

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

LOS TRASTORNOS EMOCIONALES Y SU RELACION
CON EL ASMA INFANTIL

TESIS

Presentada a la Junta Directiva de la
Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

POR:

RUBEN ELISEO GODINEZ FUENTES

En el Acto de su Investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, Abril de 1980

INDICE

1. INTRODUCCION
2. ANTECEDENTES Y CONSIDERACIONES GENERALES
3. OBJETIVOS
4. MATERIAL Y METODOS
5. JUSTIFICACION
6. HIPOTESIS
7. PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS
8. CONCLUSIONES
9. RECOMENDACIONES
10. BIBLIOGRAFIA

"QUIENES SE TORNAN CORCOVADOS ANTES DE LA PUBERTAD A CAUSA DEL ASMA O TOS ... MUEREN".

HIPOCRATES

INTRODUCCION

En algunos de los más antiguos tratados de medicina, se menciona la importancia de los aspectos psicológicos del asma y su posible gravedad clínica. Hipócrates aconsejaba al asmático evitar emociones fuertes de índole de cólera.

Actualmente con los avances de la ciencia médica, estamos obligados a realizar estudios concienzudos de la participación de estos factores, y ofrecer de una manera sistemática y con un enfoque moderno la adecuada orientación para la terapéutica.

Por esa misma inquietud, ante lo exuberante de material de estudio se origina la presente investigación, considerando los FACTORES DEMOGRAFICOS, estadísticamente operables, los cuales podrían ser determinantes o genéricos de una situación emocional en el niño y su repercusión en el agravamiento y mantenimiento de este problema de salud en nuestra sociedad.

El presente trabajo trata de determinar si la estabilidad del hogar del niño, las situaciones conflictivas internas o externas, su situación especial o ubicación dentro del contexto de la familia, el sexo, edad y problemas familiares sociales condicionan de alguna manera un trastorno emocional y su incumbencia directa o indirecta en el niño enfermo.

OBJETIVOS

GENERALES:

1. Contribuir al conocimiento de uno de los principales problemas de salud de Guatemala.
2. Promover la investigación científica en nuestro medio haciendo uso del método científico.
3. Conocer la magnitud e importancia de los trastornos psicósomáticos en la infancia, sus secuelas y su implicación en las actividades sociales, escolares, familiares y posteriormente en la vida adulta.
4. Que el presente estudio sea incentivo para realizar estudios posteriores.

ESPECIFICOS:

1. Conocer la multicausalidad de los trastornos psicósomáticos en el asma infantil.
2. Conocer los conflictos familiares que provocan el apareamiento, agravación o mantenimiento de asma infantil.
3. Conocer mediante estos estudios la etiopatogenia del asma, para poder sacar recomendaciones útiles, orientada a un tratamiento específico, provechoso para el paciente.
4. Revisar los estudios existentes, los distintos enfoques que se le ha dado y compararlos con estudios propios.

REVISION DE ANTECEDENTES

En un estudio de niños asmáticos realizado en México, "Estudio Psiquiátrico en 24 casos de Niños Asmáticos", el Doctor Luis Moreno (14) y colaboradores dieron los siguientes resultados:

Las edades oscilaron entre 4 y 12 años, edad promedio 7 años. 17 del sexo masculino y 7 del femenino. El 50% de los casos el paciente fue el primer hijo. El tiempo de evolución promedio era de 2 años 5 meses, y se reportaba mejoría con el tratamiento médico en el 58% de los casos.

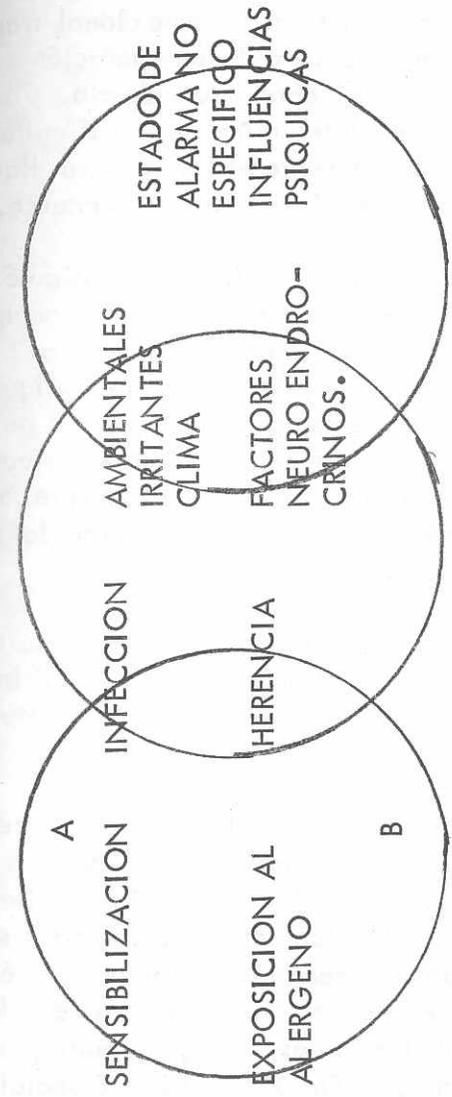
Concuerda con los datos encontrados por otros autores donde la incidencia de primogénitos es alta. En otros estudios ya se ha apuntado que los conflictos internos de la madre pueden incrementarse específicamente con el primer hijo y no con los otros. En lo que se refiere a la personalidad de los pacientes: 8 agresivos, 10 tímidos o dependientes. Pero sea que fueran tímidos o agresivos, todos exhibían un patrón subyacente de inseguridad. En 6 casos el ajuste del matrimonio era adecuado. En todos; los demás se encontraron diversos grados de inadecuación. Se revela también que los padres de los niños asmáticos tienen problemas de los rasgos de la personalidad, que parecen determinar, la elección recíproca de la pareja matrimonial, el tipo de relación marital y las relaciones con los hijos.

Fué ostensible la ausencia física del padre y falta de contacto con la clínica en el manejo del problema de su hijo. 58% algún problema de alimentación. Diez de ellos eran anorexicos. Los niños 5 de ellos presentaron enuresis.

En Argentina F. Escardó (5) y colaboradores estudiaron el círculo familiar del niño. Revela que... los padres especialmente la madre, tratan al niño asmático "como un enfermo" con las características de sobreprotección y mimos que surgen en estos casos. No hay diferencia llamativa con respecto a cualquier otro problema de conducta que tenga manifestaciones orgánicas. En el planteo general del niño enfermo se hace intervenir a los hermanos. La madre intenta hacerlos sus aliados para obtener de ellos sus aprobaciones hacia el pequeño asmático, por tratarse de un enfermo... con todas las graves consecuencias que se derivan de la pérdida de la relación normal entre hermanos, creándose así conflictos con los niños sanos de la familia, que no tienen suficiente madurez para adoptar una posición de adultos comprensivos frente a una persona que debe atenderse más.

En Estados Unidos, Constantine J. Falliers (6) menciona las prioridades etiológicas respecto a la aparición del asma y su estado emocional. Se sintetiza en el siguiente cuadro:

- Irritantes
- Factores Psíquicos
- Estado del tiempo
- Factores endocrinos
- Otros factores
- Infección
- Exposición actual al alérgeno
- Estado de sensibilización
- Herencia.



ESQUEMA: Factores múltiples en la patogenia del asma.

A: Noción de la "carga total" (estática afecto acumulativo). Tomado con modificaciones de Sheldon y Col. B; Concepto de interacción repetitiva (dinámico, -amplificación recíproca o de retroalimentación positiva).

En la lista de A, las mismas variables que se presentan en A, se conectan mutuamente en círculos (tasas de retroalimentación), lo cual comprueba que el asma puede originar reacciones emocionales o cambios de la conducta, pero también que estos factores pueden desencadenar o agravar el ataque asmático, pueden transcurrir varios ciclos que el fenómeno se detenga o se amplíe a manera de espiral.

Por otro lado Nelson, (15) hace referencia que el estudio psiquiátrico de los niños indica que el asma puede con frecuencia seguir de cerca a una experiencia emocional traumática y mucho más típicamente a la pérdida o separación de una persona querida, tales como un padre o un abuelo, por el cual sentía especial afecto. En tales niños la dificultad respiratoria puede presentar simbólicamente el llanto para llamar la atención de los padres y conseguir su efecto y contacto.

Cecil-Loeb (4) considera también los factores psicológicos en la etiología del asma. Puede observarse broncoconstricción en situaciones de alarma psicológica o como parte de un reflejo condicionado. Esta no significa que la psique sea causa primaria del asma; simplemente indica que en pacientes ya hiperactivos por alguna otra causa, factores psicológicos pueden provocar una exacerbación. Probablemente los bronquios hiperreactivos muestren una respuesta exagerada a la actividad nerviosa autónoma eferente.

En Guatemala, Pivaral, R. (16) hace alusión a la participación de los factores psicológicos, siendo su estudio dirigido a los factores alérgicos. No se encontraron estudios específicos a nuestro tema de estudio.

En un estudio donde se analizaron a 61 niños menores de dos años con asma bronquial, en control en el Departamento de Enfermedades Broncopulmonares del Hospital Ezequiel González Cortéz y del Instituto Médico Infantil. En todos se efectuó una anamnesis dirigido a buscar elementos para el diagnóstico de asma infantil; entre otros se considera en la etiología como estímulos desencadenantes, fríos, irritantes, alérgenos, ejercicios, infecciones, y EMOCIONES. Especialmente en los niños mayorcitos. (3)

En un estudio donde se evaluó la efectividad de la psicoterapia a la familia, como complemento al tratamiento convencional del asma; recibiendo el grupo de prueba 6 horas de tratamiento psicoterápico a la familia durante cuatro meses. Se observó que en el grupo experimental una significativa mejoría aminorando los días de dificultad respiratoria y de la insuflación pulmonar. Lo que revela la importancia del papel de la familia y su participación en la etiopatogenia del asma bronquial infantil. (8)

En otros estudios realizados Clinical Research Unit, Royal Childrens Hospital, Melbourne Australia; determinaron que los trastornos de la conducta en el niño, relaciones entre la familia, y la estructura social de la familia, en una muestra representativa y comparada con un grupo control de niños normales, se observó que los trastornos de la conducta ocurrían más frecuentemente en niños con asma severa y continua. (13)

Predominantemente se encontró, en la relación madre-niño, sobreprotección materna, conducta agresiva, apatía o colaboración baja a los exámenes clínicos con los médicos, mayores reacciones de ansiedad, y los hallazgos de enuresis y conducta antisocial no fueron significativas entre ambos grupos. (13)

CONSIDERACIONES GENERALES

CONCEPTO:

ASMA INFANTIL: el asma aparece en sujetos ya pre-dispuestos y vinculados a un factor desencadenante. La existencia de un terreno propicio constitucionalmente asmático se halla demostrada por la frecuencia de casos semejantes en la familia del individuo afectado; sin embargo, no es posible establecer con precisión las características de este factor constitucional.

Además del componente alérgico se han identificado - también factores psicoafectivos y alimenticios, infecciones de los bronquios o de las vías aéreas respiratorias superiores y alteraciones del equilibrio endocrino. En realidad existe una gran incertidumbre respecto al mecanismo que determina la aparición de las crisis asmáticas.

Desde el punto de vista clínico se caracteriza por reiteradas crisis de disnea paroxística de carácter respiratorio, y desde el punto de vista fisiopatológico por estenosis de los bronquios. (1)

Factores que determinan la estenosis bronquial:

- Contracción espástica de los músculos lisos de la pared bronquial.
- Edema de la mucosa por constricción y permeabilidad de los vasos, capilares periobronquiales y perialveolares.
- Las glándulas mucinosas participan con hipersecreción de exudado fluido.

El asma infantil se distingue de la del adulto por su evolución caprichosa y por la posibilidad espontánea de curación; suele aparecer entre los 2-3 años de edad, pero puede manifestarse también en el primer año, y casi siempre en niños que han presentado al propio tiempo otras manifestaciones de tipo alérgico. El asma infantil tiene un curso imprevisible; hay casos que se limitan a una o dos crisis aisladas y otros que la acción persiste durante toda la segunda infancia, hasta desaparecer a los 7 años o en la pubertad. Más raro es el caso de una evolución continua y grave hacia un cuadro de insuficiencia respiratoria crónica típica del asmático. La crisis de verdadera asma es semejante a la del adulto, aparece de improviso y entonces el niño deja de jugar o si dormía se despierta, su actitud se hace ansiosa y manifiesta una severa dificultad respiratoria, con polipnea con respiración corta y muy ruidosa. Con frecuencia la crisis va precedida de un período de fuerte irritabilidad, el niño rechaza la comida, acusa una distensión abdominal por estreñimiento y padece retención urinaria.

PSICOFISIOLOGIA:

(6) hasta hoy, no se ha comprobado que la reactividad inmunitaria alterada que se considera elemento primario del asma sea afectada, en el ser humano por lo menos, por influencias psicológicas o del sistema nervioso central. La disminución de la extensión de la prueba dérmica (roncha y eritema), que se informa puede ser producida por hipnosis, sugiere que el efecto es vascular y no de antígeno-anticuerpo.

Desde hace largo tiempo se ha pensado en desequilibrio entre los segmentos simpático y parasimpático del sistema nervioso autónomo como posible explicación de las manifestacio-

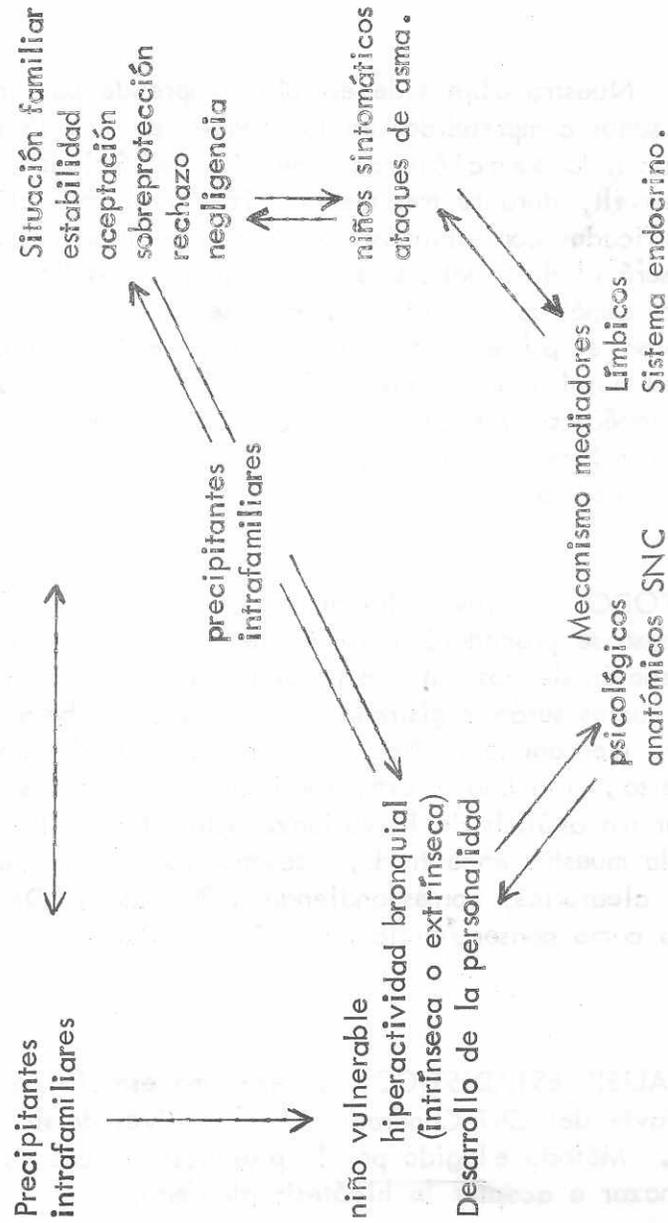
nes del asma. Se ha advertido la diferencia en el índice de restablecimiento después que las dos porciones se ajustan en oposición mutua, y se considera que esta "afinación" autónoma explica la susceptibilidad excesiva de diversos estímulos.

En una revisión reciente Szentivanyi (6) resume e interpreta claramente datos experimentales. Se propone como explicación global para la reactividad modificada en el asma, bloqueo de los receptores adrenérgicos beta en el pulmón y se ha identificado a la adenilciclasa, como substrato bioquímico de estos cambios. Así pues, la obstrucción variable de las vías aéreas en el asma puede atribuirse a modificaciones de las células blanco simpáticas, lo cual torna al paciente susceptible a varios estímulos.

También se ha comprobado que los arcos reflejos bronquiales que cursan las vías vagales producen broncoespasmo.

En términos generales, la respuesta broncopática adquirida inmunológicamente, neurofisiológicamente o de otra manera (aprendida) es involuntaria. Sin embargo, el psicofisiológico -al igual que el clínico- debe recordar que buscar una satisfacción personal puede motivar a un sujeto a desencadenar un ataque de asma por ejercicio, tos o hiperventilación voluntaria.

MODELO PARA EXPLICAR EL ASMA INFANTIL EN EL CIRCULO FAMILIAR



Tomado de resúmenes del Dr. Carlos Berganza.

MATERIAL Y METODO

Nuestro objeto de estudio comprende pacientes de ambos sexos comprendidos en las edades de 1 a 12 años que acudan a la sección de urgencias pediátricas del Hospital Roosevelt, durante tres meses. Previo examen clínico serán clasificados con diagnóstico de Asma Bronquial. Dicho grupo será el de prueba que llamaremos grupo "A" o grupo de niños asmáticos. Posteriormente se formará otro grupo apareado con el primero en edad y sexo, también será encuestado en el hospital cuyo diagnóstico será de un proceso quirúrgico u ortopédico, los cuales obviamente no debe estar influenciados por factores psicológicos, el cual denominaremos grupo "B" o control.

METODO: A través del método prospectivo, e identificado el caso se procederá a través de la entrevista directa a la recolección de los datos con los familiares o personas afines, los cuales serán registrados en papeletas elaboradas para el efecto (ver anexo). Para el estudio no se analizará el universo, sino una muestra representativa que nos permita realizar un análisis de la varianza estadística. Por el tamaño de la muestra encontrada, hacemos uso de la tabla de números aleatorios, correspondiendo a 30 casos. De igual manera o como consecuencia del primero, 30 casos en el grupo "B".

ANALISIS ESTADISTICO: El esquema estadístico a utilizar es a través del Chi Cuadrado X^2 a un nivel de significancia del 5%. Método elegido por la presencia de dos variables para rechazar o aceptar la hipótesis planteada.

JUSTIFICACION DEL PROBLEMA

El asma infantil constituye un síndrome en cuya patogenia y etiología intervienen un sin número de factores que deben tenerse en consideración; a efecto de resolver adecuadamente una problemática situación como la que se plantea en cada caso. En el niño, sobre todo, se multiplican a tal grado que hacen más difícil su manejo, exigiendo una atención cuidadosa y muchas veces el concurso de más de un especialista, cuando es como norma, ser estudiado desde un punto de vista integral y no sólo desde el punto de vista alérgico o infeccioso.

El niño asmático constituye una unidad en la que se conjugan motivos psicológicos, higiénicos, madurativos y ambientales y ninguno mejor que el pediatra está en condiciones de enfocarlos, por lo que cada caso merece una justa evaluación y un tratamiento orientado a la causalidad del problema, el cual arrojaría beneficios para el paciente desde todo punto de vista.

En la curación del asma y más en los casos rebeldes se espera que la medicina ahonde sus conocimientos para que de ello fluya la verdadera terapéutica que aún no se ha alcanzado en nuestros días. Si un niño asmático no alcanza un grado de sanidad compatible con una vida y una escolaridad del todo normal es porque no ha sido suficientemente estudiado o porque habiéndolo, la familia se ha resistido o ha comprendido mal la adecuada terapéutica. Por lo tanto el pediatra debe de estar en condiciones de ofrecer al asmático algo más que conceptos generales de higiene y de cuidados generales.

Revisando la bibliografía se ha demostrado (factores psi-

copedagógicos); que el pequeño asmático, que en un principio es agresivo, revoltoso, inquieto, suele, si entra en el curso de un proceso crónico, ir elaborando introversiones y represiones que pueden llegar a la coartación y bloqueo de la personalidad. (5)

Cuando esto sucede estaremos frente a un problema más grande y posiblemente inabordable lo cual pide la justa evaluación temprana y la debida prevención de sus secuelas en la vida adulta.

A raíz de ello y de nuestra experiencia en la práctica en los hospitales donde el tratamiento del niño asmático es predominantemente curativo, efímero y por lo tanto superficial. Pocas veces el médico enfoca la participación de factores familiares, sociales, emocionales, conllevando con ello una terapéutica mal dirigida, alargando el período de la enfermedad, creando una medida poco efectiva, inoperante y fuera del concurso de los conocimientos.

Por tal motivo el presente trabajo lleva la intención de hacer consciente este defecto y sus debidas consideraciones en el tratamiento.

HIPOTESIS

" LA ALTA INCIDENCIA DE NIÑOS CON ASMA BRONQUIAL NO PROVIENEN DE FAMILIAS CON CIERTO GRADO DE DESAJUSTE MATRIMONIAL".

PRESENTACION DE RESULTADOS

RESULTADOS GENERALES

Se analizaron 30 pacientes presentados en la siguiente forma:

CUADRO NUMERO UNO:

CUADRO GENERAL DE 30 NIÑOS ASMATICOS ESTUDIADOS EN EL HOSPITAL ROOSEVELT EN EL LAPSO DE TRES MESES DISTRIBUIDOS SEGUN EL SEXO

SEXO	GRUPO "A"	GRUPO "B"
FEMENINO	10	10
MASCULINO	20	20
TOTAL	30	30

EDAD MAS FRECUENTE ENCONTRADA EN EL SEXO FEMENINO
7-2-9 EN PROPORCIONES IGUALES

EDAD PROMEDIO 5.8 AÑOS

EDAD MAS FRECUENTE ENCONTRADA EN EL SEXO MASCULINO

7 AÑOS

EDAD PROMEDIO 5 AÑOS

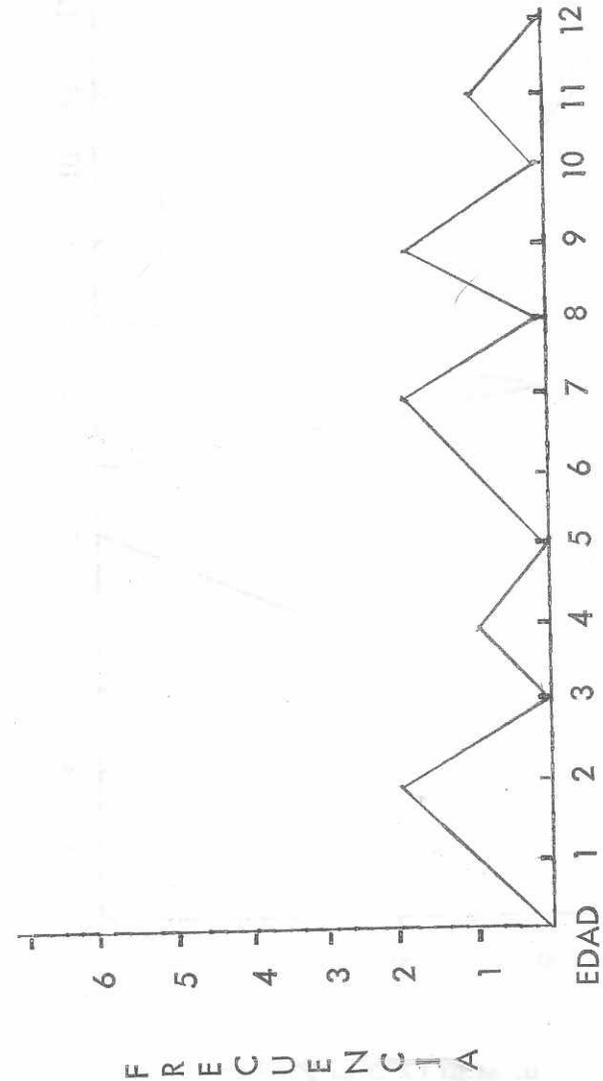
VER CUADROS DOS Y TRES

EDAD MAS FRECUENTE ENCONTRADA EN LOS TREINTA CASOS DE NIÑOS ASMATICOS:

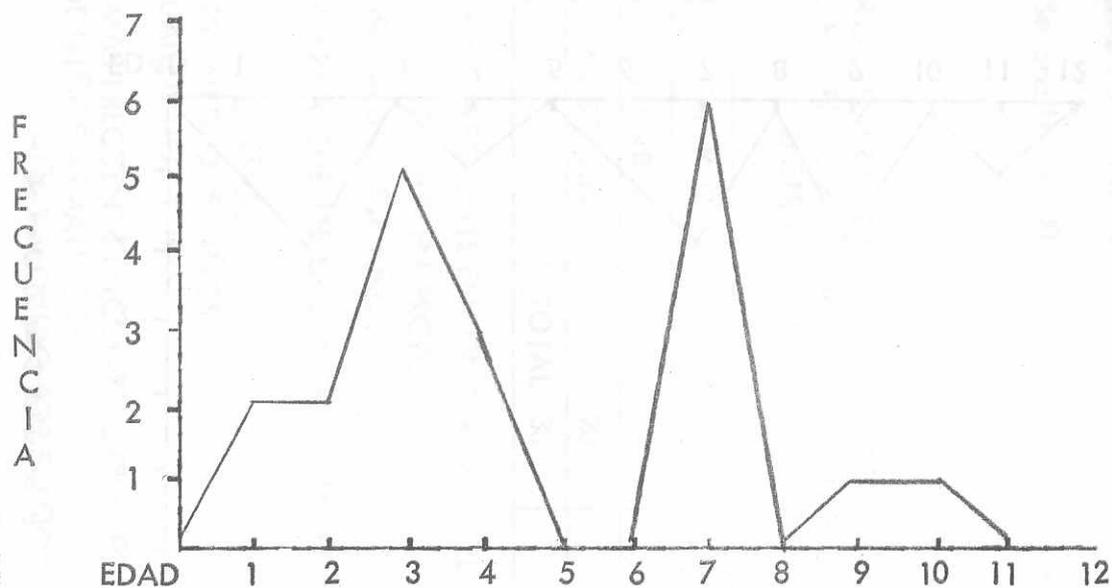
7 AÑOS SEGUIDO POR 5 AÑOS

VER CUADRO NUMERO CUATRO.

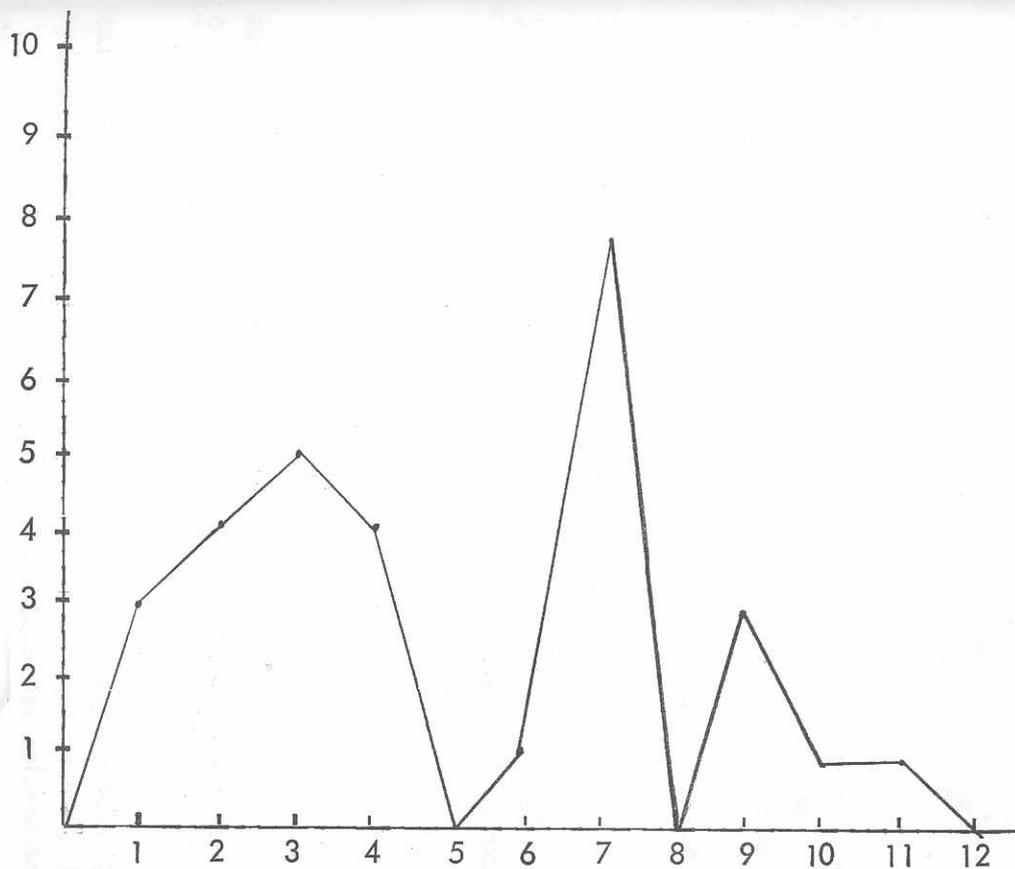
HISTOGRAMAS DE FRECUENCIAS SEGUN LA EDAD DE 30 NIÑOS ASMATICOS ESTUDIADOS EN EL HOSPITAL ROOSEVELT DURANTE TRES MESES



CUADRO NUMERO DOS. HISTOGRAMA DE FRECUENCIAS DE 10 NIÑAS ASMATICAS. HOSPITAL ROOSEVELT. SEGUN LA EDAD



CUADRO NUMERO TRES: HISTOGRAMA DE FRECUENCIAS SEGUN LA EDAD DE 20 NIÑOS ASMATICOS. HOSPITAL ROOSEVEL



CUADRO NUMERO CUATRO: HISTOGRAMA DE FRECUENCIAS SEGUN EDAD DE LOS 30 CASOS DE NIÑOS ASMATICOS. HOSPITAL ROOSEVELT.

PRESENTACION DE RESULTADOS ESPECIFICOS

NOMENCLATURA

CONDICIONES DEL HOGAR

ADECUADAS
INADECUADAS

Se refiere al mínimo de elementos que debe poseer un hogar como, vivienda, luz, agua, condiciones sanitarias, ser vicios públicos, para llenar sus necesidades más importantes y por ende su bienestar personal.

RELACIONES ENTRE PADRE PACIENTE

ADECUADAS
INADECUADA

Se refiere a las relaciones interpersonales en tre ambos y el concurso de los padres al desarrollo integral de los hijos.

INTEGRACION FAMILIAR

HOGARES INTEGRADOS
HOGARES DESINTEGRADOS.

Hogar Integrado: Relación de la unidad familiar, con sus dos componentes: Padre y madre conviviendo en una mutua armonía.

Hogar desintegrado: La unidad familiar está incompleta. Los padres viven separados, divorciados, etc. Las relaciones interpersonales son escasas.

GRUPO "A"	GRUPO "B"
CONDICIONES DEL HOGAR	
ADECUADAS 17	13
INADECUADAS 13	17
RELACIONES INTERPERSONALES ENTRE PADRES Y PACIENTE	
ADECUADAS 17	26
INADECUADAS 13	4
INTEGRACION FAMILIAR	
HOGARES INTEGRADOS 16	26
HOGARES DESINTEGRADOS 14	4
HIJOS PRIMOGENITOS 12	6
RIÑAS. (EVIDENCIA DE RIÑA EN LA FAMILIA) 11	6
ALCOHOLISMO 18	8
ANALFABETISMO	
PADRE 10	13
MADRE 12	15
HABITOS NERVIOSOS	
EREUTOFOBIA 1	1
ENURESIS 7	2
ENCOPRESIS 3	-
ONICOFAGIA 13	7
FABULACION 12	5
TICS, MORDERSE LA ROPA 4	-

CUADRO NUMERO CINCO:

CUADRO GENERAL DE LAS CARACTERISTICAS FISICAS Y FAMILIARES ESTUDIADAS EN 30 NIÑOS ASMATICOS Y EL GRUPO CONTROL. HOSPITAL ROOSEVELT DURANTE TRES MESES.

PROCESAMIENTO DE RESULTADOS

USO DEL CHI CUADRADO χ^2

Todos los datos se procesaron a un nivel de significancia del 5% con un grado de libertad que nos dá un chi cuadrado calculado de 3.84. $\chi^2_c = 3.84$

	χ^2_c	SIGNIFICANCIA
CONDICIONES DEL HOGAR	1.04	N.S.
RELACIONES INTERPERSONALES ENTRE PADRES Y PACIENTE	5.89	SIGNIFICATIVO
INTEGRACION FAMILIAR	7.92	SIGNIFICATIVO
HIJOS PRIMOGENITOS	2.84	N.S.
RIÑAS	2.05	N.S.
ALCOHOLISMO	6.90	SIGNIFICATIVO
ANALFABETISMO	.62	N.S.
ENURESIS	4.88	SIGNIFICATIVO
ONICOFAGIA	2.7	N.S.
FABULACION	3.64	N.S.

CUADRO NUMERO SEIS: CUADRO GENERAL DE LOS VALORES DE CHI CALCULADO Y SU NIVEL DE SIGNIFICANCIA EN LOS QUE RESPECTA A LAS CARACTERISTICAS FISICAS Y FAMILIARES DE 30 NIÑOS ASMATICOS Y SU GRUPO CONTROL. HOSPITAL ROOSEVELT.

N.S. = NO SIGNIFICATIVO.

ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

Respecto a las condiciones físicas en donde se desenvuelve nuestro objeto de estudio, el cual nos arroja un chi cuadrado estimado en 1.04 cuyo valor corresponde a la zona de aceptación de la hipótesis nula, consideramos que no hay diferencia significativa entre ambos grupos. Por lo tanto creemos que tales circunstancias no afectan el desenvolvimiento del problema en estudio. O bien que se dan en los dos, además de tener presente que los pacientes que visitan nuestros hospitales públicos vienen de un grupo social con iguales características.

El siguiente parámetro medido que corresponde a la adecuación de las relaciones entre padres y pacientes da un χ^2 de 5.89 cuyo valor reside en la zona de aceptación de la hipótesis alternativa, por lo tanto hay diferencia significativa entre ambos grupos. Esto nos demuestra la importancia de la relación de padres a hijos y el papel que juega en la conducción y contacto armonioso en el desarrollo posterior del niño. Sobre todo la identificación de ellos y su rol en el grupo familiar como guías, fuente de satisfacción de necesidades materiales y psicoafectivas.

Respecto a la integridad de la unidad familiar con un χ^2 de 7.92, significativo; nos permite demostrar que la integridad es un factor esencial para mantener un equilibrio emocional de sus elementos que lo forman. La disociación nos permite sospechar que algo anda mal y crea un ambiente favorable para la confluencia de factores que directa o indirectamente el estado emocional de susceptibles propiciando el desarrollo de trastornos psicósomáticos. A este parámetro le damos importancia esencial debido a la objetividad con que pu-

do medirse. El aspecto de los hijos primogénitos o en otros casos unigénitos con un chi cuadrado de 2.84 nos indica que no hay diferencia significativa. En seri es extranjeras se ha reportado la importancia de este parámetro (5) (14). Aunque en nuestro medio no se corroboró este parámetro, podría radicar a que nivel de significancia se haga el estudio. Si nosotros usáramos el 10% nos da resultados positivos.

Respecto a las niñas, con un chi cuadrado igual a 2.84 el análisis nos indica que no hay diferencia significativa entre ambos grupos. Podríamos concluir que por ser un dato puramente subjetivo y que no pudo medirse fidedignamente en los dos. Aunque creemos que se da con mas frecuencia, es un hecho que en estas circunstancias el niño con el afán de darle solución al problema simule enfermedades psicósomáticas con el objeto de distraer la atención de los padres. De todas maneras estadísticamente no podemos comprobar en nuestra serie.

El parámetro, del alcoholismo con un $\chi^2 = 6.90$ significativo nos demuestra que el rol que juega es de vital importancia debido a las consecuencias bio-psico-sociales que lleva consigo. Podría considerarse como un trastorno que origina la disociación familiar, o elemento que contribuye a su inestabilidad o viceversa; aunque su presencia nos da la pauta de un desajuste en el grupo familiar o individual.

Considerando los rasgos neuróticos en conjunto, la enuresis con un valor significativo, nos orienta que la enuresis como indicador de desajuste en el grupo familiar (5) (14) tiene lugar importante en nuestra serie. Respecto a la onicofagia y la fabulación no se observó significancia. Además de

CONCLUSIONES

- 1.- Respecto al sexo; en nuestra serie, se presenta dos veces más asma en el sexo masculino que en el femenino. 2 a 1.
- 2.- La edad más afectada encontrada en el sexo femenino corresponde a una distribución mas o menos pareja; 7, 2, 9 años.
- 3.- En el sexo masculino, la edad más frecuentemente encontrada fue de 7 años.
- 4.- Según podemos concluir en lo observado que: la situación conflictiva interna o externa del hogar, la integridad familiar, el ajuste interpersonal entre padres e hijos, y otros factores agravantes como el alcoholismo; tienen lugar; y especial importancia en la aparición del asma infantil; así como su persistencia. Enfatiza que debe darse al tomar la responsabilidad en el tratamiento.
- 5.- Los parámetros: riñas, grado de educación de los padres, condiciones físicas del hogar, presentaron una "P" no significativa por lo tanto podemos decir que se dan en ambos grupos y que no afectan el curso y desarrollo de dicha enfermedad.
- 6.- Se observó más rasgos neuróticos en los niños asmáticos, especialmente la anuresis.
- 7.- Se observaron también rasgos del comportamiento anómalos, como la sobreprotección de los padres, conducta so-

cial, agresividad, pero debido a la subjetividad de sus elementos y a factores propios de la población no fueron mensurados en nuestro medio. Aunque hay que hacer ver que en otros países es posible.

RECOMENDACIONES

- 1.- Hacer conciencia en el médico que el asma es una enfermedad multicausal.
- 2.- Todo médico al estar frente a un problema de Asma Bronquial Infantil, debe inquirir sobre la historia familiar, su procedencia y los posibles factores que están incidiendo en la causalidad de dicho problema.
- 3.- Al considerar el tratamiento; además del tratamiento convencional, debe incluir el de la orientación psiquiátrica y buscar la forma adecuada de resolver determinadas situaciones.
- 4.- Al abarcar el grupo familiar, hacerla partícipe de que ciertos desajustes en el matrimonio y circunstancias contribuyen involuntariamente en la presencia de la enfermedad.
- 5.- Implementar en los Hospitales-Escuelas, la creación de una Clínica de Asma que trate integralmente de solucionar el problema.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Anesa et. al, El Mundo de la Medicina Desde la A hasta la Z. Asma Infantil. Editorial Larouse. España. 1:134.
- 2.- Ayau Milla, O.A. "Experiencia del Cromoglicato Disó-dico en el Asma Bronquial". Estudio de 60 casos. Tesis de Graduación USAC. Facultad de Ciencias Médicas 1976.
- 3.- Briere, Guido Girardi et al, "Asma Bronquial en el niño Menor de Dos años". Boletín Médico del Hospital Infantil de México. Volumen XXXVI:679 Julio-Agosto 1979.
- 4.- Cecil-Loeb, Cap. Enfermedades Pulmonares y Difusas. Tratado de Medicina Interna. Tomo II P. 927. Editorial Interamericana. Décima tercera edición en español. México 1971.
- 5.- Escardó F. y Col. "Los Factores psicológicos. El NIÑO ASMÁTICO. P. 75-93. Editorial El Ateneo. Buenos Aires, Argentina. 1959.
- 6.- Fallers, J.C. "Estudio y Tratamiento del Niño Asmático". Cap. Alergia. Clínicas Pediátricas de Norte América. P. 271-285. Febrero 1969.
- 7.- Keller, Zabala C. "Pruebas Pulmonares en el Asma Bronquial" Tesis de graduación USAC. Facultad de Ciencias Médicas 1976.

- 8.- Lask B. And Mathew A. Childhood Asthma. A Controlled Trial of Family Psychotherapy. Archives of Disease In Childhood; 54:116 1979.
- 9.- Lenny, W. Milner A.D. And Hiller, E.J.: Use of Salbutamol Powder in Childhood Asthma. Archives of Disease In Childhood 53: 958. 1978.
- 10.- Martínez S. "Asma Bronquial, su diagnóstico y Tratamiento en el Area Rural. Tesis de graduación USAC. Facultad de Ciencias Médicas. 1975.
- 11.- McKenzie, S. et al: Serum Theophylline Asthmatic - Children After Oral Administration of Two Slow-Release Theophylline Preparations. Archives Of Disease Childhood. 53:943 1978.
- 12.- McKenzie, S.A. et al: Status Asthmaticus In Children; A One Year Study. Archive Of Disease In Childhood 54:581 1979.
- 13.- McNichol, K.N. et al: Spectrum Of Asthma In Children-II Psychological and Social Components. British Medical Journal 4, 16, 20 1973.
- 14.- Moreno L.C. y Col. "Estudio Psiquiátrico en 24 casos de Niños Asmáticos". Neurología-Neurocirugía-Psiquiatría. Revista trimestral. Organó de la Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría. P. 104-109. Vol 3 Num. 3 México D.F. 1962.
- 15.- Nelson W.F. y Col. Cap. "Inmunidad, Alergia y Enfermedades Infecciosas" Tratado de Pediatría. Tomo I P. 504-508 Salvat Editores. Sexta Edición Española. 1974

FICHA DE DATOS GENERALES

1. DATOS PERSONALES

Nombre _____ Edad _____ Sexo _____

Domicilio _____ Instrucción _____

Condiciones del Hogar _____ Estado Económico _____

2. ENFERMEDAD ACTUAL:

Cronología de la Enfermedad _____

3. HISTORIA PERSONAL

Enfermedades anteriores _____ Traumatismos _____

Embarazo _____ Parto _____ Primera relación _____

Hijo-Madre _____ Primera mamada _____

Cambios de alimentación _____ Destete _____

Estado actual de la alimentación _____

Control de esfínteres _____

4. HISTORIA FAMILIAR

Pare (Vive) Si ___ No ___ Edad ___ Ocupación ___

Nacionalidad ___ Personalidad ___

Relaciones con el paciente _____

Madre (los mismos items) _____

Relación entre los padres _____

Hermanos ___ Edad ___ Ocupación ___ Sexo ___

Relaciones con el paciente _____

Características del grupo familiar _____

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE MEDICINA
HOSPITAL ROOSEVELT
DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA

HOJA DE ENCUESTA

1. CONSTELACION FAMILIAR

	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
a) Integración de los padres		
Casados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Divorciados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Separados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abandono del padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abandono de la madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A que edad ocurrió, si hubo alguna separación	_____	

b) Relación padres-niño:		
Vive sólo con el padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sólo con la madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
con ninguno de los padres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
con parientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
madre soltera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. UBICACION DEL PACIENTE DENTRO DE LA FAMILIA

hijo único	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
primogénito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
segundo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
último	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. CONVIVENCIA FAMILIAR

Duerme solo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
en una sola habitación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
en la misma habitación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
con los padres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
con toda la familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
con uno de los padres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. CONFLICTOS FAMILIARES

a) Riñas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Maltrato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
del padre a la madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
llamada de atención	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
daño físico o lesiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de la madre al padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IDEM		
de los padres al niño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IDEM		
del padre a los hermanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IDEM		

5. ALCOHOLISMO

Padre alcohólico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Madre alcohólica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ambos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hermanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ninguno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Haciendo uso de bebidas causa daño a su persona o a la sociedad o a ambos, con mas de 5 borracheras como mínimo al año.

7. ESCOLARIDAD

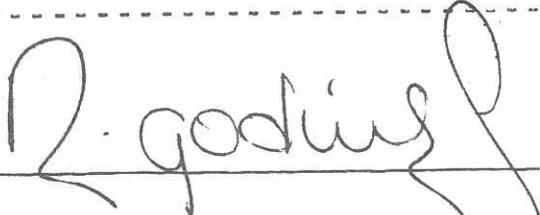
del padre	alfabeta <input type="checkbox"/>	analf. <input type="checkbox"/>
de la madre	" <input type="checkbox"/>	" <input type="checkbox"/>
del niño	párvulos <input type="checkbox"/>	Primaria <input type="checkbox"/>
	ninguna <input type="checkbox"/>	ninguna en edad esc. <input type="checkbox"/>

8. HABITOS NERVIOSOS:

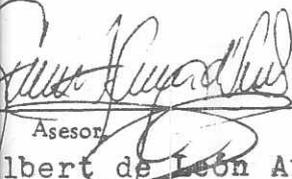
Ereutofobia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enuresis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Encopresis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Onicofagia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fabulación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tic. morderse la ropa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vecindad,

Br.

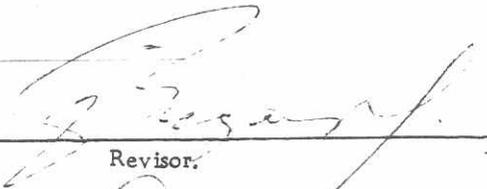

Rubén Eliseo Godínez Fuentes

Asesor


Alberto de León Avila
Psiquiatra

Dr.

Revisor.


Dr. Carlos Berganza.
Psiquiatra Infantil.

Director de Fase III

Dr.

Secretario

Dr.

Decano.