



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE MEDICINA DIVISIÓN DE ESTUDIOS
DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD

CENTRO MÉDICO NACIONAL LA RAZA
HOSPITAL GENERAL "DR. GAUDENCIO GONZALEZ
GARZA"

**"VALORACIÓN DEL NIVEL DE ANSIEDAD EN
PADRES DE NIÑOS CON NEUMOPATIAS
CRÓNICAS QUE LLEGAN DE 1ª VEZ AL SERVICIO
DE NEUMOLOGÍA PEDIÁTRICA"**

TESIS DE POSGRADO

PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA

PRESENTA:
DRA. CLAUDIA PAULINA GALICIA
RABADAN

ASESOR DE TESIS:
MC. SILVIA GRACIELA MOYSÉN RAMÍREZ



MÉXICO, DF. ENERO 2016.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

**MC. LUZ ARCELIA CAMPOS NAVARRO
DIRECTORA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACION EN SALUD
CENTRO MÉDICO NACIONAL "LA RAZA"**

**MC. SILVIA GRACIELA MOYSÉN RAMÍREZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE PEDIATRÍA
CENTRO MÉDICO NACIONAL "LA RAZA"**

**MC. SILVIA GRACIELA MOYSÉN RAMÍREZ
MÉDICO ADSCRITO A SERVICIO DE NEUMOLOGÍA PEDIÁTRICA
CENTRO MÉDICO NACIONAL "LA RAZA"
ASESOR DE TESIS.**

**DRA. CLAUDIA PAULINA GALICIA RABADÁN
MÉDICO RESIDENTE DE CUARTO AÑO DE PEDIATRÍA
CENTRO MÉDICO NACIONAL "LA RAZA"**



"2015, Año del Generalísimo José María Morelos y Pavón".

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 3502
HOSPITAL GENERAL DR. GAUDENCIO GONZALEZ GARZA, CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA, D.F. NORTE

FECHA 07/07/2015

DRA. SILVIA GRACIELA MOYSÉN RAMÍREZ

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

"VALORACIÓN DEL NIVEL DE ANSIEDAD EN PADRES DE NIÑOS CON NEUMOPATIAS CRÓNICAS QUE LLEGAN DE 1ª VEZ AL SERVICIO DE NEUMOLOGÍA PEDIÁTRICA"

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2015-3502-102

ATENTAMENTE


DR.(A). GUILLERMO CAREAGA REYNA
Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 3502

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UMAE HOSPITAL GENERAL “Dr. Gaudencio González Garza”
Centro Médico Nacional “La Raza”

TÍTULO DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:
**“VALORACIÓN DEL NIVEL DE ANSIEDAD EN PADRES DE NIÑOS CON
NEUMOPATIAS CRÓNICAS QUE LLEGAN DE 1ª VEZ AL SERVICIO DE
NEUMOLOGÍA PEDIÁTRICA”**

AUTORES

INVESTIGADORES

INVESTIGADOR PRINCIPAL:

NOMBRE: SILVIA GRACIELA MOYSÉN RAMÍREZ
MATRICULA: 99361679
ADSCRIPCION: UMAE HOSPITAL GENERAL G. G. G. CMN LA RAZA
CARGO INSTITUCIONAL: MEDICO DE BASE.
SERVICIO: NEUMOLOGIA PEDIATRICA
DOMICILIO: AVENIDA VALLEJO Y AVENIDA JACARANDAS
S/N

COLONIA LA RAZA DELEGACION AZCAPOTZALCO,
MEXICO, DISTRITO FEDERAL.

CORREO: silviamoyesen@gmail.com

TELEFONO: 55545510077

INVESTIGADOR ASOCIADO:

NOMBRE: CLAUDIA PAULINA GALICIA RABADÁN
MATRICULA: 98158774
ADSCRIPCION: UMAE HOSPITAL GENERAL G. G. G. CMN LA
RAZA
CARGO INSTITUTCIONAL: RESIDENTE 4TO AÑO DE LA ESPECIALIDAD
DE PEDIATRIA.
CORREO: claud_galicia7@hotmail.com
TELEFONO: 52 1 7772277964

INVESTIGADOR ASOCIADO:

NOMBRE: Miguel Ángel Jiménez San Juan
MATRICULA: 10943811
ADSCRIPCION: UMAE HOSPITAL GENERAL G. G. G. CMN LA
RAZA
CARGO INSTITUTCIONAL: JEFE DE SERVICIO DE HIGIENE MENTAL.
SERVICIO: HIGIENE MENTAL
CORREO: majsjuan@hotmail.com
TELEFONO: 5529007415

INVESTIGADOR ASOCIADO:

NOMBRE: FRANCISCO CRUZ OLIVO
MATRICULA: 8798389
ADSCRIPCION: UMAE HOSPITAL GENERAL G. G. G. CMN LA
RAZA
CARGO INSTITUTCIONAL: MEDICO DE BASE.
SERVICIO: MEDICINA INTERNA PEDIÁTRICA.
CORREO: olivofc@gmail.com
TELEFONO: 57245900

SERVICIOS PARTICIPANTES:

CONSULTA EXTERNA DE NEUMOLOGIA PEDIATRICA
CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA.
HOSPITAL GENERAL "DR. GAUDENCIO GONZALEZ GARZA

AGRADECIMIENTOS

A mi madre, el ser más maravilloso de todo el mundo. Gracias por el apoyo, tu cariño y comprensión que me has brindado, por guiar mi camino y estar junto a mi en los momentos más difíciles.

A mi padre, porque desde pequeña ha sido un gran ejemplo de superación, al que siempre he admirado, gracias por guiar mi vida y siempre estar a mi lado.

A mi hermano, por cuidarme y protegerme, por estar a tiempo cuando te necesito aún en la distancia y darme tu apoyo incondicional.

A mi asesora de tesis Dra. Silvia Graciela Moysén Ramírez, por su tiempo, experiencia, confianza y apoyo a lo largo de la realización de esta tesis.

A mis maestros, que contribuyeron a mi formación profesional, por su paciencia, dedicación y disposición para enseñar.

A cada una de las personas que contribuyeron de manera directa o indirecta para la realización de esta tesis.

INDICE

	Página
RESUMEN.....	8
MARCO TEÓRICO.....	9
JUSTIFICACIÓN.....	18
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	19
OBJETIVOS.....	20
HIPOTESIS.....	21
TIPO DE ESTUDIO.....	22
CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	23
TAMAÑO DE MUESTRA.....	24
MÉTODOS.....	25
ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	26
VARIABLES.....	27
RECURSOS.....	34
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	37
RESULTADOS.....	38
DISCUSIÓN.....	48
CONCLUSIONES.....	52
BIBLIOGRAFÍA.....	53
ANEXOS:	
CONSENTIMIENTO INFORMADO	55
HOJA DE RECOLECCION DE DATOS.....	57
CUESTIONARIO DE ANSIEDAD.....	58
TABLAS.....	59

1. RESUMEN

TITULO: “VALORACIÓN DEL NIVEL DE ANSIEDAD EN PADRES DE NIÑOS CON NEUMOPATIAS CRÓNICAS QUE LLEGAN DE 1ª VEZ AL SERVICIO DE NEUMOLOGÍA PEDIÁTRICA”.

INTRODUCCION:La enfermedad del niño es siempre un problema familiar y su calidad de vida está íntimamente relacionada con el apoyo familiar que recibe, por tanto los padres reaccionaran de manera distinta de acuerdo a su grado de vulnerabilidad, teniendo que reestructurar su vida familiar. Esta reacción dependerá de factores tales como experiencia en situaciones de crisis y problemas médicos, estatus socio-económico, nivel de conocimientos, calidad de los servicios sanitarios y educativos y sistemas de apoyo. La ansiedad es definida como una condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprehensión subjetivos conscientemente percibidos, y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo. **JUSTIFICACION:** Dentro de las valoraciones realizadas por Neumología Pediátrica, en la consulta de 1ª. vez, encontramos que los padres cursan con un alto nivel de ansiedad, desconociendo el nivel y el como ayudarlos, consideramos que es debido a que sus hijos cursan con patologías que ponen en riesgo la vida de forma aguda. Por tal motivo consideramos necesario buscar el nivel de ansiedad de los padres, y encontrar cuales fueron los factores que propician más ansiedad, para así implementar estrategias para disminuir la ansiedad. **OBJETIVO GENERAL:** Determinar el nivel de ansiedad de los padres de pacientes con neumopatía crónica, que acuden de 1ª vez al servicio de Neumología Pediátrica, de la UMAE, Hospital General Centro Médico “La Raza”. **MATERIAL Y MÉTODO.** En consulta externa, se captó a los pacientes de 1ª vez de Neumología Pediátrica, de acuerdo a las hojas de envío se seleccionó a los padres de los pacientes. Se les explicó el estudio y se les solicitó su participación. Se llenó la hoja de consentimiento informado (Anexo 1). Se llenó la hoja de captura de datos. (Anexo 2). Se llenó la hoja de ansiedad. (Anexo 3). **RESULTADOS:** De los 29 padres que presentaron algún grado de ansiedad se encontró que el nivel socioeconómico donde se presentó con mayor frecuencia es en aquellos con nivel socioeconómico medio en un 68.96%. En relación a los síntomas respiratorios predominó la tos con un porcentaje 51.7%. En cuanto a la enfermedad pulmonar que generó más padres con ansiedad fue el asma con un 51.1%. La relación entre el tiempo que tardan los pacientes en llegar de primera vez al servicio de Neumología Pediátrica desde el inicio de los síntomas en relación con ansiedad se observó que los que tardaron más de 24 meses presentaban mayor porcentaje de ansiedad, y que conforme pasa el tiempo en que tardan en llegar se incrementa este porcentaje. **CONCLUSIONES:** Se observó un alto porcentaje de ansiedad en padres de niños con neumopatías crónicas, por lo que es necesario abordar a la familia en forma integral. Se requieren realizar mas estudios con poblaciones comparativos, para evaluar si la ansiedad, es debido al tipo de enfermedad pulmonar que padece el niño o si se presenta con cualquier patología pediátrica. Debido a la relación encontrada entre la presencia de ansiedad en padres que tardan más de 24 meses en llegar al servicio de Neumología Pediátrica es necesario realizar medidas estratégicas a fin de disminuir el tiempo de llegada a los servicios de subespecialidad.

2. MARCO TEÓRICO:

La enfermedad del niño es siempre un problema familiar y su calidad de vida está íntimamente relacionada con el apoyo familiar que recibe.

Los padres tienen que adaptarse a las características de cada enfermedad en sus diferentes fases reestructurando su vida familiar. La enfermedad puede ser impredecible, requiere atención constante y llegar a formar parte su vida, produciendo cambios estructurales, procesuales y emocionales en la familia.

Ante la enfermedad crónica, los padres reaccionan de distinta manera según su grado de vulnerabilidad, cuya reacción dependerá de factores tales como experiencia en situaciones de crisis y problemas médicos, estatus socio-económico, nivel de conocimientos, calidad de los servicios sanitarios y educativos y sistemas de apoyo. ⁽¹⁾

Las familias con un hijo enfermo tienen que adaptarse a las diferentes fases de la enfermedad.

- Fase de crisis: comprende el periodo previo al diagnóstico. En esta fase se manifiestan los síntomas y existe la sospecha de que algo no va bien. En este periodo hay que aprender a convivir con los síntomas, adaptarse al hospital y a las exigencias de los tratamientos, dar significado a la enfermedad, aceptar el cambio y reorganizarse.

- Fase crónica: es intermedia entre el diagnóstico y la fase terminal. En esta fase hay que compatibilizar las necesidades de la enfermedad con las necesidades de la familia.

- Fase terminal: la sensación de pérdida está presente. Hay que afrontar la muerte y el trabajar el duelo. La hospitalización, los tratamientos, las secuelas y la muerte del niño son un desafío para la familia. ⁽¹⁾

Experiencia de una enfermedad responde de manera diferente en función de las fases de la enfermedad. Ante el diagnóstico la reacción es de shock y pánico. La primera fase de desintegración cursa con depresión, cólera y culpa. En la fase de ajuste, la familia busca información que le anime y se va acomodando emocionalmente; también debe enfrentarse a la sociedad. Los padres pueden responder emocionalmente de manera compleja: se entremezclan afectos

positivos y negativos, sentimientos de pena, impotencia, agresividad, culpabilidad, ambivalencia (deseos de ayudar al enfermo y, a su vez, sentirlo como una carga o desear que muera para que no sufra), injusticia, temor al futuro.

Como respuesta, los familiares pueden sufrir un derrumbe psicológico siendo importante los trastornos de depresión y ansiedad. ⁽¹⁾

ANSIEDAD

La ansiedad es definida como una condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprehensión subjetivos conscientemente percibidos, y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo. ⁽²⁾

La ansiedad es una reacción emocional normal necesaria para la supervivencia de los individuos, sin embargo esta misma puede alcanzar niveles excesivamente altos o pueden ser poco adaptativas en tal caso la reacción deja de ser normal para considerarse patológica.

En México existen estudios que muestran una mayor prevalencia entre los 15 y los 45 años de edad, con una proporción mayor para las mujeres que para los hombres, de 2 a 1 respectivamente. Es común que coincidan con trastornos depresivos y esto complique aún más su manejo, viéndose esto en aquellas personas con tratamiento tardío. Además, el pronóstico parece ser menos favorable para los trastornos de ansiedad que para los depresivos en forma separada, esto significa que el retorno a una adecuada funcionalidad (recuperación) es menor en esta clase de padecimientos. ⁽³⁾

Estos trastornos de ansiedad pueden originar trastornos físicos como mentales. De entre los trastornos físicos se originan los trastornos psicofisiológicos que se pueden originar a nivel cardiovascular como la enfermedad coronaria, hipertensión y arritmias, sintomatología digestiva como colon irritable, úlcera gástrica. Patologías respiratorias: asma, en muchas ocasiones trastornos dermatológicos como la psoriasis, acné y eczema; así como otros trastornos psicofisiológicos como cefaleas tensionales, dolor crónico, disfunciones sexuales, infertilidad, etc.

Así también se han encontrado asociaciones con alteraciones inmunológicas como el cáncer y la artritis reumatoide. De los trastornos mentales lo que más se

desarrolla es el trastorno de ansiedad sin embargo también se produce trastorno del estado de ánimo siendo su mayor representante la depresión mayor, las adicciones al tabaco, alcohol y cocaína; se observan trastornos de alimentación como anorexia y bulimia, trastornos del sueño con insomnio, trastornos sexuales así como trastornos del control de impulsos. ⁽¹⁾

Tomando en cuenta las definiciones antes mencionadas y patologías asociadas al trastorno de ansiedad podemos interrelacionarlas con los padres de niños hospitalizados.

Las primeras investigaciones sobre hospitalización en niños se desarrollaron sobre la carencia de cuidados maternos, posterior a la segunda guerra mundial. Sir James Spence en 1947, describió lo inadecuado de muchas salas pediátricas; Posteriormente aparecen los trabajos de Spitz sobre las reacciones de los lactantes hospitalizados por periodos largos, quienes después de un tiempo no reconocían a sus madres y no se establecían lazos afectivos con otras figuras sustitutas. Bowlby en 1952, demostró alteraciones psicológicas a largo plazo que se manifestaban en niños con experiencia de hospitalización, quienes habían sido visitados por sus padres, pero sin que se permitiera la permanencia estable de ellos. Se estima que alrededor de un 25% de los niños menores de 18 años se ha hospitalizado al menos una vez. Entre un 10 a un 37% de los niños hospitalizados presentarían trastornos significativos psicológicos secundarios a este evento. La hospitalización y la enfermedad que la justifica son altamente estresantes para el niño, los padres y el equipo médico. Al considerar la situación de hospitalización desde un modelo psicosocial, en que se considera la enfermedad física en conjunto con variables psicológicas y sociales las intervenciones se han extendido también a la familia, equipo de salud y a las instituciones.

Desde el punto de vista de salud mental, la hospitalización puede afectar el bienestar subjetivo, las relaciones interpersonales el desarrollo de un niño; pero también puede ser una oportunidad para enriquecer su experiencia y lograr desarrollar la capacidad para enfrentar situaciones de estrés y salir fortalecido, éste es un proceso y se manifiesta frente a ciertas situaciones, siempre y cuando se den las condiciones necesarias, Desde esta perspectiva, la participación del

paciente el equipo de salud la familia, las organizaciones de apoyo y las instituciones son importantes en generar un sistema de salud adecuado y funcional.

La hospitalización por tanto tiene un significado de amenaza vital, vivido con una mayor intensidad por el niño ante procesos agudos graves, cirugías, ingreso a unidad de Cuidados Intensivos y enfermedad crónicas de mal pronóstico. En estos casos el temor a la muerte se hace aún más presente, de modo que el proceso de duelo se vive con mayor intensidad en el enfermo y la familia. Existen numerosos estudios sobre técnicas psicológicas de enfrentamiento a estas situaciones para disminuir el estrés vivido por los niños y sus familias. Para los padre la hospitalización de un hijo, independientemente de la razón de ésta, tiene un significado amenazante para la integridad física y emocional del niño, lo que produce angustia. La hospitalización de un niño produce un cambio radical en la vida familiar, se alteran horarios, la preocupación se centra en el niño enfermo y la familia se estructura de acuerdo a las posibilidades de visitas. ⁽⁴⁾

Algunas investigaciones en madres y padres de hijos con enfermedades crónicas han encontrado diferencias en los niveles de estrés y angustia en ambos progenitores. Otros estudios reportan haber identificado ansiedad en un mayor número de madres que de padres en pacientes con toxicomanías o esquizofrenia. Por otro lado, se reportan puntuaciones superiores en ansiedad, depresión, neurosis y psicosis en madres y padres de hijas con trastornos alimentarios en comparación con un grupo control.

Aunque se ha identificado mayor nivel de ansiedad en las madres (moderado) que en los padres (leve) de niños con tumores hematológicos, García Fernández et al. señalaron que esta diferencia no fue estadísticamente significativa. Esos autores informaron similares resultados en padres y madres con niños asmáticos.

Otros estudios refieren que ante la enfermedad de un hijo, las madres expresan más ansiedad que los padres y mayor rigidez y sensibilidad. Los padres tienen más fe en el futuro, mientras las madres son claramente más pesimistas. Por otro lado, no se han informado diferencias en síntomas psiquiátricos o distrés psicológico entre madres y padres de niños enfermos de cáncer. ⁽⁵⁾

Dentro de las enfermedades pulmonares de forma crónica, encontramos al asma, esta es la más frecuente siendo que uno de cada diez niños la padecen en México,

Cuadro II Edad y tipo de padecimiento de 50 niños internados en terapia intensiva

	%
Grupo de edad	
Lactantes (3-12 meses)	32
Preescolares (2-5 años)	34
Escolares (6-9 años)	16
Púberes (10-13 años)	16
Adolescentes (14-17 años)	2
Tipo de padecimiento	
Neurológico	28
Neuroquirúrgico	6
Cardiológico	30
Neumológico	8
Oncológico	7
Hematológico	7
Nefrológico	6
Gastroenterológico	2
Quirúrgico	2
No informado	4

y es la que más se ha estudiado en la forma en que afecta en ansiedad a los

padres.

Existe muy poca bibliografía que aborde la ansiedad en padres con hijo, con problema respiratorio, del que existe un poco más de esto es en los padres de niños asmáticos, mencionando lo siguiente:

ANSIEDAD EN EL PADRE DE PACIENTE ASMATICO

- Constante atención y vigilancia por los padres.
- . Los padres a menudo consideran que el asma pone en peligro la vida de su hijo. Los hijos con padres socialmente aislados tiene mayor frecuencia de síntomas de asma. ⁽⁶⁾
- . Las familias disfuncionales aumentan la mortalidad y morbilidad en los pacientes con asma. ⁽⁶⁾
- Cambios en la vida diaria familiar repercutiendo en la calidad de vida.
- LAdebauche (1997) La responsabilidad de cuidar a un niño que no puede respirar produce en los padres elevados niveles de temor y ansiedad. ⁽⁷⁾
- MacDonald (1996) La información sobre la enfermedad ayuda a los padres a aprender a vivir con la enfermedad influyendo sobre su autoestima.
- Las madres vuelven a experimentar los sentimientos de temor, fatiga, ansiedad e incertidumbre iniciales al presentar recaídas debido a la reversibilidad del asma, siendo de menor intensidad.
- Responsabilidad de cuidar al niño.
- La incertidumbre se experimentan con un elevado sentido de vulnerabilidad acompañado por la necesidad de conocer la evolución de la enfermedad.
- Caroselli Karinja (1990) Padres hiper-dependientes de los médicos, adoptan conductas sobreprotectoras. Sentimientos de desesperanza, falta de ayuda y de frustración familiar. Familia afectada: hermanos resentidos, hijo enfermo manipulador.
- Poca comprensión por parte de instituciones escolares (maestros) falta de información en cuanto a medicamentos y efectos secundarios, así como falta de información sobre el manejo diario del asma.
- Influye sobre el trabajo de los padres, desencadena problemas económicos, se teme por el despido.

- Sculz (1994) No se sabe que hacer en relación con la enfermedad, se sienten solos, frustrados, depresivos, sin esperanza ni ayuda de ningún tipo.
- Wilson, Latini, Starr, Fish, Loes, Page y Kubic (1996) la salud física y emocional de los padres debe ser atendida; ya que por la enfermedad se pierden horas de sueño comprometiendo la salud. Pueden encontrarse física y emocionalmente decaídos y restringir las salidas sociales. ⁽⁸⁾
- Los efectos emocionales negativos que el asma puede ocasionar en los padres, pueden aumentar los síntomas asmáticos del niño enfermo.
- Si se realiza un trabajo psicoterapéutico con los padres, los niños clínicamente mejoran su estado de salud y el número de días de daño funcional tanto en los niños como en los padres.
- La disminución de los efectos negativos de los síntomas asmáticos en la vida diaria de los niños que sufren de esta enfermedad contribuye a la mejora de la calidad de vida de los padres.
- Los padres se encuentran afectados principalmente en dos áreas: actividades diarias y estado emocional incluyendo miedo, preocupación y angustia por la salud de sus hijos.
- La experiencia de los padres de haber visto a su niño con una crisis asmática, sumado a la ansiedad y al miedo a que se vuelva a producir puede llevar a los padres a sobreproteger al niño, llevándolo a reducir su participación en las actividades escolares, familiares y sociales.

La teoría de estrés de Selye, según la cual el organismo reacciona a estados prolongados de temor, ansiedad, preocupación o enojo, empezando por un periodo de inmovilización, activación y agotamiento, ⁽⁹⁾, por la cual el asma viene a ser un síndrome de adaptación general, que incluye las siguientes fases: reacción de alarma, adaptación y resistencia y agotamiento. Este modelo, según Crespo y Labrador (2003, citado por Moreno, 2007) adolece de problemas, como no caracterizar el agente generador de estrés, apoyándose en definiciones circulares que solo consideran respuestas orgánicas, especialmente fisiológicas, olvidándose de otros componentes de la respuesta.

Finalmente, para la teoría familiar sistémica, el asma cumple una función

protectora de la homeostasis familiar, al concebir a la familia como un sistema abierto en transformación. Respecto a las investigaciones empíricas relacionadas al asma, se encuentran aquellas centradas en quien padece la enfermedad como aquellas que involucran al sistema del que forma parte el paciente identificado: la familia. ⁽¹⁰⁾

El estudio de revisión de Benítez et al. (2005) señala que un aspecto importante en el modo de afrontamiento de la enfermedad asmática es la valoración del pánico-miedo del paciente respecto al asma, ya que repercute en la adherencia al tratamiento y en la percepción de la intensidad de la propia sintomatología. Niveles altos o muy bajos de pánico están vinculados al incumplimiento de tratamiento, lo que afecta la recuperación de las crisis. ⁽¹⁰⁾

La ansiedad altera la capacidad de detectar cambios en el grado de obstrucción respiratoria y el asma puede incrementar la ansiedad. ⁽¹⁰⁾

De acuerdo a las investigaciones centradas en la familia del paciente enfermo y en la forma en que afrontan dicha enfermedad se cuenta con características en común, dichas familias, se caracterizan por ser aglutinadas, es decir sus integrantes invaden entre sí sus espacios físicos y emocionales agregándose sobreprotección entre ellos. Son rígidas al mostrar resistencia al cambio y se presentan como muy unidos y armoniosos y a la vez cuentan con un grado bajo de tolerancia ante situaciones que generen conflicto. ⁽¹⁰⁾

El apoyo social entendido como las redes de apoyo tanto naturales como las redes de apoyo institucionales, ha sido estudiado por numerosos investigadores y se ha visto la importancia que tiene este para prevenir los estados emocionales negativos. Es en los años 70 cuando el apoyo social informal (redes de apoyo naturales) comenzó a ser estudiado y la importancia de las relaciones sociales para el bienestar de las personas fue concluyente.

Posteriormente, se observó que el apoyo social es un factor clave en la prevención del estrés y que tanto el apoyo social como los estilos de afrontamiento estaban

directamente relacionados con los niveles de estrés de las familias, además de una disminución de la vida social debido a las nuevas condiciones de vida y el miedo al rechazo social.

La pérdida de control, es decir, la sensación de que la situación no está en tus manos, es otro mecanismo que se ha estudiado y es un recurso que disminuye el impacto emocional, ayudando a que los padres no pierdan su individualidad ni sus metas personales y tengan el control de sus vidas, se consigue disminuir los estados emocionales negativos y establecer un buen núcleo familiar. ⁽¹¹⁾

Actualmente sigue siendo necesario conocer mejor los procesos que impactan emocionalmente a personas que se enfrentan a este tipo de paternidad, con el fin de poder ayudarles a manejar las nuevas situaciones de la vida diaria, mejorar la propia paternidad y percibir que pueden controlar dichas situaciones. ⁽¹¹⁾

En un estudio realizado en el 2013 en España se obtuvo como resultado que la mayoría de los padres comentaron que el momento de mayor ansiedad y donde se sintieron tristes y con sintomatología depresiva fue el momento de la noticia y los años posteriores, cuando no sabían muy bien cómo afrontar la situación. ⁽¹¹⁾

Inventario de Ansiedad de Beck

Estandarizado por Jurado et al., (1998) en población mexicana, es un autoinforme de 21 ítems, referidos a síntomas depresivos en la semana previa a la aplicación, con cuatro opciones de respuesta. Los puntajes de severidad de síntomas van de 0 a 63, donde 63 representa la severidad máxima. El punto de corte establecido por Jurado et al.,(1998) para población mexicana fue de 10 puntos. ⁽¹²⁻¹³⁾

3. JUSTIFICACIÓN

Dentro de las valoraciones realizadas por Neumología Pediátrica, en la consulta de 1ª. vez, encontramos que los padres cursan con un alto nivel de ansiedad, desconociendo el nivel y el como ayudarlos, consideramos que es debido a que sus hijos cursan con patologías que ponen en riesgo la vida de forma aguda.

Por tal motivo consideramos necesario buscar el nivel de ansiedad de los padres, y encontrar cuales fueron los factores que propician más ansiedad en ellos, para así implementar estrategias para disminuir la ansiedad, en caso que el tiempo en llegar a nuestro servicio sea uno de ellos, tratar de agilizar su llegada con nosotros y sensibilizar a médicos familiares o pediatras, en su envío oportuno.

Hace falta, desde la perspectiva familiar, realizar estudios longitudinales que permitan

detectar cambios en el ciclo evolutivo de la enfermedad para lograr una intervención adecuada y mejorar la calidad de vida del enfermo y la familia.

A nivel institucional mejoraría la calidad de atención tanto a hijos como a padres de familia fomentando un mejor ambiente a nivel psicológico que permita comprender y entender el padecimiento de su hijo, permitiendo actuar como agente activo co-terapéutico, con el objetivo de ser útil para el paciente y para sí mismo.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA. PREGUNTA

Con el presente estudio se pretendió obtener el nivel de ansiedad y determinar los factores que condicionan mayor ansiedad en este grupo de padres, y con esto realizar protocolos diagnóstico-terapéuticos oportunos de envío o manejo en unidades de 1er y 2º. Nivel de atención, con la finalidad de mejorar su calidad de vida y reducir la ansiedad en los padres.

Así también realizar estudios longitudinales que permitan detectar cambios en el ciclo evolutivo de la enfermedad para lograr una intervención adecuada y mejorar la calidad de vida del enfermo y la familia.

¿Cuál es el nivel de ansiedad en padres que llegan de 1ª vez, con criterios de neumopatía crónica al servicio de Neumología Pediátrica de la UMAE Hospital General Centro Medico Nacional “La Raza”?

5. OBJETIVOS

6.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar el nivel de ansiedad de los padres de pacientes con neumopatía crónica, que acuden de 1ª vez al servicio de Neumología Pediátrica, de la UMAE.

6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- A. Conocer el tipo de ansiedad predominante que se presenta en los padres con hijos con neumopatías crónicas que acuden de 1ª. Vez al servicio de neumología pediátrica de la consulta externa de la UMAE Hospital General Centro Médico “La Raza”.

- B. Determinar si el tiempo entre el inicio de los síntomas y la llegada al servicio de neumología pediátrica, es la principal condicionante para generar ansiedad en los padres con hijos con neumopatías crónicas, que acuden de 1ª. Vez de la UMAE Hospital General Centro Médico “La Raza”.

- C. Determinar si el tipo de síntomas o signos son los condicionantes de generar mayor ansiedad a los padres con neumopatías crónicas, que acuden de 1ª. Vez de la UMAE Hospital General Centro Médico “La Raza”.

6. HIPOTESIS

H1. Más del 50% de los padres con niños con enfermedad pulmonar que acuden por 1ª vez al servicio de neumología pediátrica, encuestados tendrán ansiedad.

H0. Menos del 50% de los padres con niños con enfermedad pulmonar que acuden por 1ª vez al servicio de neumología pediátrica, encuestados tendrán ansiedad.

7. MATERIAL Y MÉTODO

7.1 TIPO DE ESTUDIO

7.1.1. Diseño del estudio

Estudio Observacional, epidemiológico, prospectivo, transversal y analítico.

7.1.2. Límite de Espacio

Servicio de consulta externa del servicio de Neumología Pediátrica UMAE HGCMN La RAZA, IMSS

7.1.3 Universo de Trabajo

Padres de pacientes con neumopatía crónica que acuden de 1^a. Vez al servicio de Neumología Pediátrica de la UMAE Hospital General Centro Médico “La Raza”.

7.2. CRITERIOS DE SELECCIÓN

7.2.1. Criterios de Inclusión:

- a) Padres del sexo femenino y masculino.
- b) Padres que vivan con sus hijos desde que iniciaron los síntomas hasta el momento de la entrevista.
- c) Padres de pacientes con criterios de enfermedad pulmonar crónica, ya sea Tos crónica, sibilancias recurrentes, neumonía recurrente, neumonía persistente, estridor en estudio,
- d) Padres de pacientes, con diagnósticos ya específicos como Asma, Displasia Broncopulmonar, Fibrosis quística o Discinecia Ciliar primaria, que acudan de 1ª. Vez a la consulta de neumología pediátrica de la UMAE Hospital General Centro Médico “La Raza”.
- e) Consentimiento informado por el familiar o tutor legalmente responsable.

7.2.2. Criterios de Exclusión:

- a) Padres con otros hijos que tengan otras enfermedades crónicas.
- b) Padres con enfermedades crónicas pulmonares, que ya habían sido visto con anterioridad en la consulta de 1ª. Vez, en neumología pediátrica, de la UMAE Hospital General Centro Médico “La Raza”.

7.2.3. Criterios de eliminación:

- a) Padres que no quieran realizar el cuestionario de ansiedad.

7.3 TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se incluyeron a 40 padres de pacientes que acudieron por 1ª vez al servicio de neumología pediátrica y que cumplieron con criterios de neumopatía crónica, de la UMAE Hospital General Centro Médico La Raza.

En base a la fórmula para prevalencias en una población abierta, tomando en cuenta la prevalencia ANSIEDAD en adultos del (12%) con un intervalo de confianza de 0.05.

$$N = \frac{Z^2 \alpha^2 PQ}{D^2}$$

$$D^2$$

Se explica lo siguiente:

Z α = nivel de confianza (0.05)

P = Prevalencia del Asma en niños con alergia a la proteína de la leche (0.1)

Q = 1 - P

D = nivel de precisión (12%)

Pacientes necesarios = 40

Se incluyeron a 40 padres que cumplieron con criterios de neumopatía crónica, que acudieron de 1ª vez a la consulta de Neumología pediátrica de la UMAE Hospital General Centro Médico La Raza.

7.4. MÉTODOS:

- A. En consulta externa, se captó a los pacientes de 1ª vez de Neumología Pediátrica, de acuerdo a las hojas de envío se seleccionó a los padres de los pacientes.
- B. Se les explicó el estudio y se les solicitó su participación.
- C. Se llenó la hoja de consentimiento informado por parte de los padres que acudieron de 1ª. Vez a consulta de Neumología Pediátrica de la consulta externa de la UMAE Hospital General Centro Médico "La Raza". (Anexo 1).
- D. Se llenó la hoja de captura de datos. (Anexo 2)
- E. Se llenó la hoja de ansiedad. (Anexo 3).
- F. Se analizaron los resultados.
- G. Se presentaron en gráficas los resultados.
- H. Se realizaron conclusiones pertinentes de la investigación
- I. Se imprimió y se presentó como tesis para obtener el diploma pediatría médica.
- J. Se publicará en una revista indexada.

7.5 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Análisis Estadístico:

La estadística descriptiva de acuerdo a los datos, se llevó a cabo mediante medidas de tendencia central y de dispersión.

La información se capturó en una base de datos de Excel 2003, y se utilizó el paquete estadístico SPSS 21.0.1 para Windows (SPSS Inc. Chicago, Illinois, USA).

7.6. VARIABLES DE ESTUDIO

Variable: **Edad**

Definición conceptual : Tiempo que ha vivido una persona. ⁽¹⁴⁾

Definición operacional : Número de años y meses cumplidos a partir de la fecha de nacimiento en el carnet de citas

Escala de medición: Numérica discreta

Unidad de análisis: Meses y años

Tipo de variable : Cuantitativa

Variable: **Sexo**

Definición conceptual: Condición orgánica que diferencia al hombre de la mujer.
(15)

Definición operacional : Masculino o femenino consignado en la historia clínica

Escala de medición: Nominal.

Unidad de análisis : Dicotómica (masculino-femenino).

Tipo de variable : Cualitativa.

Variable: **Escolaridad**

Definición conceptual: Período de tiempo que un niño o un joven asiste a la escuela para estudiar y aprender, especialmente el tiempo que dura la enseñanza obligatoria.

Definición operacional : Grado máximo de estudios.

Escala de medición: Nominal.

Unidad de análisis : analfabeta, primaria, secundaria, preparatoria, licenciatura, maestría, doctorado.

Tipo de variable : Cualitativa.

Variable: **Tiempo de evolución de la enfermedad**

Definición conceptual: Periodo de tiempo desde que iniciaron manifestaciones

clínicas. ⁽¹⁵⁾.

Definición operacional : El tiempo referido en meses, cumplidos a partir del inicio de la enfermedad

Escala de medición: Numérica

Unidad de análisis : Número de meses

Tipo de variable : Cualitativa

Variable: **Número de Recaídas**

Definición conceptual: Número de veces referidas por el paciente donde la agudización de la enfermedad, amerita revaloración médica y disminuye su calidad de vida. ⁽¹⁵⁾

Definición operacional: Numero de recaídas.

Escala de medición: Numérica.

Unidad de análisis: Número de veces.

Tipo de variable: Cuantitativa.

Variable: **Ocupación.**

Definición conceptual: Actividad a la que una persona se dedica.

Definición operacional : Actividad que desempeña el padre o madre.

Escala de medición: Nominal.

Unidad de análisis : empleado, desempleado, obrero, hogar, comerciante, estudiante.

Tipo de variable : Cualitativa

Variable: **Tos.**

Definición conceptual: Consiste en una espiración forzada con glotis cerrada al principio, que después, cuando se ha alcanzado cierto grado de presión, se abre, expulsándose el aire a gran velocidad y produciendo el ruido característico. ¹⁶

Definición operacional: Presencia o Ausencia de Tos.

Escala de medición: Nominal.

Unidad de análisis: Nominal Dicotómica.

Tipo de variable: Cualitativa.

Variable: **Tos crónica**

Definición conceptual: Tos diaria que persiste por mas de tres semanas.¹⁷

Definición operacional: Presencia o Ausencia de Tos crónica.

Escala de medición: Ordinal.

Unidad de análisis: Nominal Dicotómica.

Tipo de variable: Cualitativa.

Tipo de variable: **Dificultad respiratoria**

Definición conceptual: La dificultad respiratoria es un estado clínico en el cual el aparato respiratorio no logra cumplir la función de equilibrio entre oxigenación y ventilación, haciendo acopio de mecanismos compensadores que en forma general se manifiestan con aumento de la frecuencia respiratoria y el uso de músculos accesorios de la respiración.¹⁷

Definición operacional: Presencia o Ausencia de Dificultad respiratoria.

Escala de medición: Ordinal.

Unidad de análisis: Nominal Dicotómica

Tipo de variable: Cualitativa.

Variable: **Sibilancias**

Definición conceptual: Ruido adventicio continuo mayormente espiratorio y de tonalidad musical.¹⁷

Definición operacional: Presencia o Ausencia sibilancias

Escala de medición: Ordinal.

Unidad de análisis: Nominal Dicotómica.

Tipo de variable: Cualitativa.

Variable: **Sibilancias recurrentes.**

Definición conceptual: Presencia de 2 episodios de sibilancias por año en los 3

primeros años de vida.¹⁸

Definición operacional: Que el paciente presente 2 eventos de sibilancias en un año ó 3 en toda su vida.

Escala de medición: Numérica.

Unidad de análisis: Numero de episodios.

Tipo de Variable: Cuantitativa.

Variable: **Neumonía**

Definición conceptual: La neumonía es una enfermedad infecciosa que cursa con inflamación del parénquima pulmonar y que clínicamente se caracteriza por un proceso febril acompañado o no de síntomas respiratorios y una radiografía de tórax con infiltrado pulmonar.¹⁹

Definición operacional: Presencia o Ausencia de Neumonía.

Escala de medición: Ordinal.

Unidad de análisis: Nominal Dicotómica

Tipo de variable: Cualitativa.

Variable: **Neumonía recurrente.**

Definición conceptual: 2 o mas episodios de neumonía en 1 año o mas de 3 episodios de neumonía en cualquier momento.²⁰

Definición operacional: Que el paciente haya presentado 2 o mas episodios de neumonía en 1 año o mas de 3 en cualquier momento.

Escala de medición: Numérica

Unidad de Análisis: Numero de eventos

Tipo de Variable: Cuantitativa

Variable: **Opresión Torácica.**

Definición conceptual: Es una sensación de peso o molestia que se siente en la parte anterior del pecho, desde el abdomen superior hasta el cuello.¹⁶

Definición operacional: Presencia o Ausencia de opresión torácica

Escala de medición: Ordinal.

Unidad de análisis: Nominal Dicotómica

Tipo de variable: Cualitativa.

Variable: **Disnea**.

Definición conceptual: Se define como la sensación de "falta de aire", de una respiración anormal o incómoda, con la percepción de mayor trabajo respiratorio, que aparece durante el reposo o con un grado de actividad física inferior a la esperada. ⁽²¹⁾De acuerdo a sus características puede ser considerada como disnea de esfuerzo, ortopnea, trepopnea.

Definición operacional : Signo o síntoma de la presencia de manifestaciones respiratorias.

Escala de medición: Nominal

Unidad de análisis : Nominal, dicotómica.

Tipo de variable : Cualitativa.

Variable: **Cianosis**.

Es la coloración azulada de la piel y las mucosas cuando la hemoglobina reducida es mayor de 5 g/dl. Se debe evaluar si es central o periférica; si mejora con el oxígeno, es sugestiva de patología pulmonar, y si persiste a pesar del oxígeno, sugiere un proceso cardíaco.

Definición operacional : Signo o síntoma de la presencia de manifestaciones respiratorias.

Escala de medición: Ordinal.

Unidad de análisis : dicotómica.

Tipo de variable : Cualitativa

Variable: **Otitis**.

Definición conceptual: La inflamación del oído en cualquiera de sus secciones. Si bien esta inflamación puede deberse a traumatismos, barotrauma o infecciosa. Los microbios que la producen son la mayoría de las bacterias y virus

que producen infecciones respiratorias.

Definición operacional : Signo o síntoma de la presencia de manifestaciones respiratorias.

Escala de medición: Ordinal.

Unidad de análisis : Dicotómica.

Tipo de variable : Cualitativa

Variable: **Faringitis y faringoamigdalitis**

Definición Conceptual: La faringitis es la inflamación de la mucosa que reviste la faringe. Generalmente le acompañan síntomas como deglución difícil, amígdalas inflamadas y fiebre más o menos elevada. Las posibles causas de la faringitis son las infecciones víricas, infecciones bacterianas o reacciones alérgicas.

Definición operacional : Signo o síntoma de la presencia de manifestaciones respiratorias.

Escala de medición: Ordinal.

Unidad de análisis : Dicotómica.

Tipo de variable : Cualitativa

Variable: **Nivel socioeconómico**

Definición conceptual: Medida total económica y sociológica combinada de la preparación laboral de una persona y de la posición económica y social individual o familiar en relación a otras personas, basada en sus ingresos, educación, y empleo.

Definición operacional : Será el resultado de las comodidades y servicios con los que vive un individuo.

Escala de medición: Ordinal

Unidad de análisis : Bajo, medio, alto.

Tipo de variable : Cualitativa.

Variable: **Tipo de familia**

Definición conceptual: Conjunto de ascendientes, descendientes y demás personas relacionadas entre sí por parentesco de sangre o legal.

Definición operacional : Nuclear: es la unidad familiar básica que se compone de esposo (padre), esposa (madre) e hijos. Estos últimos pueden ser la descendencia biológica de la pareja o miembros adoptados por la familia

Compuesta: Familia formada por una familia nuclear o una familia extensa más otros no-parientes

Escala de medición: Ordinal.

Unidad de análisis Nuclear, compuesta

Tipo de variable : Cualitativa

Variable: **Ansiedad**

Definición conceptual: Estado mental que se caracteriza por una gran inquietud, una intensa excitación y una extrema inseguridad

Definición operacional : Puntaje obtenido de acuerdo al Inventario de Ansiedad de Beck

Escala de medición: Numérica

Unidad de análisis : Puntaje

Tipo de variable : Cuantitativa

8. RECURSOS

8.1 RECURSOS HUMANOS

- a) Asesor de Tesis de la UMAE Hospital General Dr. Gaudencio González Garza del Centro Médico Nacional La Raza, IMSS, MC. Silvia Graciela Moysén Ramírez.

- b) Tesista Dra. Claudia Paulina Galicia Rabadán, residente 4º. año de Pediatría de la UMAE Hospital General Dr. Gaudencio González Garza del Centro Médico Nacional La Raza, IMSS.

- c) Asesor de Tesis de la UMAE Hospital General Dr. Gaudencio González Garza del Centro Médico Nacional La Raza, IMSS, Dr. Miguel Ángel Jiménez San Juan.

- d) Maestro en Ciencias Médicas Francisco Cruz Olivo de la UMAE Hospital General Dr. Gaudencio González Garza del Centro Médico Nacional La Raza, IMSS.

8.2 RECURSOS MATERIALES

El costo de la consulta de 1ª vez se realiza en varios consultorios de la consulta externa del hospital General Centro Médico la Raza, por lo tanto no implicó mayor gasto para el hospital, se entrevistó a los padres mientras esperaban su cita.

8.3 RECURSOS ECONÓMICOS

El material de papelería, (lápices, hojas) fue proporcionado por el investigador. Las computadoras son propiedad de los médicos que realizan el protocolo.

9. FACTIBILIDAD

El estudio fue factible porque se contó con pacientes que acudieron a la consulta externa de 1ª. Vez de consulta externa UMAE Hospital General Centro Médico “La Raza”.

10. DIFUSIÓN DE RESULTADOS

- a) El proyecto se presentará como tesis de postgrado para obtener el diploma de especialista de pediatría.
- b) Se presentará en congresos relacionados de la especialidad.
- c) Se solicitará la publicación del estudio en una revista indexada.

11. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se llevó a cabo el estudio de acuerdo con los principios éticos que tienen su origen en la declaración de Helsinki, la ley General de Salud de la República Mexicana y la normatividad del Instituto Mexicano del Seguro Social y que tienen consistencia con las Buenas Prácticas Clínicas y los requerimientos regulatorios aplicables. Con riesgo menor al mínimo y se requirió carta de consentimiento informado (Anexo 2).

INFORMACION Y CONSENTIMIENTO DEL PADRE

El investigador se aseguró de que el tutor recibiera la información adecuada verbal y escrita acerca de la naturaleza, propósito y beneficios del estudio. También se les notificó que están en libertad de no aceptar el estudio. A cada uno se les dio la oportunidad de hacer preguntas y tiempo para su consideración. Se otorgó al participante una copia de la información, incluyendo la forma de consentimiento informado. El investigador principal guardó el original.

Se adjuntaron las formas de consentimiento y de información al Tutor (Anexo 1).

12. RESULTADOS

Se realizó un estudio prospectivo, transversal, descriptivo, serie de casos, donde se aplicaron 45 encuestas que incluyeron el inventario de Ansiedad de Beck y la hoja de recolección de datos, previo consentimiento informado a padres de niños con neumopatía crónica que acudieron de primera vez al servicio de Neumología Pediátrica, de la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital General “Dr. Gaudencio González” Del Centro Médico Nacional La Raza, Instituto Mexicano del Seguro Social, México D.F.

Obteniéndose los siguientes resultados:

VARIABLES DEMOGRAFICAS

GÉNERO

De acuerdo a nuestro estudio realizado en padres de niños con neumopatía crónica que acude de primera vez al servicio de Neumología Pediátrica 88.8% pertenecen al sexo femenino y 11.2% pertenecen al sexo masculino. (Gráfica 1) (Tabla 1)

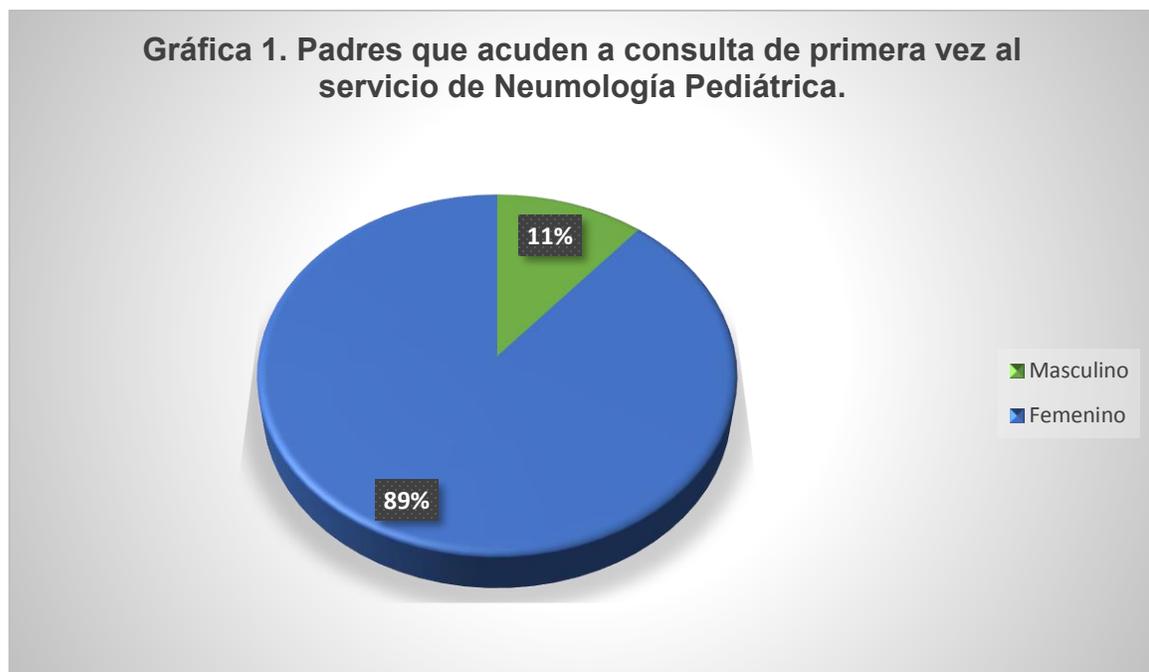
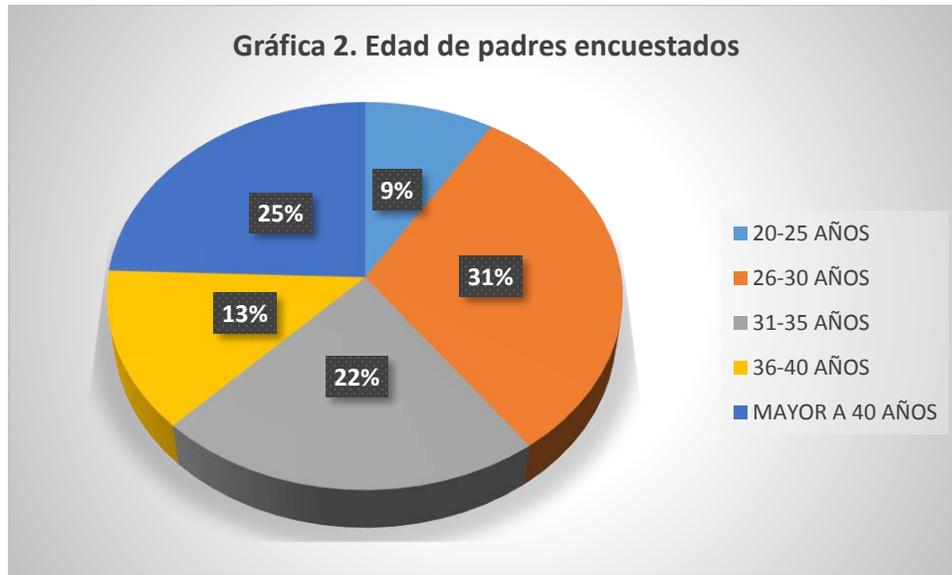


Tabla 1 Padres que acuden a consulta de primera vez al servicio de Neumología Pediátrica

SEXO	NO. PADRES
FEMENINO	40
MASCULINO	5

EDAD

De los padres encuestados encontramos que el 9% pertenece al rango de edad de 20 a 25 años, 31% de 26 a 30 años, 22% de 31 a 35 años, 13% de 36-40 años y mayor a 40 años 25%. (Gráfica 2)



OCUPACIÓN

De los padres encuestados el 28.9% tienen empleo, el 55.5% se dedican al hogar, el 6.7% se encuentran desempleados, 6.7% son comerciantes y el 2.2% estudian.

ESCOLARIDAD

Del 100% de padres encuestados el 33.3% tienen escolaridad primaria, 31.11% escolaridad secundaria, 20% preparatoria, 8.88% carrera técnica y sólo un 6.6% realizaron algún tipo de licenciatura.

TIPO DE FAMILIA

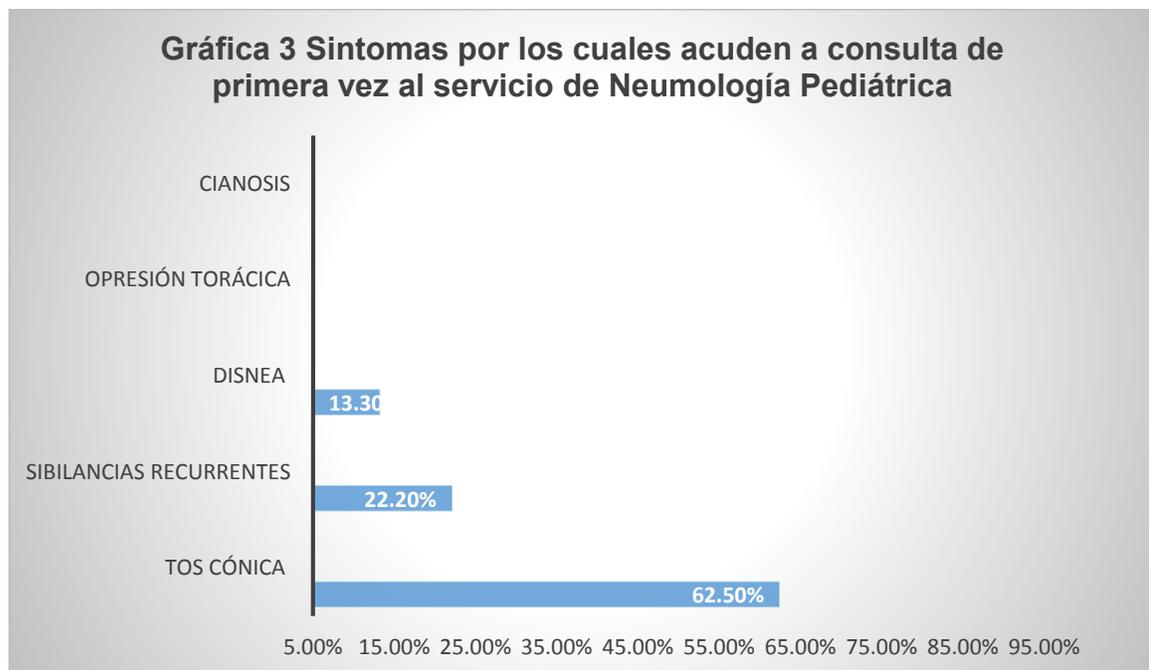
Encontramos que el 75.5% conforman una familiar nuclear y sólo el 24.5% pertenecen a una familia compuesta.

NIVEL SOCIOECONÓMICO

En cuanto al nivel socioeconómico nuestro estudio arrojó que el 66.7% tiene un nivel socioeconómico medio y el 33.3% cuenta con un nivel socioeconómico bajo.

SINTOMAS RESPIRATORIOS

Los síntomas por lo cuales acudieron los padres a consulta de primera vez al servicio de Neumología Pediátrica fueron la tos crónica con 62.5%, sibilancias recurrentes 22.2%, disnea 13.3% opresión torácica 4.4% y cianosis 4.4%. (Gráfica 3)



POR ENFERMEDAD RESPIRATORIA

Las enfermedades respiratoria por las cuales acudieron a consulta de primera vez fueron asma con un 51.1%, tos crónica 26.7%, displasia broncopulmonar 8.8%, sibilancias recurrentes 4.4% , neumonía recurrente 4.4%, bronquiectasias 2.3% y mucopolisacaridosis 2.3%.

TIEMPO QUE TARDAN EN LLEGAR AL SERVICIO DE NEUMOLOGIA PEDIATRICA

De los padres encuestados se encontraron los siguientes resultados respecto al tiempo en que tardan en llegar a la consulta de primera vez del servicio de Neumología Pediátrica: 22.2% tardaron menos de 6 meses, 13.3% tardaron entre 6 y 12 meses, 11.1% tardaron entre 13 y 24 meses, 53.3% tardaron más de 24 meses.

ANSIEDAD VS VARIABLES

ANSIEDAD

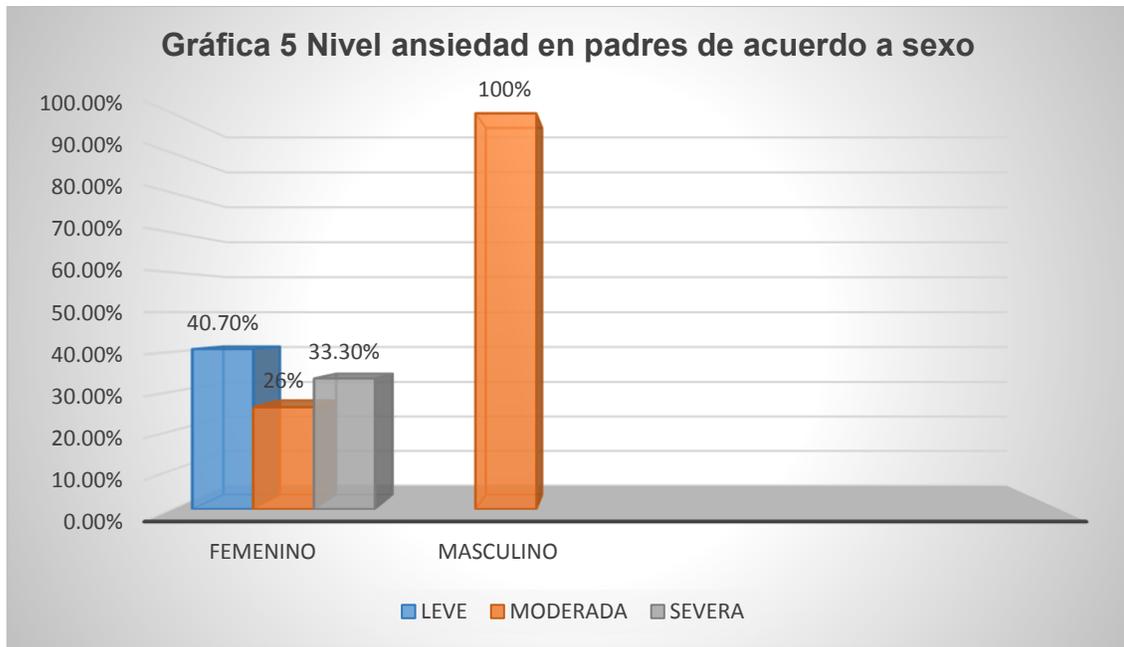
De 45 pacientes 29 padres presentaron algún grado de ansiedad, lo que equivale al 64% de los pacientes. (Gráfica 4)



GENERO

Del total de mujeres que mostraron en el estudio algún nivel de ansiedad, el 27.5% presentaron ansiedad leve, 7% moderada y 22.5% severa. Del 100% de

hombres que presentaron algún grado de ansiedad el 100% presentó ansiedad moderada.(Gráfica 5)



EDAD Y ANSIEDAD

De los 29 padres que presentaron algún nivel de ansiedad el 34.5% se presentó en el rango de edad de 26-30 años, 24.1% mayor a 40 años, 17.2% de 31 a 35 años, 13.8% de 20 a 25 años y 10.3% de 36 a 40 años.

Del total de pacientes con ansiedad de entre 20-25 años se presentó un nivel de ansiedad moderada en el 50% de los padres y 50% ansiedad severa. Del grupo entre 26-30 años el 60% presentó nivel de ansiedad leve, el 20% ansiedad moderada y el 20% ansiedad severa

Del grupo entre 31-35 años el 40% presentó nivel de ansiedad leve, el 40% ansiedad moderada y el 20% ansiedad severa. Del grupo entre 36-40 años el 66.7% presentó nivel de ansiedad leve y el 33.3% ansiedad severa. Del grupo de más de 40 años el 14.2% presentó nivel de ansiedad leve, el 42.9% ansiedad moderada y el 42.9% ansiedad severa.

OCUPACION Y ANSIEDAD

En cuanto a la ocupación de los padres se encontró que de los 29 pacientes que presentan algún grado de ansiedad 55.2% se dedican al hogar, 34.5% son empleados, 6.9% se encuentran desempleados y el 3.4% son comerciantes. (Gráfica 6)



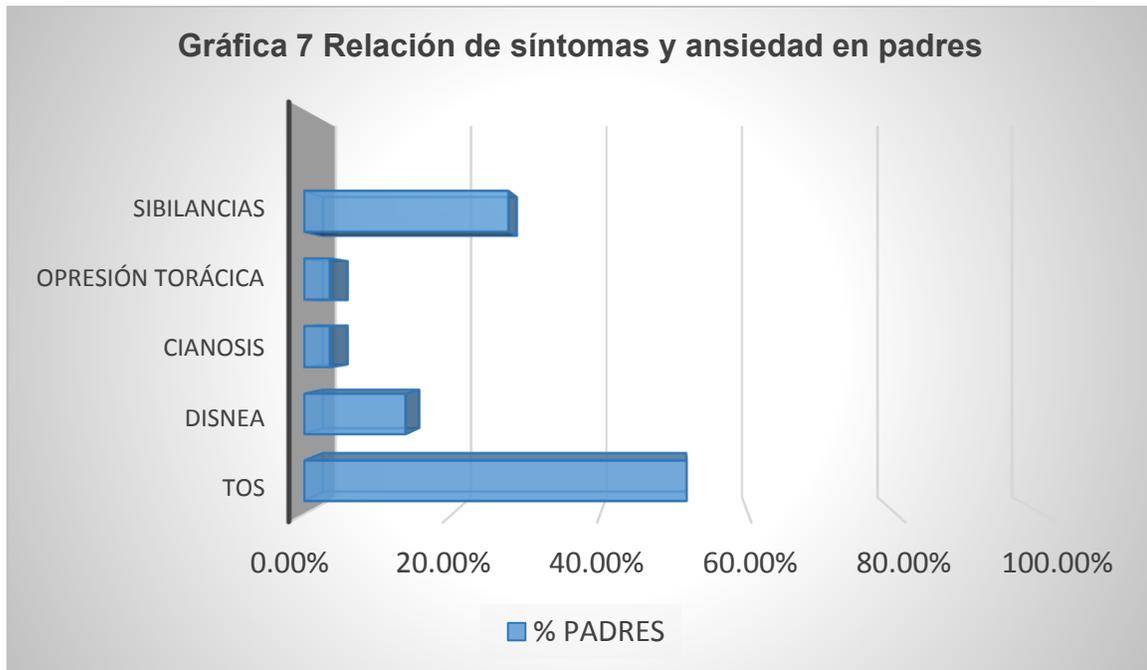
NIVEL SOCIOECONOMICO Y ANISEDAD

En cuanto a la relación entre ansiedad y nivel socioeconómico se obtuvo una relación directamente proporcional, predominando algún grado de ansiedad de aquellos padres con nivel socioeconómico medio con un porcentaje de 68.96% en comparación con los padres con nivel socioeconómico bajo con un porcentaje de ansiedad del 31.03%.

De los padres con nivel socioeconómico medio que mostraron algún nivel de ansiedad el 25% mostró un nivel de ansiedad leve, 35 % ansiedad moderada y el 40% ansiedad severa. Del 100% de padres con nivel socioeconómico bajo que mostraron algún nivel de ansiedad el 66.7% presentó ansiedad leve, el 22.2% ansiedad moderada y el 11.1% ansiedad severa

POR SINTOMAS RESPIRATORIOS

En relación con los síntomas y la presencia de ansiedad predominó la tos con 51.7%, sibilancias 27.6%, disnea 13.7%, cianosis 3.5% y opresión torácica 3.5%. (Gráfica 7)



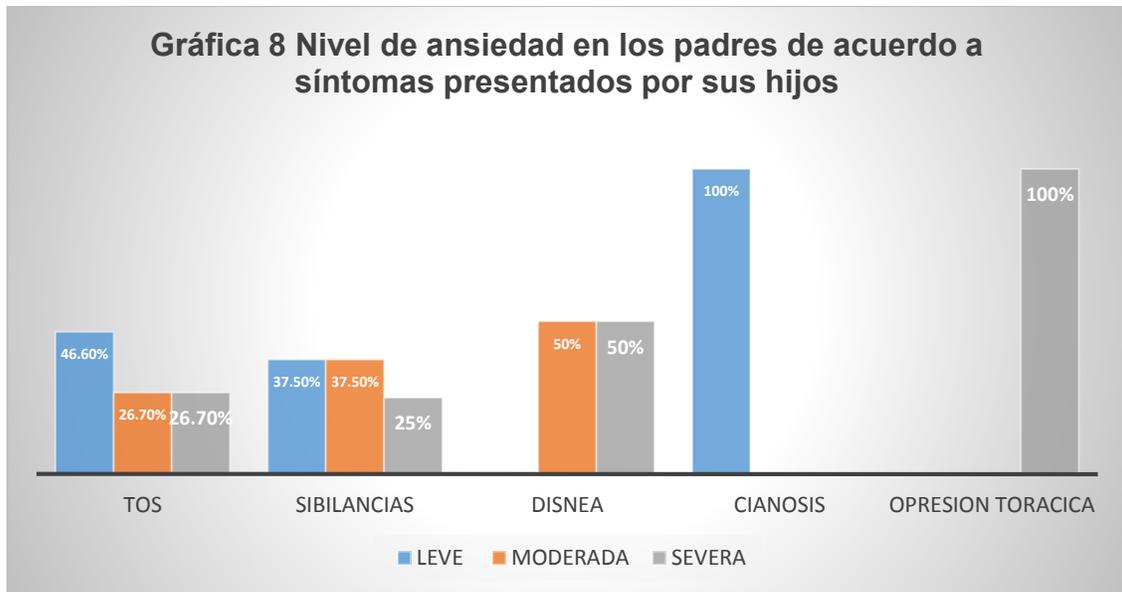
Del total de padres que presentaron algún nivel de ansiedad relacionado con el síntoma de tos crónica, se encontró un nivel de ansiedad leve en un 46.6%, 26.7% ansiedad moderada y 26.7 % ansiedad severa. (Gráfica 8)

Del total de padres que presentaron algún nivel de ansiedad relacionado con el síntoma de sibilancias , se encontró un nivel de ansiedad leve en un 37.5%, 37.5% ansiedad moderada y 25 % ansiedad severa. (Gráfica 8)

De los 29 pacientes con ansiedad, relacionado con el síntoma de disnea, se encontró un nivel de ansiedad moderada en el 50% y 50 % ansiedad severa.

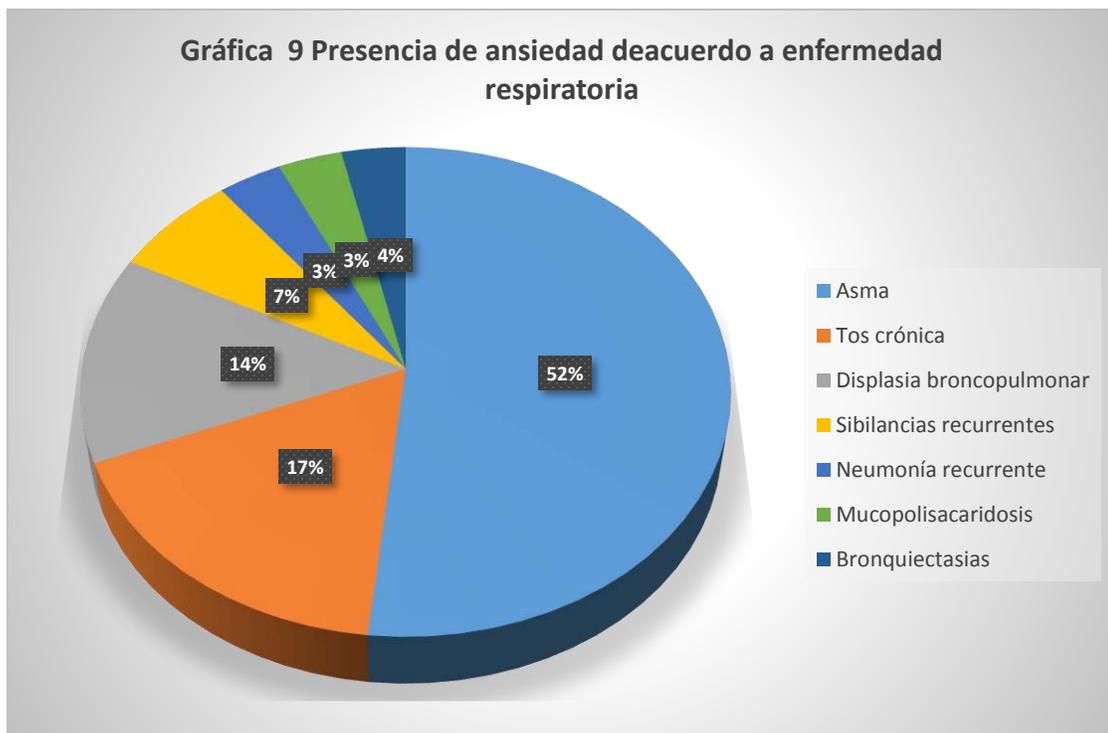
Del 100% de los padres que presentaron algún nivel de ansiedad relacionado con el síntoma de cianosis 100% presentaron ansiedad leve. (Gráfica 8)

Del total de padres que presentaron algún nivel de ansiedad relacionado con el síntoma de opresión torácica se encontró en el 100% un nivel d ansiedad severa. (Gráfica 8)



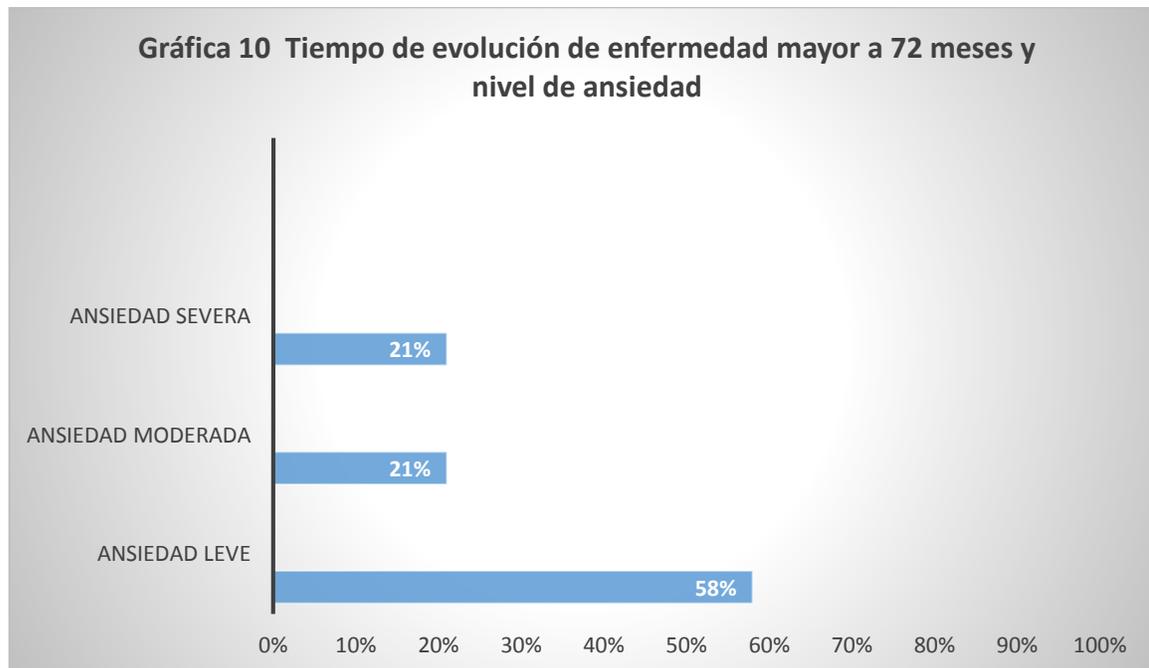
POR ENFERMEDAD RESPIRATORIA Y ANSIEDAD

En relación a la enfermedad respiratoria del niño y la presencia de ansiedad en padres se obtuvieron los siguientes resultados : en relación con el asma encontró presente en un 51.7%, tos crónica 17.2%, displasia broncopulmonar 13.7%, sibilancias recurrentes 6.9%, neumonía recurrente 3.5%, mucopolisacaridosis 3.5%, bronquiectasias 3.5%. (Gráfica 9)



TIEMPO DE EVOLUCIÓN Y ANSIEDAD

La ansiedad fue más frecuente en aquellos padres, cuyos hijos, presentaron padecimiento de más de 72 meses de evolución, con un porcentaje de 62.2%, y de éstos 21% presenta un nivel de ansiedad severa y un 21% un nivel de ansiedad moderada. (Gráfica 10)



TIEMPO QUE TARDARON EN LLEGAR AL SERVICIO DE NEUMOLOGIA PEDIATRICA Y ANSIEDAD.

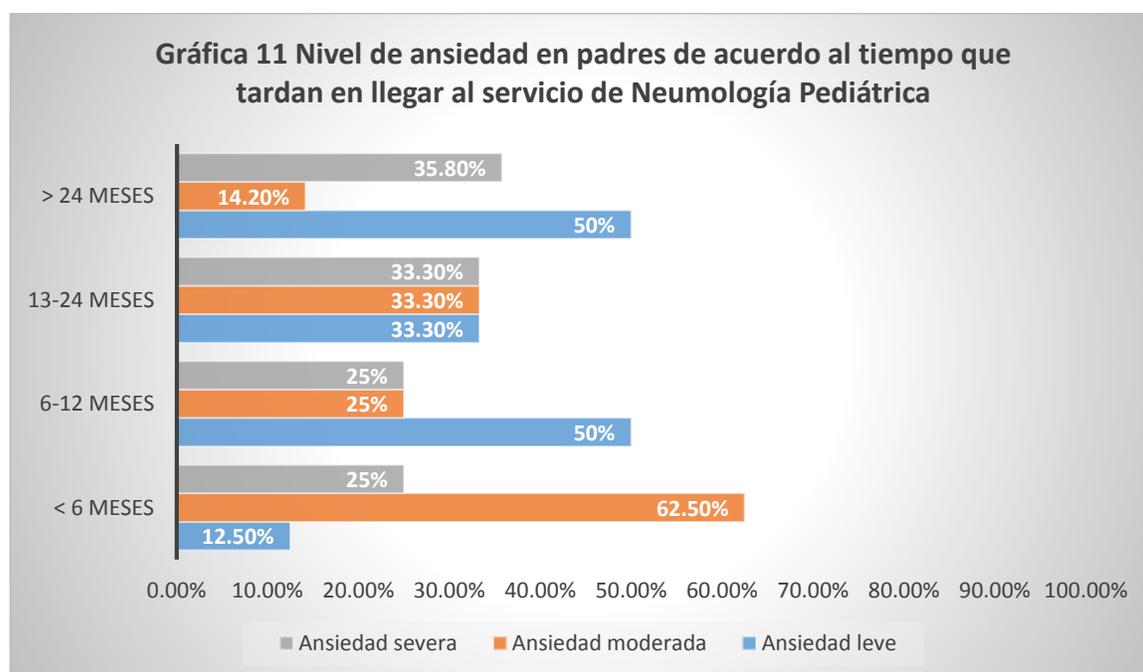
Del total de padres que mostraron algún nivel de ansiedad y el tiempo que tardan en llegar al servicio de Neumología Pediátrica se encontraron los siguientes resultados, el 27.6% tardaron menos de 6 meses en llegar al servicio de Neumología Pediátrica el 13. 8% tardaron de 6 -12 meses, el 10.4% tardan entre 13-24 meses, 48.3% tardaron más de 24 meses en llegar al servicio de Neumología Pediátrica. (Grafica 11)

Del total de padres que tardaron menos de 6 meses en llegar al servicio de Neumología Pediátrica y presentaron algún grado de ansiedad, el 12.5% presentaron un nivel de ansiedad leve, 62.5% ansiedad moderada y 25% ansiedad severa. (Gráfica 11)

Del total de padres que tardaron entre 6 y 12 meses en llegar al servicio de Neumología Pediátrica y presentaron algún grado de ansiedad, el 50% presentaron un nivel de ansiedad leve, 25% ansiedad moderada y 25% ansiedad severa. (Gráfica 11)

Del total de padres que tardaron entre 13 y 24 meses en llegar al servicio de Neumología Pediátrica y presentaron algún grado de ansiedad el 33.3% presentaron un nivel de ansiedad leve, 33.3% ansiedad moderada y 33.3% ansiedad severa. (Gráfica 11)

Del total de padres que tardaron más de 24 meses en llegar al servicio de Neumología Pediátrica y presentaron algún grado de ansiedad, 50 % presentaron un nivel de ansiedad leve, 14.2% ansiedad moderada y 35.8% ansiedad severa. (Gráfica 11)



13. DISCUSIÓN

Se tomaron los rangos de ansiedad descritos por el manual del Inventario de ansiedad de Beck , ya que no se encuentran rangos establecidos en la población mexicana.(14)

Se encontró que las mujeres tienen mayor nivel de ansiedad que los hombres, del total de mujeres encuestadas el 67.5% que presentan algún grado de ansiedad y de éstas se presentó nivel de ansiedad leve en un 40.7%%, moderada 26%, severa 33% en comparación con el sexo masculino en donde del 100% de hombres encuestados 60% no presentaron ansiedad y 40% presentan nivel de ansiedad moderada. Podemos observar entonces un porcentaje mayor de ansiedad en mujeres siendo de 67.5%% en comparación con el sexo masculino donde encontramos un 40% de ansiedad muy similar al estudio realizado en Colombia donde se obtuvo predominio del sexo femenino en un 56% en comparación al sexo masculino en un 43%.²² De acuerdo a lo reportado por el DSM IV a un ligero predominio de ansiedad en el sexo femenino como lo describíamos previamente.^{4,24}

En cuanto a la relación entre edad y presentación de algún grado de ansiedad en padres de niños con neumopatía crónica predominó la edad de 26 a 30 años obteniéndose un 34.5% reduciendo el intervalo de edad de acuerdo al estudio realizado por la Universidad Autónoma de México en donde se tiene un rango de edad amplio que incluye desde los 15 hasta los 45 años.³ En un estudio realizado por el Instituto Mexicano del Seguro Social en el año 2013 también se encontró la presencia de ansiedad dentro del rango de edad entre 29 y 39 años² similar a lo encontrado en nuestro estudio. Se han reportado ciertas características demográficas tomando en cuenta la edad de inicio de los trastornos de ansiedad en donde se comenta nuevamente la edad de inicio de los 20 a 30 años.²⁴

Encontramos una relación directamente proporcional entre mayor tiempo de evolución de la enfermedad pulmonar del niño y la presencia de algún grado de ansiedad en los padres, siendo más frecuente en aquellos padres con niños cuyo padecimiento tiene más de 72 meses de evolución con un porcentaje de 62.2% de los casos que presentaron algún nivel de ansiedad, y tomando éste tiempo de evolución se observó que un 21% de éstos padres ya presentan un nivel de ansiedad severa y un 21% un nivel de ansiedad moderada que requeriría intervención médica.

En cuanto a sintomatología pulmonar que presenta el niño en relación con la presencia de algún nivel de ansiedad en los padres se observó que predomina el síntoma de tos en un 51.7%, y de este porcentaje se observó un 26.6% presenta nivel de ansiedad severa, 26.7% ansiedad moderada y un 46.6% ansiedad leve, el segundo síntoma que predominio son las sibilancias en 27.5% en relación al total de padres con algún grado de ansiedad. No se encontraron estudios que relacionen la sintomatología del niño con algún tipo de neumopatía con el nivel de ansiedad de los padres.

El estudio mostró que la enfermedad respiratoria que generó mayor número de padres con algún grado de ansiedad fue asma con 51.7% del total de padres con ansiedad, de los cuales 17.2% presentan nivel de ansiedad severa, 13.7% nivel de ansiedad moderada y 20.6% nivel de ansiedad leve. En segundo lugar nuevamente observamos que la tos por mas de 3 semanas genera también un grado de ansiedad en padres siendo un 17.2% del total de padres con ansiedad. Como se menciona en el artículo de “Aspectos psicológicos del asma infantil” es frecuente observar conductas de sobreprotección en los padres del niño asmático, en un intento por mantener los síntomas bajo control. Esto conlleva a un retraso en la adquisición de hábitos de autonomía y disminución significativa de las habilidades para sus relaciones sociales, incrementando paralelamente su dependencia del grupo familiar⁶ generando un estado de codependencia del padre hacia el niño, generándole mayor grado de ansiedad.

Se encontró algún nivel de ansiedad en padres de niños con neumopatía con las siguientes ocupaciones. Hogar con un 55.17%, en segundo lugar empleados con 34.48%, en tercer lugar desempleados con un 6.89% y en cuarto lugar comerciante con un 3.44%. Se menciona en la literatura que el trastorno de ansiedad es más frecuente en las personas que se dedican a las tareas del hogar esto debido al estrés social y familiar²⁴, se menciona también que esto puede apuntar a la limitación que supone el ser únicamente ama de casa y madre, un papel caracterizado por la falta de estructura y contacto social, donde buena parte de las tareas son frustrantes, muy demandantes y con poco control ^{25, 26}, el tener un número limitado de roles se ha asociado con mayor vulnerabilidad a la ansiedad. En comparación con otros estudios donde el índice de ansiedad en desempleados es mayor que el de personas con trabajo remunerado ²⁴, encontramos un porcentaje alto de padres que trabajan y cursan con ansiedad y de éstos el 50% presenta ansiedad severa, esto puede deberse a que en la actualidad las demandas ambientales superan la capacidad adaptativa de una persona, dando lugar a cambios biológicos y psicológicos, que a su vez puedan ser causantes de enfermedad. El tipo de empleo, la experiencia propia del empleado, las relaciones interpersonales (mal ambiente laboral aunado al ambiente familiar), los factores relacionados con el desarrollo profesional son agravantes para desarrollar un trastorno de ansiedad.

Tomando en cuenta la relación entre ansiedad y nivel socioeconómico se obtuvo una relación directamente proporcional, predominando algún grado de ansiedad de aquellos padres con nivel socioeconómico medio, con un porcentaje de 68.96%, en comparación con los padres con nivel socioeconómico bajo, con un porcentaje de ansiedad del 31.03%. a diferencia de un estudio realizado en España, donde refiere mayor grado de problemas de salud mental en mujeres con nivel socioeconómico bajo.²³ Esto puede deberse a que en la actualidad los padres con nivel socioeconómico más alto, tiene mayor acceso a información acerca de las patologías de sus hijos por medio del internet, las cuales en la mayoría de los

casos puede ser mal interpretadas, generando un nivel de ansiedad mayor al conocer quizá posibles complicaciones y posible pronóstico del niño.

Es una realidad que el internet se ha convertido en un medio de masas al que se acude como fuente de información en general, científica y de salud en particular, para el consumo de información y transmisión del conocimiento.

En cuanto al tiempo que tardan los pacientes con neumopatía crónica en llegar al servicio de Neumología Pediátrica, nuestro estudio mostró que un 53.3% tardaron más de 24 meses en llegar, y esto fue directamente proporcional con la presencia de ansiedad ya que del total de padres con algún grado de ansiedad, el 48.2% tardaron más de 24 meses en llegar. Podemos también observar que entre más tiempo pasó desde el inicio de los síntomas, hasta su llegada de primera vez a la consulta de Neumología Pediátrica, fue incrementando el porcentaje de ansiedad severa, desde un 25% en aquellos que tardaron menos de 6 meses, en comparación con los que tardaron más de 24 meses, con un porcentaje de ansiedad severa del 35.8%. No se encontraron estudios que relacionen el tiempo que tardan en llegar los pacientes de primera vez al servicio de Neumología Pediátrica y el desarrollo de ansiedad en los padres, podemos observar que entre más tiempo pasa en que el niño llegue a la consulta de primera mayor ansiedad generará en los padres y éstos pueden desarrollar un nivel de ansiedad moderada y severa que requiera de atención médica, es imperativo que se disminuya el tiempo de envío de un paciente que requiera valoración en éste caso, por la subespecialidad de Neumología Pediátrica y así disminuir el porcentaje de ansiedad en padres de niños con neumopatía crónica.

14. CONCLUSIONES:

1. La ansiedad es vista en un alto porcentaje en los padres con hijos con neumopatías crónicas, por lo que es necesario abordar a la familia en general.
2. Debido a la frecuencia de ansiedad encontrada en nuestro estudio, es necesario realizar mas estudios con poblaciones comparativos, para evaluar si es debido al tipo de enfermedad pulmonar que padece el niño o si se presenta con cualquier patología pediátrica.
3. Es necesario realizar estudios de seguimiento a los padres encuestados, ya que al ser evaluados, diagnosticados y tratados el nivel de ansiedad será menor o desaparecerá, siendo importante este seguimiento.
4. Debido a la relación encontrada entre la presencia de ansiedad en padres que tardan más de 24 meses en llegar de primera vez al servicio de Neumología Pediátrica y además de que se encontró que entre mayor tiempo tardan en llegar a la consulta mayor es el nivel de ansiedad que los padres resulta necesario establecer medidas estratégicas a fin de disminuir el tiempo de llegada a los servicios de subespecialidad, con esto disminuirá el nivel de ansiedad en los padres.
5. También es importante señalar que el nivel socioeconómico juega un factor importante en la presencia de ansiedad, tal vez por tener un poco de mayores conocimientos en las enfermedades y la muerte, y ya que esta es nuestra población más frecuente, debemos implementar medidas que valoren a la familia como un todo.
6. Se deben realizar más estudios para tener no solo un punto de corte en la población mexicana, sino rangos definidos para ansiedad leve, moderada y severa y así identificar los casos y darles el manejo más adecuado.

15. BIBLIOGRAFIA

1. Grau Rubio C, Fernández Hawrylak M. Familia y enfermedad crónica pediátrica. An. Sist. Sanit. Navar (Val). 2005; 33 (2): 203-12.
2. Rojas Carrasco KE. Niveles de ansiedad en madres y padres con un hijo en terapia intensiva. Rev Med Inst Mex Seguro Soc (Mex). 2013;51(6):606-9.
3. Virgen Montelogo, R. Trastornos de ansiedad. Rev. Dig. Uni. (Mex). 2005; 6(11):1-11.
4. Association, A. P. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. In A. P. Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4^a edición ed.). EEUU, Estados Unidos de América: Masson.2001.
5. Garcia S, R. Hospitalización en niños y adolescentes. Rev. Med. Clin. Condes (Chile).2005;16(4):236-41.
6. Benítez Maestre AM. Aspectos psicológicos del asma infantil. Rev Pediatric Aten Primaria (Mad). 2005; 7(2): 137-49.
7. Suárez Idueta L. Aspectos psicológicos del asma. Aler Asma Inmunol Pediatr.(Mex). 2010; 19(1): 18-22.
8. Chi Chiang L. .Exploring the health-related quality of life among children with moderate asthma. J Nurs Res (Tai). 2005; , 13(1):31-39.
9. Hans T. Haciendole frente al estrés en la vejez. Rev Latin Psicol. (Col) 2005; 34(12):42-54.
10. Chávez Ventura G. Perspectivas para la Investigación psicológica del asma. Rev. Psicol. (Perú). 2012; 14(2):268-77.
11. Soriano Guilabert M. Recursos percibidos y estado emocional en padres de hijos con discapacidad. Rev Psico Salud.2013; 1(1): 84-101
12. Beck Aaron T. An Inventory for Measuring clinical anxiety: Psychometric Properties. Journal of Consulting and Clinical Psychology ,1988. 893-897.
13. Beck, A. T, Steer R. Psychological assessment.. Journal Consul Clin Psychology. 1990; 2(2):191-97.
14. Beltrán M. El inventario de depresión de beck: Su validez en población adolescente. Ter Psicol (Santiago) . 2012; 30 (1): 5-13.

15. NORMA Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño .P 5-11
16. Surós Batlló A.. Surós Batlló. Semiología Médica y Técnica Exploratoria. 8va ed. Barcelona: Masson. 2004.
17. Pérez E, Fernández A.M. Técnicas Básicas De Enfermería. Procedimientos Respiratorios. 1era ed. Ed Mc GrawHill-Interamericana. 2011.
18. Urguelles Fajardo E. Tos persistente. Protocolos Diagnosticos Terapeuticos de la AEP. Neumología, (Madrid) 2008: 144-151.
19. Ngoc P. Recurrent wheeze in early childhood and asthma among children at risk for atopy, Pediatrics, 2006; 117(6):1132-38.
20. Rodríguez-Ortiz PG. Características epidemiológicas de pacientes con alergia a alimentos atendidos en el Centro Regional de Alergias e Inmunología Clínica de Monterrey. Rev Aler Mex (Mex). 2009; 56(6):185-91.
21. Navarro Merino M. Neumonía recurrente y persistente. Protocolos Diagnósticos Terapéuticos de la AEP, Neumología (Madrid). 2008: 90-110.
22. Perez Casan C. Evaluación de la Disnea y de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud. Arch Bronconeumol. 2007; 43(3):2-7.
23. Posada Villa J. Trastornos de ansiedad según distribución por edad, género, variaciones por regiones, edad de aparición, uso de servicios, estado civil y funcionamiento/discapacidad según el Estudio Nacional de Salud Mental-Colombia. Publicación Científica. (Col)2006;4(6):1-114.
24. Rocha Bones, K. Prevalencia de problemas de salud mental y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud: resultados de la encuesta Nacional de salud en España. Revista Anual de Psicología (España). 2010; 22(3):389-95
25. García Portilla P. Epidemiología del trastorno de ansiedad generalizada. Universidad de Oviedo.(España). 2005; 17:1: 5-8.
26. Matud P. Ansiedad, depresión y síntomas psicossomáticos en una muestra de amas de casa. Rev Latinoamerican Psicología. 2000;32(1): 91-106.

16. ANEXOS

Anexo 1.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	“VALORACIÓN DEL NIVEL DE ANSIEDAD EN PADRES DE NIÑOS CON NEUMOPATIAS CRÓNICAS QUE LLEGAN DE 1ª VEZ AL SERVICIO DE NEUMOLOGÍA PEDIÁTRICA”
Patrocinador externo (si aplica):	NO
Lugar y fecha:	México DF a
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Dentro de las valoraciones realizadas por Neumología Pediátrica, en la consulta de 1ª. vez, encontramos que los padres cursan con un alto nivel de ansiedad, desconociendo el nivel y el como ayudarlos, consideramos que es debido a que sus hijos cursan con patologías que ponen en riesgo la vida de forma aguda. Por tal motivo consideramos necesario buscar el nivel de ansiedad de los padres, y encontrar cuales fueron los factores que propician más ansiedad en ellos, para así implementar estrategias para disminuir la ansiedad, en caso que el tiempo en llegar a nuestro servicio sea uno de ellos, tratar de agilizar su llegada con nosotros y sensibilizar a médicos familiares o pediatras, en su envío oportuno. A nivel institucional mejoraría la calidad de atención tanto a hijos como a padres de familia fomentando un mejor ambiente a nivel psicológico que permita comprender y entender el padecimiento de su hijo, permitiendo actuar como agente activo co-terapeutico, con el objetivo de ser útil para el paciente y para sí mismo.
Procedimientos:	Aplicación cuestionario de ansiedad.
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Contribuir a la formación médica.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se informará inmediatamente posterior a la aplicación de los instrumentos de evaluación.
Participación o retiro:	Estoy informado de que puedo cancelar mi participación en cualquier momento.
Privacidad y confidencialidad:	El investigador principal me ha dado seguridad de que los datos proporcionados en el cuestionario serán manejados en forma confidencial.
En caso de colección de material biológico (si aplica):	NO APLICA
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	NO APLICA
Beneficios al término del estudio:	Contribuir en avances médicos.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dra. Silvia Moysén Ramírez Mat. 99361679. Cel. 5554510077, correo: silviamoyesen@gmail.com .
Colaboradores:	Dra. Claudia Paulina Galicia Rabadán. Mat. 98158774. Cel. 52 1 7772277964 correo: claud_galicia7@hotmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque “B” de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Testigo 1

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013

Anexo 2.

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Nombre: _____ Fecha: _____

Folio: _____ No. Afiliación: _____

A. Edad: _____ B. Sexo: Femenino Masculino.

C. Escolaridad:

1. Analfabeto 2. Primaria 3. Secundaria 4. Preparatoria 5. Carrera Técnica 6. Licenciatura 7. Maestría 8. Doctorado.

D. Ocupación:

1. Desempleado 2. Empleado 3. Obrero. 4. Comerciante 5. Empresario. 6. Hogar. 7. Estudiante.

E. Nivel Socio Económico:

1. Bajo 2. Medio 3. Alto

F. Tipo de familia: (Indique como esta constituida su familia)

G. Edad de inicio de los síntomas respiratorios de su hijo: _____ meses.

H. Tiempo de evolución de los síntomas respiratorios desde el inicio de síntomas a su llegada al servicio de neumología pediátrica en consulta externa:

_____ meses. Causa:

I. Síntomas respiratorios.

1. Fiebre 2. Rinorrea 3. Obstrucción nasal 4. Dolor faríngeo 5. Disfonía 6. Tos 7. Disnea 8. Expectorcación 9. Cianosis 10. Sibilancias 11. Opresión torácica,

J. Criterios de enfermedades respiratorias crónicas.

1. Rinofaringitis mas de 5 por año.

2. Faringoamigdalitis mas de 5 por año.

3. Rinosinusitis mas de 3 por año.

4. Otitis recurrente mas de 3 por año.

5. Laringotraqueitis mas de 2 en un año o 3 en su vida.

6. Neumonías mas de 2 en un año o 3 en toda su vida.

7. Neumonía que no mejora radiológicamente.

8. Tos mas de 3 semanas.

9. Sibilancias mas de 2 eventos en un año o 3 en toda su vida.

10. Apnea del sueño.

11. Asma

12. Displasia Broncopulmonar.

13. Discinecia ciliar primaria.

K. Nivel de ansiedad: _____

Anexo 3.**CUESTIONARIO DE ANSIEDAD**

SEÑALE UNA RESPUESTA EN CADA UNO DE LOS 21 RUBROS	POCO NADA (0)	MAS O MENOS (1)	MODERADAMENTE (2)	SEVERAMENTE (3)
1. Entumecimiento, hormigueo				
2. Sentir oleadas de calor (bochornos)				
3. Debilitamiento de piernas				
4. Dificultad para relajarse				
5. Miedo a que pase lo peor				
6. Sensación de mareo				
7. Opresión en el pecho o latidos acelerados				
8. inseguridad				
9. Terror				
10. Nerviosismo				
11. Sensación de ahogo				
12. Manos temblorosas				
13. Cuerpo tembloroso				
14. Miedo a perder el control				
15. Dificultad para respirar				
16. Miedo a morir				
17. Asustado				
18. Indigestión o malestar estomacal				
19. Debilidad				
20. Ruborizarse, sonrojamiento				
21. Sudoración no debida a calor				

INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK (BAI) (3,4,7)

RESULTADO: _____

Tablas y gráficas.

Tabla 1 Relación de acuerdo a sexo de los padres que acuden a consulta de primera vez en el servicio de Neumología Pediátrica

SEXO	NO. PADRES
FEMENINO	40
MASCULINO	5

Tabla 2 Edad de los padres que acuden a consulta de primera vez en el servicio de Neumología

EDAD	NO. PADRES
20-25 AÑOS	4
26-30 AÑOS	14
31-35 AÑOS	10
36- 40 AÑOS	6
MAYOR A 40 AÑOS	11

Tabla 3 Nivel de escolaridad en padres que acuden a consulta de primera vez en el servicio de Neumología Pediátrica

ESCOLARIDAD	NO. PADRES
ANALFABETA	0
PRIMARIA	15
SECUNDARIA	14
PREPARATORIA	9
CARRERA TECNICA	4
LICENCIATURA	3
MAESTRIA Y/O DOCTORADO	0

Tabla 4 Ocupación de los padres que acuden a consulta de primera vez al servicio de Neumología Pediátrica

OCUPACION	NO. PADRES
EMPLEADO	13
DESEMPLEADO	3
OBRAERO	0
ESTUDIANTE	1
HOGAR	25
EMPRESARIO	0
COMERCIANTE	3

Tabla 5 Nivel socioeconómico de los padres de niños con neumopatías crónica que llegan por primera vez al servicio de Neumología Pediátrica

NIVEL SOCIOECONOMICO	NO. PADRES
BAJO	15
MEDIO	30
ALTO	0

Tabla 6 Tipo de familia

TIPO DE FAMILIA	NO. PADRES
NUCLEAR	34
COMPUESTA	11

Tabla 7 Tiempo de evolución de la enfermedad

MESES	NO. PACIENTES
< 6 MESES	5
6-11 MESES	4
12-23 MESES	3
24-35 MESES	3
36-47 MESES	0
48-59 MESES	1
60-72MESES	0
>72 MESES	29

Tabla 8 Tiempo que tardan en llegar al servicio de Neumología Pediátrica

TIEMPO	NO. PADRES
< 6 MESES	10
6-12 MESES	6
13-24 MESES	5
MAYOR A 24 MESES	24

Tabla 9 Síntomas por los cuales acuden a consulta de primera vez

SINTOMAS	NO. PADRES
TOS	25
RINORREA	
FIEBRE	
OBSTRUCCION NASAL	
OPRESION TORACICA	2
SIBILANCIAS	10
CIANOSIS	2
DISNEA	6
DOLOR FARINGEO	
EXPECTORACION	
DISFONIA	

Tabla 10 Enfermedad respiratoria por la cual acuden a consulta de primera vez

ENFERMEDAD RESPIRATORIA	NO. PADRES
FARINGOAMIGDALITIS	
RINOFARINGITIS	
OTITIS RECURRENTE	
RINOSINUSITIS	
LARINGOTRAQUEITIS	
SIBILANCIAS RECURRENTES	2
APNEA DEL SUEÑO	
ASMA	23
DISPLASIA BRONCOPULMONAR	4
DISCINECIA CILIAR PRIMARIA	
NEUMONIA RECURRENTE	2
TOS POR MAS DE 3 SEMANAS	12
MUCOPOLISACARIDOSIS	1
BRONQUIECTASIAS	1

Tabla 11 Nivel de ansiedad en padres de niños con neumopatías crónica que llegan por primera vez al servicio de Neumología Pediátrica

NIVEL DE ANSIEDAD	NO. PADRES
SIN ANSIEDAD 0-7	16
LEVE 8-15	11
MODERADO 16-25	9
SEVERO 26 -63	9

Tabla 12 Nivel de ansiedad de acuerdo a sexo

NIVEL DE ANSIEDAD	FEMENINO	MASCULINO
SIN ANSIEDAD	13	3
LEVE	11	0
MODERADA	7	2
SEVERA	9	0

Tabla 13 Nivel de ansiedad por grupo de edad

EDAD	SIN ANSIEDAD	ANSIEDAD LEVE	ANSIEDAD MODERADA	ANSIEDAD SEVERA
20-25 AÑOS	0	0	2	2
26-30 AÑOS	4	6	2	2
31-35 AÑOS	5	2	2	1
36-40 AÑOS	3	2	0	1
MAYOR A 40 AÑOS	4	1	3	3

Tabla 14 Tiempo de evolución de la enfermedad del niño en relación con el nivel de ansiedad

MESES	ANSIEDAD LEVE	ANSIEDAD MODERADA	ANSIEDAD SEVERA
< 6 MESES		2	3
6-11 MESES		2	
12-23 MESES			1
24-35 MESES		1	1
36-47 MESES			
48-59 MESES			
60-72 MESES			
>72 MESES	11	4	4

Tabla 15 Relación síntomas y nivel de ansiedad en padres

SINTOMA	ANSIEDAD LEVE	ANSIEDAD MODERADA	ANSIEDAD SEVERA
FIEBRE			
RINORREA			
OBSTRUCCION NASAL			
DOLOR FARINGEO			
DISFONIA			
DISNEA		2	2
TOS	7	4	4
CIANOSIS	1		
SIBILANCIAS	3	3	2
OPRESION TORACICA			1
EXPECTORACION			

Tabla 16 Enfermedad respiratoria del niño en relación con el grado de ansiedad en padres

ENFERMEDAD RESPIRATORIA	ANSIEDAD LEVE	ANSIEDAD MODERADA	ANSIEDAD SEVERA
FARINGOAMIGDALITIS			
RINOFARINGITIS			
OTITIS RECURRENTE			
RINOSINUSITIS			
LARINGOTRAQUEITIS			
SIBILANCIAS RECURRENTES	2		
APNEA DEL SUEÑO			
ASMA	6	4	5
DISPLASIA BRONCOPULMONAR	1	2	1
DISCINECIA CILIAR PRIMARIA			
NEUMONIA RECURRENTE	1		
TOS POR MAS DE 3 SEMANAS		3	2
MUCOPOLISACARIDOSIS	1		
BRONQUIECTASIAS			1

Tabla 17 Nivel socioeconómico y nivel de ansiedad

NIVEL SOCIOECONOMICO	ANSIEDAD LEVE	ANSIEDAD MODERADA	ANSIEDAD SEVERA
BAJO	6	2	1
MEDIO	5	7	8
ALTO			

Tabla 18 Ocupación y ansiedad

OCUPACION	ANSIEDAD LEVE	ANSIEDAD MODERADA	ANSIEDAD SEVERA
EMPLEADO	0	5	5
DESEMPLEADO	2	0	0
HOGAR	9	3	4
COMERCIANTE	0	1	0

Tabla 19 Tiempo que tardaron en llegar al servicio de Neumología Pediátrica y ansiedad

TIEMPO	ANSIEDAD LEVE	ANSIEDAD MODERADA	ANSIEDAD SEVERA
< 6 MESES	1	5	2
6-12 MESES	2	1	1
13-24 MESES	1	1	1
MAYOR A 24 MESES	7	2	5