 5 ansiedad

6 a 14 ansiedad leve

+ 15 ansiedad moderada a severa.

DEL INFANTE

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	DEFINICION CONCEPTUAL	ESCALA DE MEDICION	PRUEBA ESTADISTICA
EDAD	Lo que nos permite hacer mención al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo.		Cualitativa Nominal	Porcentajes y estadística
PREMATUREZ	Pre término o Recién Nacido prematuro, se define como el niño nacido antes de completar las 37 semanas de Gestación	Pre término o Recién Nacido prematuro, se define como el niño nacido antes de completar las 37 semanas de Gestación. El objetivo principal del manejo de la prematuridad es disminuir la mortalidad perinatal, la mortalidad neonatal y la morbilidad. Un manejo adecuado de las mujeres embarazadas con riesgo de parto prematuro, permite prolongar la vida intrauterina,	Cualitativa Nominal	Porcentajes y estadística

	<p>optimizando las condiciones del feto para el nacimiento. En caso de prematuros de menos de 1500 gramos o menores de 32 semanas al nacer se debe prevenir y tratar precozmente las secuelas para mejorar su calidad de vida.</p>		
No. De HIJO		Cualitativa Nominal	Porcentajes y estadística
PASATIEMPO	<p>Se define como un entretenimiento que se practica juega o implementa con el objetivo de divertirse y desestresarte. Su valor radica en el entretenimiento que le brinda a la persona que la lleva a cabo y desemboca en no pensar en aquellas cuestiones cotidianas que preocupan a la gente común.</p>	Cualitativa Nominal	Porcentajes y estadística

VARIABLE INDEPENDIENTE

Exacerbación de cuadros.

CARACTERÍSTICAS	CONTROLADA	PARCIALMENTE CONTROLADA	DESCONTROLADA
SINTOMAS DIURNOS	Ninguno (dos o menos /semana)	Mas de dos veces por semana	
LIMITACION DE ACTIVIDADES SÍNTOMAS	Ninguna	Algunas	
NOCTURNOS/ DESPERTAR POR CRISIS	Ninguno o menos de dos por semana	Mas de dos por semana	Tres o más veces de la parcialmente controlada
REQUERIMIENTO TX RESCATE	Ninguno o menos de dos por semana.	Mas de dos por semana	

Se midió a través del cuestionario CAN versión tutores.

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

Se solicitó a las autoridades del Hospital de Gineco Pediatría 3, la realización del estudio. Se informó a Jefes de Servicio de Consulta Externa y Urgencias. Así como a los médicos Pediatras que se encontraban laborando en dichas áreas sobre la realización del proyecto.

Durante la espera, ya sea en consulta externa, durante las nebulizaciones del niño (a) o estancia corta en urgencias se explicó a la madre brevemente sobre el presente estudio. Y con su consentimiento se inició la realización de los cuestionarios de CAN, Hamilton y Graffar, así como evaluación del ámbito social familiar. Cualquier duda que presentó la madre en ese momento se aclaró. Al término del llenado de dichos cuestionarios se agradece a la madre y se dieron los datos del investigador en caso de dudas posteriores.

Al finalizar las 266 muestras. Se recabaron resultados, se codificaron y capturaron en el programa SPSS versión 19 para elaborar análisis estadístico y realización de tablas de salida para realizar presentación de resultados y análisis de los mismo y redactar escrito final.

INSTRUMENTOS

Los instrumentos aplicados fueron:

Escala de Ansiedad de Hamilton (HARS) Escala hetero administrada por un clínico tras una entrevista que consta de 14 preguntas. El rango de puntuación oscila entre 0 y 56 puntos.

- Una puntuación mayor o igual a 15 corresponde a Ansiedad Moderada Grave
- Una puntuación de 6 a 14 corresponde a ansiedad leve.
- Una puntuación de 0 a 5 corresponde a ausencia o remisión del trastorno.
- Confiabilidad a de Cronbach de 0,86 (buena consistencia)

Prueba de Control ACL Asma En Niños. Evaluación sencilla de 7 preguntas, validada clínicamente en niños asmáticos entre las edades de 4 a 11 años que rrefleja la naturaleza multidimensional del control del asma con una cconfiabilidad a de Cronbach de 0,8380 Estratifica de acuerdo a la puntuación en controlada y no controlada.

Método Graffar. Evaluación Para determinar el nivel socioeconómico familiar. Con cuatro variables, donde el puntaje va de 1 a 5, y se indican los diferentes niveles en que se subdivide cada variable.

Para clasificar el estrato socioeconómico, se suman las cantidades señaladas en cada variable, según la tabla

Las cuatro variables y su correspondiente puntaje se muestran en la siguiente tabla:

	A	B	C	D	
1					04 – 06 ALTO
2					07 – 09 MEDIO ALTO
3					10 – 12 MEDIO BAJO
4					13 – 16 OBRERO
5					17 – 20 marginal

Evaluación del ámbito social familiar. De acuerdo a la clasificación anterior, se clasifica a la familia según su puntuación, de la siguiente forma:

Familia socialmente integrada 171 a 290 puntos.

Familia Socialmente marginada 121 a 170 puntos.

Familia con deprivación social 0 a 120 puntos.

ASPECTOS ETICOS

Declaración de Helsinki

1. El deber del médico es promover y velar por la salud de las personas.
2. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.
3. La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico con la fórmula “velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente”, y el Código Internacional de Ética Médica afirma que: “El médico debe actuar solamente en el interés del paciente al proporcionar atención médica que pueda tener el efecto de debilitar la condición mental y física del paciente”.
4. La investigación biomédica en seres humanos debe ser realizada solamente por personas científicamente calificadas, bajo la supervisión de una persona médica con competencia clínica.
5. La responsabilidad por el ser humano siempre debe recaer sobre una persona con calificaciones médicas, nunca sobre el individuo sujeto a investigación, aunque éste haya otorgado su consentimiento. y costos.
6. En investigación médica en seres humanos, la preocupación por el bienestar de los seres humanos debe tener siempre primacía sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad.

CRITERIOS DE NUREMBERG

El consentimiento voluntario del sujeto humano es absolutamente esencial.

Requiere que antes de aceptar una decisión afirmativa del sujeto que va a ser sometido al experimento hay que explicarle la naturaleza, duración y propósito del mismo.

El deber y la responsabilidad de determinar la calidad del consentimiento recaen en la persona que inicia, dirige o implica a otro en el experimento. Es un deber personal y una responsabilidad que no puede ser delegada con impunidad a otra persona.

El experimento debe realizarse con la finalidad de obtener resultados fructíferos para el bien de la sociedad que no sean asequibles mediante otros métodos o medios de estudio, y no debe ser de naturaleza aleatoria o innecesaria.

El experimento debe diseñarse y basarse en los resultados obtenidos mediante la experimentación previa con animales y el pleno conocimiento de la historia natural de la enfermedad o del problema en estudio, de modo que los resultados anticipados justifiquen la realización del experimento.

El experimento debe ser conducido de manera tal que evite todo sufrimiento o daño innecesario físico o mental.

No debe realizarse experimento alguno cuando hay una razón a priori para suponer que puede ocurrir la muerte o una lesión irreparable; excepto, quizá, en los experimentos en los que los médicos investigadores son también sujetos de experimentación.

El riesgo tomado no debe exceder nunca el determinado por la importancia humanitaria del problema que ha de resolver el experimento.

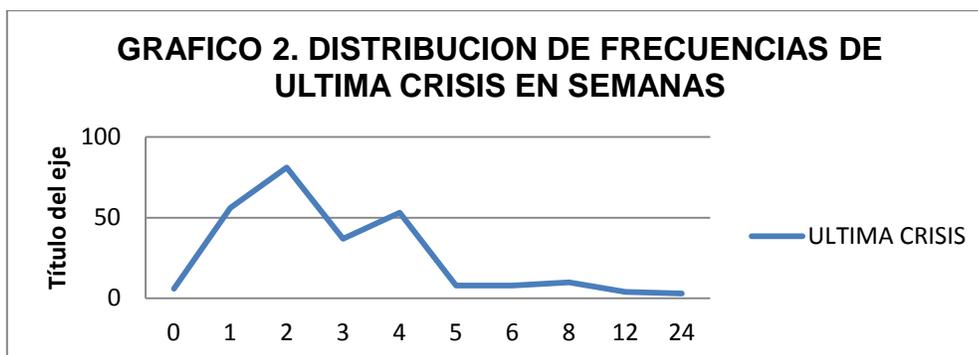
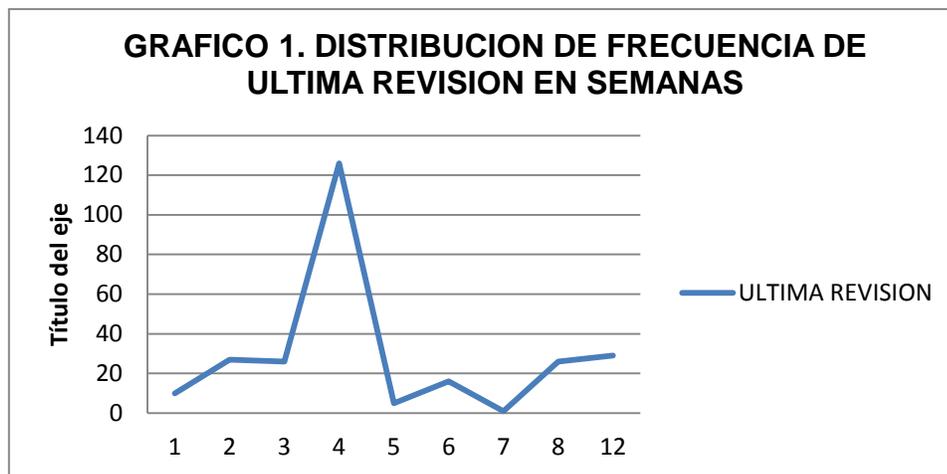
Se deben tomar las precauciones adecuadas y disponer de las instalaciones óptimas para proteger al sujeto implicado de las posibilidades incluso remotas de lesión, incapacidad o muerte

En cualquier momento durante el curso del experimento el científico que lo realiza debe estar preparado para interrumpirlo si tiene razones para creer -en el ejercicio de su buena fe, habilidad técnica y juicio cuidadoso- que la continuación del experimento puede provocar lesión incapacidad o muerte al sujeto en experimentación.

RESULTADOS

Se realizaron 266 encuestas a madres de pacientes con diagnóstico de Asma Bronquial que acudieron a solicitar atención en el servicio de urgencias.

En cuanto a los niños la media de edad fue de 3 años, en etapa preescolar en el con antecedentes perinatales como productos de término 83.1% (n= 221) sin uso de incubadora 77.4% (n= 206) con diagnóstico realizado en la institución (IMSS) en el 84.6% (n= 225) última revisión hace 1 mes. Grafico 1 En tratamiento con rescate y esteroide inhalado en un 46.6% (n= 124) y fecha de última crisis con una media de 2 semanas en 30.5% (n=81) Grafico 2 Cuadro 1 El perfil sociodemográfico de las madres que predominó fue media de edad 27.42 ± 4.46 años, escolaridad preparatoria o equivalentes en el 59.4% (n=158); ocupación empleada en el 33.1% (n=88); estado civil casadas en el 34.2% (n=91) y nivel socioeconómico medio bajo en el 42.5% (n=113). Cuadro 2.



Cuadro1. Perfil Clínico de Niños Asmáticos Encuestados.

	Variables	Frecuencia	Porcentaje
ETAPA	LACTANTE	11	4.1
	PREESCOLAR1	141	53.0
	PREESCOLAR2	114	42.9
TERMINO	SI	221	83.1
	NO	45	16.9
INCUBADO RA	SI	60	22.6
	NO	206	77.4
LUGAR DX	IMSS	225	84.6
	ISSSTE	2	.8
	SALUBRIDAD	34	12.8
	OTRO	5	1.9
ACUDE	SI	266	100.0
	1	10	3.8
	2	27	10.2
	3	26	9.8
	4	126	47.4
ULTIMA REVISION	5	5	1.9
	6	16	6.0
	7	1	.4
	8	26	9.8
	12	29	10.9
	RESCATE	74	27.8
	RESCATE Y ESTEROIDE	124	46.6
TRATAMIENTO RECIBIDO	RESCATE E INHIBIDOR LEUCOTRIENOS	60	22.6
	RESCATE E INMUNOTERAPIA	7	2.6
	0	6	2.3
	1	56	21.1
	2	81	30.5
FECHA DE ULTIMA CRISIS	3	37	13.9
	4	53	19.9
	5	8	3.0
	6	8	3.0
	8	10	3.8
	12	4	1.5
	24	3	1.1

Fuente: Encuestas realizadas a Madres de pacientes

Cuadro 2. Perfil sociodemográfico de las madres de pacientes con Asma Bronquial

VARIABLE	N	%
ESCOLARIDAD		
• <i>Primaria</i>	1	.4
• <i>Secundaria</i>	54	20.3
• <i>Preparatoria, Bachillerato, Carrera técnica</i>	158	59.4
• <i>Licenciatura</i>	47	17.7
• <i>Posgrado</i>	6	2.3
OCUPACION		
• <i>Hogar</i>	60	22.6
• <i>Obrera</i>	37	13.9
• <i>Empleada</i>	88	33.1
• <i>Comerciante</i>	77	28.9
• <i>Desempleada</i>	4	1.5
ESTADO CIVIL		
• <i>Madre Soltera</i>	65	24.4
• <i>Casada</i>	91	34.2
• <i>Unión Libre</i>	84	31.6
• <i>Divorciada</i>	24	9.0
• <i>Viudas</i>	2	.8
NIVEL SOCIOECONOMICO		
• <i>Alto</i>	37	13.9
• <i>Medio Alto</i>	33	12.4
• <i>Medio Bajo</i>	113	42.5
• <i>Obrero</i>	83	31.2

Fuente: Encuestas realizadas a Madres de pacientes

Del total de menores con crisis asmáticas entraron dentro del grupo de mal control fueron el 72.6% (n=193), y buen control el 27.4% (n=73). Cuadro 3 Grafico3

Cuadro 3. Control de Asma en base a síntomas presentados en un lapso de 4 semanas

VARIABLE	N	%
BUEN CONTROL	73	27.4
MAL CONTROL	193	72.6

Fuente: Encuestas realizadas a Madres de pacientes

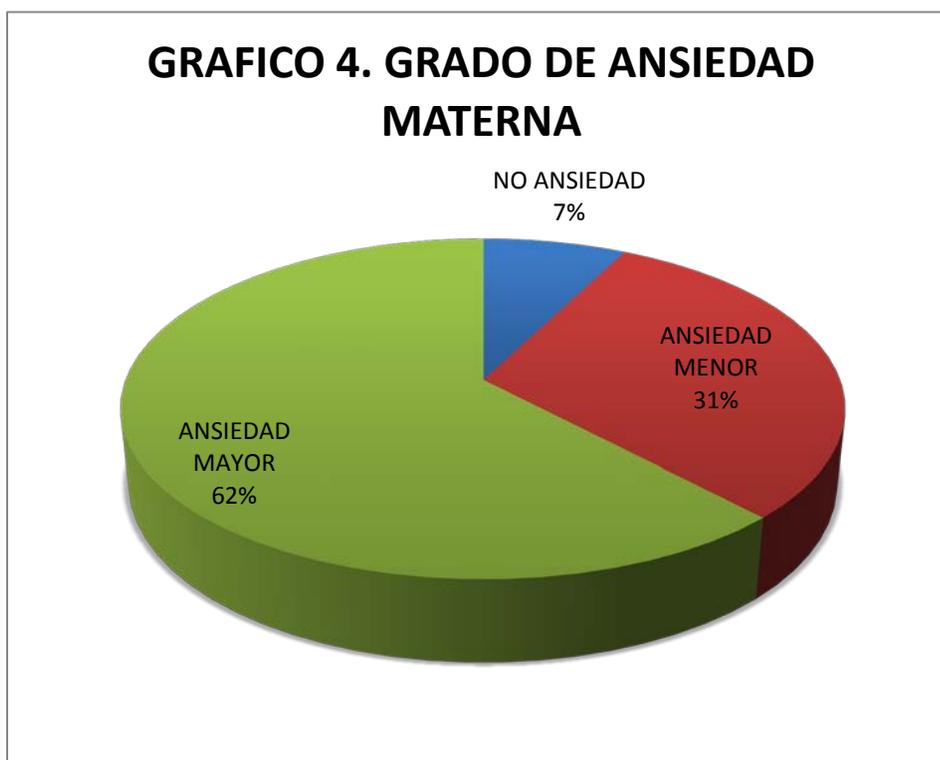


El grado de ansiedad que predominó en las madres fue Ansiedad Mayor en el 62% (n=165), en segundo lugar ansiedad menor en el 30.5% (n= 81). Y madres sin ansiedad en un 7.5% (n=20) Cuadro 4. Grafico 4

Cuadro 4. Grado de Ansiedad presente en las madres encuestadas.

VARIABLES	N	%
NO ANSIEDAD	20	7.5
ANSIEDAD MENOR	81	30.5
ANSIEDAD MAYOR	165	62.0

Fuente: Encuestas realizadas a Madres de pacientes



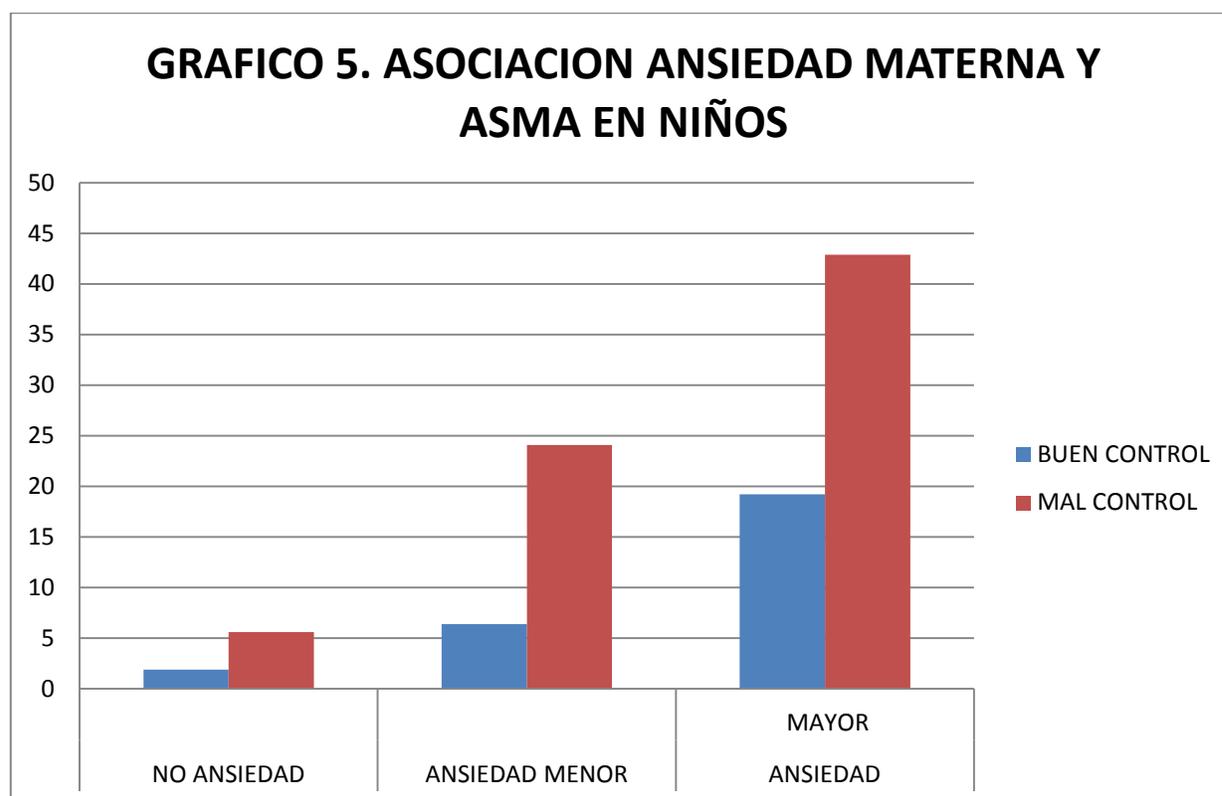
En base a la asociación de Ansiedad Materna y la exacerbación de las crisis Asmáticas en niños se encontró que P significativa .006 en cuanto a la Ansiedad y el Mal Control del Asma. Cuadro 5 , Grafico 5

Sin embargo no existió correlación en el análisis bivariado con p .543.

Cuadro 5. Asociación entre Ansiedad Materna y exacerbación de Crisis Asmáticas en niños.

ASMA BRONQUIAL		NIVEL DE ANSIEDAD			P*
		NO ANSIEDAD	ANSIEDAD MENOR	ANSIEDAD MAYOR	
BUEN CONTROL	N	5	17	51	.006
	%	1.9	6.4	19.2	
MAL CONTROL	N	15	64	114	
	%	5.6	24.1	42.9	

Fuente: Encuestas realizadas a Madres de pacientes * Chi cuadrada



DISCUSION

A través del presente estudio se observó una asociación entre la el nivel de ansiedad materna y los cuadro de exacerbación en los niños con Asma ya diagnosticada; es decir a mayor número de reiteración de la exacerbación de la enfermedad mayor grado de ansiedad materna.

El estrés ha sido considerado factor precipitante del asma; los mecanismos neuroinmunológicos, por los cuales estresores ambientales y psicológicos contribuyen a posteriores exacerbaciones del asma.

En el presente trabajo, también se asoció el grado de ansiedad materna y la presencia de exacerbaciones de crisis asmáticas en los niños, lo cual sugiere que si la madre está expuesta a grados de ansiedad elevada, se favorece la comunicación no verbal del estrés al niño repercutiendo tanto a nivel fisiológico con incremento del cortisol como emocional con pérdida de control ante la enfermedad. Al respecto Betheway (1997) mostro un posible efecto de la ansiedad materna en la conducta infantil ya que observo una asociación muy significativa entre la ansiedad materna en el tercer trimestre y las alteraciones de conducta y/o problemas emocionales en la primera infancia. Semejante a lo anterior, el estudio ALSPAC (1992) (Avon Longitudinal Study of Parents and Children) realizado en niños a la edad de cuatro años donde se midió el cortisol en la saliva en el primer día del colegio y antes de poner una vacuna: reporto que los hijos de madres que habían tenido más estrés en el embarazo mostraban niveles más altos de cortisol, lo cual confirmo que el efecto duradero que tiene la ansiedad en el embarazo sobre el desarrollo del niño.

Así mismo en Manitoba, Canadá con seguimiento a los historiales electrónicos de 13 907 niños Kozyrskyj y col *describieron* que los períodos de exacerbación de la enfermedad se asociaron con ciertas características sociodemográficas o con eventos de vida adversos. Observaron que los niños con asma tienen familias con problemas económicos y ambientes emocionalmente adversos, la asociación entre estrés materno

y la incidencia de asma tuvo una razón de momios (RM) de 1.44, intervalo de confianza del 95% de 1.12 a 1.85. Otros estudios (Canetti, Bachar, Galili- Weisstub 2004), también reportaron, que los pacientes que sufren asma exhiben dentro de su entorno familiar ciertas características en la interacción, siendo la más importante la sobreprotección por parte de los padres (en especial con sobre involucramiento materno) Bowlby (1990, 1999) describió que la sobreprotección materna crea en el niño un tipo de apego al que denomina “apego ansioso resistente”.

En conclusión los efectos hormonales involucrados en la ansiedad como de interacción parecerían estar ligados a la exacerbaciones de asma en hijo de madres con algún grado de ansiedad sin embargo faltaría medir los niveles de cortisol materno-filial; ampliar la muestra considerando otros niveles de atención, entrevistas directas a los niños, medir la dinámica y funcionamiento familiar, explorar los recursos familiares, y biopsicosociales, además del grado de ansiedad del niño y compararlo con el de la madre, por lo cual sugerimos continuar esta línea de investigación.

CONCLUSIONES

El perfil sociodemográfico de las madres encuestadas que predominó fue media de edad 27.42 ± 4.46 años, escolaridad preparatoria o equivalentes en el 59.4% (n=158); ocupación empleada en el 33.1% (n=88); estado civil casadas en el 34.2% (n=91) y nivel socioeconómico medio bajo en el 42.5% (n=113).

Las características sociodemográficas y clínicas del niño fueron niños la media de edad fue de 3 años, en etapa preescolar en el con antecedentes perinatales como productos de término 83.1% (n= 221) sin uso de incubadora 77.4% (n= 206) con diagnóstico realizado en la institución (IMSS) en el 84.6% (n= 225) última revisión hace 1 mes en tratamiento con rescate y esteroide inhalado en un 46.6% (n= 124) y fecha de última crisis con una media de 2 semanas en 30.5% (n=81)

Se encontró asociación entre Ansiedad materna bien, y las exacerbaciones por crisis asmáticas en niños, con una p 0.006.

COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES

Concluimos que el asma, como una patología multifactorial, no debe limitarse su manejo a un tratamiento farmacológico específico únicamente, dado los diversos estudios que nos muestran la gran influencia del medio familiar y ambiental en la exacerbación de las crisis. El manejo del paciente asmático debe ser a nivel clínico, sin olvidar tomar en cuenta su núcleo familiar y su desarrollo biopsicosocial, y en caso de presentar disfunción en alguno de estos ámbitos, dar manejo y seguimiento, todo ello, con el objetivo de llevar un manejo óptimo, reduciendo las visitas a urgencias, evitando internamientos, o limitaciones en su vida diaria, siendo así, mejorar su calidad de vida.

Se sugiere continuar la línea de investigación incluyendo otras variables familiares como la exploración de parámetros organizacionales de funcionamiento familiar entre los que se encuentran: límites, alianzas, coaliciones, flexibilidad, centralidad y comunicación.

REFERENCIAS

1. Brodie B. Mirada de la salud de niños a través de la enfermedad. *American Journal of Public Health* 1974; 64: 1156-59.
2. Brooks, C.; Richards, J.; Bailey, W.; Martin, B.; Windsor, R. y Soong, . Sintomatología subjetiva de asma en población ambulatoria. *Psychosomatic Medicine*, Ed. 51, 1998 Pag.102-108.
3. Burdon, JO.; Juniper, EF.; Killian, K.J.; Hargreave, FE, y Campbell, E.J.M. The perception of breathlessness in asthma, *American Review of Respiratory disease*, Ed.126, 1982 Pag. 825-828.
4. Burney, PO. J.; Chinn, S. y Roa R.J. Has the prevalence of asthma increased in children? Evidence from the National Study of health and growth. *British Medical Journal*, Ed 300, 1991. Pags1210-1306.
5. Burrows, B.; Martínez, F.D.; Halonen, E.; Barbee, RA. y Cline, MG. Association of asthma with serum IgE levels and skin test reactivity to allergens. *New England Journal Medical*, Ed.320, 1998 Pags. 271-277.
6. Butier, C. y Steptoe, A. Placebo responses: A experimental study of psychophysiological processes in asthmatic volunteers. *British Journal of Clinical Psychology*, Ed 25, 1986. Pags.173-184.
7. Butz, AM. y Alexander, C. Anxiety in children with asthma. *Journal of Asthma*, Ed.30, 2003 Pags. 199-209.
8. Cano-Vindel, A. (1989). Cognición, emoción y personalidad Un estudio centrado en la ansiedad. Tesis doctoral. Madrid: Universidad Complutense. (1989).
9. Cano-Vindel, A. Orientaciones en el estudio de la emoción, En E.G. Tesis. Madrid: Universidad Complutense. (1995).
10. Fernández-Abascal (Ed.), *Manual de motivación y emoción*. Madrid: Centro de Estudios Ramón Meces.
11. *Manual de Introducción a la Psicología. Motivación y Emoción*. Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces,
12. Cano-Vindel, A. y Fernández, J.C. Ansiedad y asma. Comunicación presentada en el XI Congreso Iberoamericano de Psicología. Madrid (España), 13-17 de Julio. (1998)

13. Carr, RE.; Lehrer, PM. y Hochron, SM. Panic symptoms in asthma and panic disorder: A preliminary test of the dyspnea-fear theory. *Behavior* Ed. 302, (1992) Pags. 251-261.
14. Carr, RE.; Lehrer, PM.; Hochron, SM. y Jackson, A. Effects of psychological stress on airway impedance in individuals with asthma and panic disorders. *New England Journal* Ed 105, (1999) Pags. 137-141.
15. Carr, RE.; Lehrer, PM.; Rausch, L. y Hochron, SM. Anxiety sensitivity and panic attacks in asthmatics. *Behavior Research and Therapy*, Ed. 30, (1994) Pags. 75-77.
16. Carson, D.K. y Schauer, R. Mothers of children with asthma: perceptions of parenting stress and the mother-child relationship. *Psychological Reports*, Ed. 71, (1992) Pags. 1139-1148.
17. Carswell, F.; Heck, G.; Robinson, E.; Hallows, D.; Peters, Y y Stanton, T. Family stress and childhood asthma. *Nursing Practice*, Ed.3, (1990) Pags.10-15.
18. Carter-Prokas, OD. y Gergen, PI. Reported asthma among Puerto Rican, Mexican-American, and Cuban children, 1982 through 1984. *American Journal of Public Health*, Ed.83, (1993) Pags. 580-582.
19. Casado, MI. (1994). Ansiedad, estrés y trastornos psicofisiológicos. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid.
20. Clarke, PS. Effects of emotion and cough on airways obstruction in asthma. *Medical Journal of Australia*, Ed. 1, (1970) Pags. 535-547.
21. Questionnaire for Childhood Asthma. *Journal of Asthma*, 30, 467-473.
22. Dahlem, N.W. y Kinsman, RA. Panic-Fear in asthma: A divergence between subjective report and behavioral pattern. *Perceptual and Motor Skills*, Ed. 46, (1998) 95-98.
23. Ellis, E.F. Asthma in childhood. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, Ed. 72, (2003) Pags.526-539.
24. Fernández, J.C. Perfiles de ansiedad en asmáticos a través del I.S.R.A. *Boletín de la Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés*, Ed. 7, (1997) Pags.12-22.
25. Fernández-Teruel, A. y Muntaner, C. Asma bronquial y psiconeuroinmunología. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Sexología*, Ed. 3, (1997) Pag.58-59.

26. Fernández-Teruel, A.; Roca, M.; Ugarte, B. y Muntaner, C. El asma y variables psicosociales. El alcance de su relación. Puntualizaciones a partir de la psiconeuroinmunología. *Psiquis*, Ed. 9, (1998) Pags. 230-235.
27. French, T.M. y Alexander, E. Psychogenic factors in bronchial asthma. *Psychosomatic Medical Monographs*, Ed. 4, (1941) Pags. 2-94.
28. Global initiative for asthma. Global strategy for asthma management and prevention NHLBI/WHO workshop report. 2002.
29. Plaza Moral V, Álvarez Gutiérrez FJ, Casan Clara P, Cobos Barroso N, López Viña A, Llauger Roselló MA, et al. Guía española para el manejo del asma (GEMA). *Arch Bronconeumol*. 2003; 39 Supl 5: 3-42.
30. Brown E.S. Asthma: Social and psychological factors and psychosomatic syndromes. *American College of Chest Physicians Ed*. 125 (2004) Pag 381- 394.
31. French. T. *Psicología y asma bronquial*. Buenos Aires. Ed. 21 (2002) Pag 225 – 255.

ANEXOS

Previo consentimiento informado firmado, se solicita el llenado del siguiente cuestionario que se divide en dos rubros, uno con preguntas sobre la madre y el segundo sobre su hij@. Cualquier duda, se aclarará en el momento del llenado del mismo.

CUESTIONARIO SOBRE LA MADRE

Edad: _____ Estado civil: _____
 Escolaridad: _____ Ocupación: _____
 Número de Hijos _____

SINTOMAS	AUSENTE	LEVE	MODERADO	GRAVE	MUY GRAVE
Preocupaciones, anticipa lo peor, irritabilidad	0	1	2	3	4
Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, sensación de inquietud.	0	1	2	3	4
Temor a la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse sola, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar	0	1	2	3	4
Dificultad para concentrarse, mala memoria	0	1	2	3	4
Pérdida del interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día	0	1	2	3	4

SINTOMAS	AUSENTE	LEVE	MODERADO	GRAVE	MUY GRAVE
Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, crujir de dientes	0	1	2	3	4
Zumbido de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos, sensación de desmayo	0	1	2	3	4
Opresión en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, dificultad respiratoria.	0	1	2	3	4
Dificultad para tragar, gases, dolor antes o después de comer, sensación de ardor, vómitos, diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	0	1	2	3	4
Ir a orinar frecuentemente, Urgencia para llegar al baño a orinar, falta de ciclos menstruales, aumento en la cantidad de sangrado menstrual, disminución de la libido	0	1	2	3	4

Si durante el llenado de este cuestionario presenta uno o más de estos síntomas favor de tachar X:

TENSA	AGITADA	TEMBLOR DE MANOS	INQUIETA
-------	---------	------------------	----------

3. Respecto al enunciado de la izquierda, tache una opción en los apartados de la derecha.

Profesión del Jefe de familia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Universitario, gran comerciante, gerente, ejecutivo de empresas. 2. Profesionista técnico, mediano comerciante 3. Empleado sin profesión técnica definida o universidad inconclusa 4. Obrero especializado: tractoristas, taxistas 5. Obrero no especializado, servicio doméstico
Nivel de instrucción de la madre	<ol style="list-style-type: none"> 1. Universitaria o su equivalente 2. Enseñanza técnica superior y o secundaria completa 3. Secundaria incompleta o técnico inferior 4. Educación primaria completa 5. Primaria incompleta, analfabeta
Principal fuente de ingresos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fortuna heredada o adquirida repentinamente 2. Ingresos provenientes de una empresa privada, negocios, honorarios profesionales(médico, abogado) 3. Sueldo quincenal, mensual 4. Salario diario o semanal 5. Ingresos de origen público o privado (subsídios)
Condiciones de la vivienda	<ol style="list-style-type: none"> 1. Amplia, lujosa y con óptimas condiciones sanitarias 2. Amplia, sin lujos pero con excelentes condiciones sanitarias 3. Espacios reducidos, pero confortable, y buenas condiciones sanitarias 4. Espacios amplios o reducidos, pero con deficientes condiciones sanitarias. 5. Improvisada, construida con materiales de desecho, o de construcción relativamente sólida, pero con deficientes condiciones sanitarias.

CUESTIONARIO SOBRE EL NIÑO (A)

Edad:	_____	No. De Hijo	_____
Escolaridad	_____	Actividades recreativas	_____
¿Fue de término?	_____	¿Requirió Incubadora?	_____

Sobre el Asma del Niño favor de responder las siguientes preguntas.

Edad de diagnóstico	_____	Donde se dio el diagnóstico	_____
Manejo farmacológico actual	_____	Acude a sus revisiones	_____
Fecha de última revisión	_____	fecha de última crisis asmática	_____

Este cuestionario ha sido diseñado para ayudarle a describir en general el asma del niño/a en las 4 últimas semanas y cómo esta influye en cómo se encuentra y en lo que puede hacer.

Para cumplimentarlo, marque con una "X" la casilla que mejor describa su respuesta

1. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ha tosido durante el día **en ausencia**

de resfriados/constipados?

- Más de una vez al día
- Una vez al día
- De 3 a 6 veces por semana
- Una o 2 veces por semana
- Nunca

2. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ha tosido durante la noche **en ausencia**

de resfriados/constipados?

- Más de una vez durante cada noche
- Una vez durante cada noche
- De 3 a 6 veces por semana
- Una o 2 veces por semana
- Nunca

3. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido pitidos o silbidos durante el día?

- Más de una vez al día
- Una vez al día
- De 3 a 6 veces por semana
- Una o 2 veces por semana
- Nunca

4. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido pitidos o silbidos durante la noche?

- Más de una vez durante cada noche
- Una vez durante cada noche
- De 3 a 6 veces por semana
- Una o 2 veces por semana
- Nunca

5. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia le ha costado respirar (no por la nariz) durante el día?

- Más de una vez al día
- Una vez al día
- De 3 a 6 veces por semana
- Una o 2 veces por semana
- Nunca

6. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia le ha costado respirar (no por la nariz) durante la noche?

- Más de una vez durante cada noche
- Una vez durante cada noche
- De 3 a 6 veces por semana
- Una o 2 veces por semana
- Nunca

7. Cuando el niño/a hace ejercicio (juega, corre...) o ríe a carcajadas, ¿tiene tos o pitos/silbidos?

- Siempre
- Casi siempre
- A veces
- Casi nunca
- Nunca

8. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuántas veces ha tenido que ir a **visitas de urgencias no programadas** debido el asma?

- Más de 3 veces
- 3
- 2
- 1
- Ninguna

9. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuántas veces **han ingresado en el hospital (asistencia médica en el hospital de más de 12 horas a causa de una crisis asmática)** al niño/a debido al asma?

- Más de 3 veces
- 3
- 2
- 1
- Ninguno

En el siguiente cuestionario marque con una X su respuesta.

1 OCUPACIÓN E INGRESO	NO	SI	
a. El trabajo del proveedor es acorde con su preparación	0	10	
b. Los ingresos cubren las necesidades básicas (alimentación, vestido, vivienda, recreación, salud) de la familia	0	20	
2. ESCOLARIDAD	NO	SI	
a. La escolaridad de los hijos es acorde con la edad	0	10	
b. El rendimiento escolar de los hijos es en promedio	Bajo 0	Medio 5	Bajo 10
3. VIVIENDA	NO	SI	
a. Es adecuada en relación a dormitorios y personas	0	10	
b. Se dispone de agua potable y luz eléctrica	0	10	
c. La Basura se almacena y elimina adecuadamente	0	10	
d. Las excretas se eliminan de manera adecuada	0	10	
e. La fauna doméstica no afecta la salud familiar	0	10	
4. ACCESOS A SERVICIOS DE SALUD	NO	SI	
a. La familia es derechohabiente de alguna institución de salud	0	10	
b. El hogar está situado cercano a servicios de salud	0	10	
c. El horario de trabajo de los padres permite acudir regularmente al servicio de salud	0	10	
5. ALIMENTACION	NO	SI	
a. La alimentación es suficiente en cantidad	0	10	
b. La alimentación es suficiente en calidad (balanceada)	0	10	
c. Los hábitos alimenticios son adecuados a las necesidades (desnutrición u obesidad)	0	10	
6. RECREACION	NO	SI	
a. La familia tiene actividades recreativas en forma regular	0	10	
b. Las actividades recreativas fomentan a la salud	0	10	
c. Los integrantes de la familia realizan algún deporte	0	10	
7. COOPERACION CON LA COMUNIDAD	NO	SI	
a. La familia forma parte de algún comité comunitario o social	0	10	
b. La familia coopera con los proyectos comunitarios	0	10	
c. La familia tiene reconocimiento social por su labor comunitaria	0	10	
8. AUTOGESTION EN SALUD	NO	SI	
a. La familia participa activamente en la conservación de la salud comunitaria	0	10	
b. La familia favorece la organización de la comunidad para mantener la salud	0	10	
c. La familia promueve la participación de otras familias en el fomento a la salud	0	10	

