



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**TESINA DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL**  
**TÍTULO DE PSICÓLOGA CLÍNICA**

**TÍTULO DEL PROYECTO DE TESINA:**

**“LOS FACTORES PSICOLÓGICOS EN LOS NIÑOS**  
**ASMÁTICOS DEL HOSPITAL PEDIÁTRICO ALFONSO**  
**VILLAGÓMEZ DE LA CIUDAD DE RIOBAMBA PERÍODO**  
**AGOSTO – NOVIEMBRE DEL 2012.”.**

**AUTORA: Nathalie Aldaz**

**TUTOR: Msc. Ramiro Torres**

**Riobamba – 2016**



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**SUBDECANATO**

---

Oficio 0848-SD-FCS-2012  
Riobamba, 1 de agosto de 2012

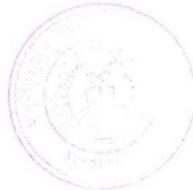
Señorita  
Aldaz Espinoza Nathalie Elizabeth  
ESTUDIANTE DE LA ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA  
Presente

Señorita Estudiante:

En base al informe emitido por la Dirección de la Escuela de Psicología Clínica, me permito informarle que la Comisión de Carrera ha aprobado el tema de tesina: **"LOS FACTORES PSICOLÓGICOS EN LOS NIÑOS ASMÁTICOS DEL HOSPITAL PEDIÁTRICO "ALFONSO VILLAGÓMEZ" DE LA CIUDAD DE RIOBAMBA, PERÍODO AGOSTO-NOVIEMBRE 2012"**, Tutor: MsC. Ramiro Torres; por lo que, se autoriza continuar con el desarrollo y trámite respectivo.

Particular que comunico para los fines legales pertinentes.

Atentamente,



*Lucila De la Calle Andrade*  
Dra. Lucila De la Calle Andrade  
SUBDECANA DE LA FACULTAD

Copia MsC. Ramiro Torres, Docente -Tutor

Ligia V.

**NOTA: ESTE DOCUMENTO DEBERÁ SER PRESENTADO EN SECRETARÍA DE ESCUELAS PARA TRÁMITES DE GRADUACIÓN.**



## CERTIFICADO

Por medio de la presente certifico q la Sra. **Nathalie Elizabeth Aldaz Espinoza** con C.I. 1720207925, Egresada de la **Facultad de Ciencias de la Salud**, de la Escuela de **Psicología Clínica** esta apta para la **DEFENSA PRIVADA** de la Tesina con el tema: **“LOS FACTORES PSICOLÓGICOS EN LOS NIÑOS ASMÁTICOS DEL HOSPITAL PEDIÁTRICO “ALFONSO VILLAGÓMEZ” DE LA CIUDAD DE RIOBAMBA, PERÍODO AGOSTO-NOVIEMBRE 2012”**.

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad.

Riobamba, 29 de Febrero del 2016



.....  
**Msc. Ramiro Torres**  
Tutor

## AUTORIZACION DEL TRIBUNAL

Nosotros, los miembros del Tribunal. Por medio de la presente hacemos conocer que la Sra. Egresada de Psicología Clínica Nathalie ELIZABETH ALDAZ ESPINOZA, CON CEDULA DE IDENTIDAD No. 172020792-5, se encuentra apta para la defensa publica de la Tesina con el tema: “LOS FACTORES PSICOLÓGICOS EN LOS NIÑOS ASMÁTICOS DEL HOSPITAL PEDIÁTRICO ALFONSO VILLAGÓMEZ DE LA CIUDAD DE RIOBAMBA PERÍODO AGOSTO – NOVIEMBRE DEL 2012”.

Es todo lo que podemos informar para los fines académicos correspondientes.

Riobamba, 15 de marzo del 2016

Atentamente



Msc. Ramiro Torres

TUTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACION



DR. Roció Tenezaca

PRESIDENTA DEL TRIBUNAL



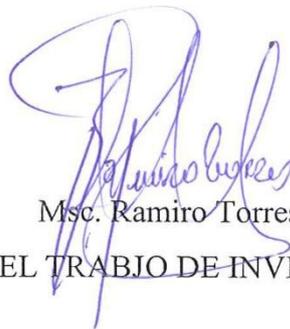
Psc. Cl. Cesar Ponce

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

## ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Por la presente, hago constar que he leído el protocolo del proyecto de grado Presentado por la Sra. Nathalie Elizabeth Aldaz Espinoza para optar al título de Psicóloga Clínica, y que acepto asesorar a la estudiante en calidad de tutor, durante la etapa del desarrollo del trabajo hasta su presentación y evaluación.

Riobamba, 22 de Febrero del 2016

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Ramiro Torres', is written over the typed name and title.

Msc. Ramiro Torres

TUTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACION

## DECLARACIÓN DE AUTORIA DEL ESTUDIANTE

“Declaro que este trabajo es original, de mi autoría, que se han citado las fuentes correspondientes y que en su ejecución se respetaron las disposiciones legales que protegen los derechos de autor vigentes”



.....  
Nathalie Elizabeth Aldaz Espinoza

1720207925

## **DEDICATORIA**

A mis Padres: Armando y Nancy,  
Padrinos: Vinicio y Teresa, a mi  
hermano: Douglas, a mi Esposo: Luis  
Miguel y a mi Amado Hijo Luis  
David.

**LA AUTORA**

## **AGRADECIMIENTO**

En primer lugar quiero agradecerle a Dios por su Amor infinito y por Bendecirme para lograr la meta propuesta venciendo todos los obstáculos y las adversidades, permitiéndome emprender una nueva etapa que es el Ser una Profesional.

En segundo gracias a los dos seres humanos que son mis Padres que dejaron de lado su vida y sus propios sueños para ver en sus hijos convertir la esperanza de sus anhelos y aspiraciones en una realidad.

En tercero mil gracias a todos aquellos que creyeron en mí y a los que no también porque aunque no lo crean me ayudaron a seguir y salir adelante.

Agracias a mi querida UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO, licenciados, profesores, doctores y todos los que formaron parte de mi carrera ya que todos han aportado un granito de arena a mi formación.

**LA AUTORA**

## RESUMEN

El presente trabajo de investigación “Los factores psicológicos en los niños asmáticos del Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez de la ciudad de Riobamba período Agosto – Noviembre del 2012”, tiene como objetivo determinar los factores psicológicos que influyen en los niños asmáticos, que son atendidos en el Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez. El tipo de investigación es descriptiva, el diseño es no experimental y de campo, el tipo de estudio es transversal. La población total con la que se trabajó es de 35 niños y sus padres y 9 especialistas médicos y enfermeras, dando un total de 44 personas. La técnica de recolección de datos utilizada es la encuesta aplicada a los padres de los niños/as y al personal del Hospital. Se aplicaron como instrumentos de la técnica descrita, el cuestionario que constó de ocho ítems, tanto para los padres de familia como para el personal del Hospital. Entre los resultados más relevantes, es que el 99% de los encuestados, tanto en padres de familia como en el personal del Hospital consideran que los factores psicológicos (Ansiedad y Depresión) influyen significativamente en las crisis asmáticas de los niños/as. Dentro de los factores psicológicos que desencadenan las crisis asmáticas, encontramos la Ansiedad y la Depresión. Para las mismas que se utilizaron los reactivos psicológicos como es el cuestionario de Depresión infantil (CDI), y la escala de Ansiedad infantil de Spence. Con los resultados obtenidos, se realizó la comprobación de la hipótesis de investigación. Se realizaron, charlas Psicoeducativas para el manejo de los factores psicológicos en los niños asmáticos ya que de esta forma pueden ser más llevaderas las crisis asmáticas por lo que los niños y sus padres van a saber qué hacer frente a las crisis asmática no termine en la muerte de los niño/as.



# UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

## FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

### CENTRO DE IDIOMAS

---

#### ABSTRACT

The present research work entitled "The psychological factors in asthmatic children at the Alfonso Villagómez Pediatric Hospital in the city of Riobamba, period August - November 2012" aims to determine the psychological factors influencing children with asthma who are treated in the Pediatric Hospital Alfonso Villagómez. The type of research is descriptive, the design is non-experimental and field, the type of study is transversal. The total population is 35 children, their parents and 9 specialized doctors and nurses, so, there are 44 people in total. The technique of data collection used is the survey applied to the parents of the children and the Hospital staff, the questionnaire was applied as an instrument which consisted of eight items, both for parents and for the staff of the Hospital. One of the most relevant results is that 99% of respondents, both parents and the Hospital staff consider that (anxiety and depression) psychological factors significantly influence the asthmatic crises of the children. Among the psychological factors that trigger asthmatic crisis the anxiety and depression highlight. Psychological reagents were used such as child depression questionnaire (CDQ), and the scale of anxiety Spence. With the results obtained, the hypothesis of research was tested. Psycho-educational lectures were conducted for the management of the psychological factors that trigger asthmatic crises since the asthma can be more bearable this way, and then children and their parents will know what to do for asthmatic crises and not to increase morbidity and mortality rates.

Riobamba, March 10, 2016

Translation reviewed by:

Mgs. Dennys Tenelanda López

**ENGLISH TEACHER-UNACH**



## ÍNDICE GENERAL

CONTENIDOS	Pág.
Portada	I
Aceptación del tutor	II
Derechos de autoría	III
Dedicatoria	IV
Agradecimiento	V
Resumen	VI
Summary	VII
Índice general	VIII
Índice de tablas	XII
Índice de gráficos	XIII
Introducción	XIV
<b>Capítulo I</b>	
<b>Problematización</b>	
1.1 Planteamiento del problema	4
1.2 Formulación del problema	5
1.3 Objetivos	5
1.4 Objetivo general	5
1.5 Objetivos específicos	5
1.6 Justificación	6
<b>Capítulo II</b>	
<b>Marco Teórico</b>	
2.1 Línea de investigación de la Universidad Nacional de Chimborazo, Facultad Ciencias de la Salud	9
2.2 Posicionamiento personal	9
2.3 Fundamentación teórica	10
2.3.1 Antecedentes de investigaciones anteriores con respecto al problema que se investiga	10

2.3.2. Asma infantil	11
2.3.2.1. Definición	12
2.3.2.2 Antecedentes históricos sobre la influencia de los factores psíquicos en el asma bronquial	12
2.3.3. Factores psicológicos del asma infantil	18
2.3.3.1 Asma y emociones	18
2.3.3.2 Ansiedad	20
2.3.3.3 Depresión	22
2.3.3.4 Factores familiares	23
2.3.3.7 Impacto familiar del asma infantil	24
2.3.4 Tratamiento del asma infantil	26
2.3.4.1 Tratamiento preventivo ambiental	27
2.3.4.2 Infecciones respiratorias	29
2.3.4.3 El asma bronquial en los niños	30
2.4 Manejo del asma y programa preventivo en los niños del Hospital Pediátrico	34
Alfonso Villagómez	35
2.5 Relaciones médico – pacientes	37
2.6 Diagnóstico, evaluación, tratamiento y monitoreo del asma	38
2.7 Calidad de vida de los niños con asma	39
2.7 Educación de los niños con asma	41
2.8 Hipótesis y variables	47
2.8.1 Hipótesis	47
2.8.2 Variables	47
2.9 Operacionalización de variables.	48
<b>Capítulo III</b>	51
<b>Marco Metodológico</b>	51
3.1 Método	51
3.1.1 Tipo de investigación	51
3.1.2 Diseño de investigación	52
3.1.3 Tipo de estudio	52

3.2 Población y muestra	52
3.2.1 Población	52
3.2.2 Muestra	53
3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	53
3.4 Técnicas para el análisis e interpretación de resultados	53

## **Capítulo IV**

### **Análisis e interpretación de resultados**

4.1 Resultados de la encuesta realizada al personal del Hospital de Niños Alfonso Villagómez	57
4.2 Resultados de la encuesta aplicada a los padres de familia padres de familia Comprobación de la hipótesis	65

## **Capítulo V**

### **Conclusiones y Recomendaciones**

5.1 Conclusiones	79
5.2 Recomendaciones	81
Bibliografía	82
Anexos	82

## ÍNDICE DE TABLAS

CONTENIDOS	Pág.
Tabla N° 3 Stress-Problemas psicológicos	56
Tabla N° 4 Factores psicológicos y episodios de asma	57
Tabla N° 5 Problemas psicosociales derivados del asma	58
Tabla N° 6 Personalidad del niño asmático	59
Tabla N° 7 Asma y práctica deportiva	60
Tabla N° 8 Incidencia de los factores psicológicos en niños con asma	61
Tabla N° 9 Asma y actividades cotidianas	62
Tabla N° 10 Asma y frustración del niño	63
Tabla N° 11 El asma y la preocupación de los niños.	64
Tabla N° 12 El asma de los niños y su relación con otras personas	65
Tabla N° 13 El asma y el susto de los niños en sus crisis	66
Tabla N° 14 El asma y el ejercicio físico	67
Tabla N° 15 Stress-Problemas psicológicos	68
Tabla N° 16 El asma y la restricción social	69
Tabla N° 17 Los factores psicológicos y los problemas con el asma	70

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

CONTENIDOS	Pág.
Gráfico N° 3 Stress-Problemas psicológicos	56
Gráfico N° 4 Factores psicológicos y episodios de asma	57
Gráfico N° 5 Problemas psicosociales derivados del asma	58
Gráfico N° 6 Personalidad del niño asmático	59
Gráfico N° 7 Asma y práctica deportiva	60
Gráfico N° 8 Incidencia de los factores psicológicos en niños con asma	61
Gráfico N° 9 Asma y actividades cotidianas	62
Gráfico N° 10 Asma y frustración del niño	63
Gráfico N° 11 El asma y la preocupación de los niños	64
Gráfico N° 12 El asma de los niños y su relación con otras personas	65
Gráfico N° 13 El asma y el susto de los niños en sus crisis	66
Gráfico N° 14 El asma y el ejercicio físico	67
Gráfico N° 15 Stress-Problemas psicológicos	68
Gráfico N° 16 El asma y la restricción social	69
Gráfico N° 17 Los factores psicológicos y los problemas con el asma	70

## INTRODUCCIÓN

“El que tenga ojos para ver y oídos para oír se convencerá de los mortales no pueden guardar ningún secreto. Aquel cuyos labios callen, se delata con las puntas de los dedos; el secreto quiere salirse por todos los poros. Y por eso es muy posible dar cima a la tarea de hacer consiente lo anímico más oculto” (Sigmund Freud, 1905).

El presente trabajo de investigación “Los factores psicológicos en los niños asmáticos del Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez de la ciudad de Riobamba período Agosto – Noviembre del 2012.”, trata del asma infantil enfocada desde la perspectiva de los factores psicológicos que influyen en ella.

Los factores psicológicos, de determinadas alteraciones físicas siempre han representado un reto para la ciencia. En la actualidad, gracias a los progresos tecnológicos y al gran auge de nuevas ramas, como la psiconeuroinmunología, en la ciencia se establece la gran relación mente-cuerpo. Se sabe que hay relación significativa entre el estrés, los factores psicológicos y el asma. El miedo y la ansiedad son sentimientos negativos, pues influyen en la pérdida del control emocional y atentan contra el buen estado de la salud.

El presente trabajo de investigación se encuentra dividido en cuatro capítulos que abarcan: en el Capítulo I se ha realizado el marco referencial, conformado en primera instancia por el planteamiento del problema que da origen a la investigación, así como también a los objetivos generales y específicos orientados a determinar los factores psicológicos que influyen en los niños asmáticos del Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez, además se encuentra la justificación que presenta los motivos que impulsaron a la investigadora para realizar el presente trabajo de investigación.

El Capítulo II abarca el marco teórico, en donde se encuentra la información propia de la investigación, referente a las teorías que definen a los factores psicológicos, tomando principalmente con referencia los aportes de (Creer y Kotes, 1993). También se realiza un análisis de aquellas teorías que a lo largo de

los años se han convertido en marcos teóricos obligatorios para la comprensión del desarrollo del asma, tomando de forma principal los estudios de Gerard Szewc.

Esta tarea tan compleja y profunda debe estar guiada por un proceso y sustentada por un compromiso.

El Capítulo III comprende el marco metodológico, en el cual se ha hecho un análisis minucioso de la información verídica recolectada del Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez, con el propósito fundamental de que gracias a los resultados obtenidos de los Factores Psicológico que influyen en los niños asmáticos pueda respaldar la investigación, y más concretamente lograr dar cumplimiento a los objetivos propuestos al inicio de la misma. Además se desarrolla las técnicas para el análisis e interpretación de los resultados mediante tablas y gráficos para una mejor comprensión.

Finalmente, en el capítulo IV se hace referencia a las conclusiones y recomendaciones de la investigación, a la bibliografía y los anexos correspondientes.

# **CAPÍTULO I**

## **PROBLEMATIZACIÓN**

## 1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El asma es la enfermedad crónica más frecuente en la infancia, despertando cada vez más preocupación debido a un aumento de su morbilidad y mortalidad. El número de estímulos capaces de provocar una crisis asmática es muy numeroso y variable de un paciente a otro, o en un mismo enfermo, en diferentes periodos de tiempo. Uno de los aspectos más investigados durante los últimos tiempos ha sido el estudio de los factores desencadenantes, vinculados con la aparición de la enfermedad, entre los que se sitúan los psicológicos.

Según el informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que en la actualidad hay más de 300 millones de pacientes con asma en el mundo, y en 2005 fallecieron 255.000 personas por esta afección. Las muertes por asma han aumentado cerca de un 20% en los últimos años y esta tendencia continuará en los próximos 10 años. El asma está presente en todos los países, independientemente de su grado de desarrollo. Más del 80% de las muertes por asma ocurre en países de ingresos bajos y medios bajos. Para lograr un control eficaz es imprescindible que los programas de salud y medicamentos estén disponibles y sean asequibles, en especial para las familias de bajos ingresos. (Isabel Tovar Villamizar, Maribel García Lamoggia, Jesús Meza, 2010).

Existen alrededor de 4.8 millones de pacientes pediátricos en Estados Unidos, es la causa más frecuente de visitas a los Servicios de Urgencias, así como de ausentismo escolar por enfermedades crónicas de la infancia. La prevalencia varía entre 5 y 15% en población infantil. En México hay 5 millones de personas con asma, el 40% se presenta en pacientes pediátricos de 2 a 6 años, 90% de ellos con presentación leve y 2% con presentación grave. La mortalidad por asma se reporta en 14 por 100,000 pacientes asmáticos. Se han estudiado dentro de los factores desencadenantes: alérgenos, infecciones, ejercicio y cambios de temperatura, sobre todo la exposición a climas fríos. Se han descrito factores psicológicos exacerbantes como las emociones, el estrés y patologías psiquiátricas como depresión, ansiedad y ataques de pánico. Sin embargo, no es clara la relación entre los factores psicológicos y su impacto en el curso de la enfermedad, el apego al

tratamiento y sus complicaciones. Se sugiere que la morbilidad del asma y las emociones están reguladas por vías psiconeurobiológicas. (Dra. Lorena Suárez Idueta, 2010)

En Cuba la tasa de prevalencia oscila entre 4% - 13%, y en el año 2005 esta fue de 8,7 por 1000 habitantes, con un estimado de 980 – 210 pacientes, y una tendencia anual al aumento, fundamentalmente en los grupos de edades de 5-9 y 10-14 años, encontrándose las provincias occidentales de Cuba, La Habana y Pinar del Río entre las demás incidencia del país. En Pinar del Río la morbilidad es alta, con aproximadamente 11493 casos vistos como promedio anual en los últimos 5 años con tendencia a disminuir, no así la mortalidad. (Delgado, 2010)

Las infecciones respiratorias agudas son responsables de la muerte de cerca de cuatro millones de niños por año, principalmente en Latinoamérica. La Neumonía es responsable de aproximadamente el 85 % de todas las muertes de Insuficiencia Respiratoria Aguda (IRA), pero también contribuyen a esta mortalidad la Bronquitis, crup y complicaciones de las vías respiratorias superiores. (Rodríguez, Universidad Complutense de Madrid, 1998).

En el Ecuador, las enfermedades respiratorias son una preocupación para la Salud Pública, especialmente el asma bronquial, conocida también como bronquitis asmática; es una enfermedad que involucra a los pulmones y que se caracteriza por una inflamación crónica de los bronquios, dando como resultado edema de la mucosa bronquial, incremento de las secreciones bronquiales, obstrucción de la vía aérea e hiperreactividad bronquial. (INEC 2010). (MiguelGuaipacha, 2013)

Además se encontró un estudio realizado en Cuenca-Ecuador cuyo objetivo fue identificar la prevalencia de asma en niños entre 2y5 años de edad y su relación con los contaminantes externos; dicha investigación encontró una prevalencia de asma de un 28.8%, y de entre las variables estudiadas se encontraba el antecedente familiar de asma el cual reportó una razón de prevalencia de 2.63 (IC 95% 1.79-3.57  $p = 0.00$ ) sin encontrar significancia estadística con contaminantes externos como tráfico vehicular, ubicación de la vivienda en área industrial o cercanía con fábricas/industrias. (Siguencia, 2014)

En el Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez hay niños que llegan a la consulta con problemas respiratorios que les impide tener una vida normal ya que comentan que estaban jugando cuando sintieron que les falta el aire y empiezan ahogarse esto creando dificultades en ellos ya no pueden realizar las mismas actividades que los demás niños/as creándose una limitación en ellos por la enfermedad.

Los niños sienten angustia, ansiedad y depresión ante una crisis asmática, es trascendental que conozca el proceso de la enfermedad ya que de ello depende la recuperación de la misma, pero en ocasiones la desesperación y el desconocimiento de las crisis asmáticas de los progenitores hacen más complicada la situación ya que actúen en formas inadecuadas terminando en fatales desenlaces, ya que durante la infancia es necesario el conocimiento de los padres sobre las repercusiones de la enfermedad para saber sobrellevarla.

Si los niños siguen manteniendo el desconocimiento de los factores que influyen en las crisis asmáticas seguirá siendo igual hasta el día que se desarrolle la enfermedad, con miedo a realizar las mismas tareas que sus compañeros, angustia por lo que pasara mañana con su enfermedad o cuando le vuelva a dar la crisis asmática. Teniendo como resultado jóvenes que no logren enfrentar los miedos de la sociedad ejerciendo un control sobre sí mismos y sobre el medio externo, que duden a la hora de ejercer sus capacidades y habilidades, afectando así el descubrimiento de su identidad personal.

Lo que se pretende con esta investigación dentro del hospital Pediátrico Alfonso Villagómez determinar los factores psicológicos que influyen en los niños asmáticos y desarrollar talleres psicoeducativos sobre el asma y las enfermedades psicosomáticas y de esta manera promover un apropiado cuidado de los padres y las personas que estén al cuidado de los mismos, es necesario el conocimiento para que el proceso de la enfermedad sea más llevadero, y de esta manera entender que se puede tener una mejor calidad de vida.

## **1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.**

¿Influyen los factores psicológicos en los niños asmáticos que son atendidos en el del Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez de la ciudad de Riobamba período Agosto – Noviembre del 2012?

## **1.3 OBJETIVOS**

### **1.3.1 OBJETIVO GENERAL**

Determinar los factores psicológicos que influyen en los niños asmáticos, que son atendidos en el Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez de la ciudad de Riobamba durante el período Agosto – Noviembre del 2012.

### **1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Identificar a los niños asmáticos del Hospital Pediátricos Alfonso Villagómez.
2. Establecer los factores psicológicos en los niños asmáticos, mediante la aplicación del test de ansiedad y el test de depresión para niños.
3. Desarrollar talleres Psicoeducativos sobre el Asma para los padres de los niños que asisten al hospital pediátrico Alfonso Villagómez.

#### **1.4 JUSTIFICACIÓN.**

El asma es, tal vez, el proceso respiratorio más temido por las familias porque es la primera causa de ausentismo escolar y laboral y la responsable de crisis que requieren hospitalización varias veces al año.

Los niños/as que asisten a la consulta y a el área de emergencia del Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez se encuentra enfrentando un aumento de niños con asma que desarrollan las crisis asmáticas con mayor frecuencia y sin explicarse cuales son los desencadenantes ya que se presenta en su hogar, escuelas centros de recreación y en el mismo hospital. Mediante esta investigación se estudiará los factores psicológicos que influyen en las crisis asmáticas de los niños/as.

La teoría de Gerard Szweg sobre el niño asmático es que éste tiene tendencia a confundirse con el otro porque pervive en él el deseo inconsciente de la madre de volverlo al útero. Muchas veces hay investiduras emocionales de carácter mortífero por parte de la madre (como querer “devorar” al hijo). Esto lleva al niño a una identificación mimética, total, con el otro, que implica un problema de límites, ya que el niño no sabe discriminar los límites con la madre, que aparecen como borrados. Esto hace que lo extraño, por una parte, y el conflicto por otro, no pueden ser asimilados. La crisis asmática aparece entonces frente a lo extraño y frente al conflicto, porque son dos situaciones en las que no tiene la capacidad de identificarse, que es la única manera de elaboración mental que conoce. La función que tiene la crisis asmática es la de eliminar la angustia ante el conflicto y la crisis aparece en una situación triangular en la que aparece el conflicto entre los otros dos (generalmente el padre y la madre) y el niño no la soporta. No la soporta porque se confunde con aquellos con los que quiere, La crisis es una desorganización somática que se produce cuando la vía mental está bloqueada, por lo que es una respuesta defensiva a una representación conflictiva que no se puede manejar. (Szweg, La psicósomática del niño asmático Ed. promolibro, Valencia, 2001, 2001)

Mientras un niño se sienta aceptado y amado va a tener un desarrollo normal y si presenta crisis asmáticas sabrá controlar sus emociones y de esta forma los

factores psicológicos que influyen en las crisis asmáticas no causaran ansiedad ni depresión en los niños/as y tampoco en sus familias ya que ellos sabrán como controlar su respiración.

Este proyecto es factible en vista que de que se cuenta con la bibliografía especializada sobre el tema, se cuenta con los recursos humanos, materiales y el apoyo de las autoridades y padres de familia del Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez de la ciudad de Riobamba.

# **CAPÍTULO II**

## **MARCO TEÓRICO**

## **2.1 LÍNEA DE INVESTIGACIÓN DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO, FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**

El proyecto se enmarca en las siguientes líneas

- **Línea Macro:** Salud Integral
- **Sublínea:** Conducta y salud mental, social, familiar e individual

## **2.2 POSICIONAMIENTO PERSONAL.**

La presente investigación está centrada en el enfoque de La Organizaciones internacionales como la OMS y el NHLBI a través de la Guía para Médicos y Enfermeras publicado por GINA definen al asma como “Un trastorno inflamatorio crónico de las vías respiratorias. Las vías respiratorias aquejadas de inflamación crónica son hiperactivas; cuando se exponen a diversos estímulos o factores desencadenantes se obstruyen, lo que reduce el flujo aéreo.” (GINA, 2002)

La crisis asmática aparece entonces frente a lo extraño y frente al conflicto, porque son dos situaciones en las que no tiene la capacidad de identificarse. (Szwec, La psicósomática del niño asmático, Valencia, 2001).

Las emociones, dentro de los factores psicológicos cobran gran importancia en la matización de la relación con la enfermedad, de hecho, cada vez son más los estudios que muestran cómo los factores emocionales están ligados a trastornos digestivos, vasculares, respiratorios y aquellos relacionados con un fallo del sistema inmunológico, como el cáncer o en gran medida el asma bronquial. Existe evidencia para afirmar que los factores psicosociales juegan un papel importante en la variabilidad de la enfermedad física, evolución, morbilidad y tratamiento (Castilblanco y Suarez, 2012). (Rodríguez, Presencia de factores psicológicos en pacientes, 2007)

Lo que ocurre siempre es que las emociones no se expresan y se estancan en el cuerpo de manera crónica...

## **2.3 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA**

### **2.3.1 ANTECEDENTES DE INVESTIGACIONES ANTERIORES CON RESPECTO AL PROBLEMA QUE SE INVESTIGA.**

Tanto en el Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez como en la Universidad Nacional de Chimborazo no se registran artículos de investigaciones del tema, sin embargo existen investigaciones relacionadas con el tema, entre las más importantes podemos mencionar:

**Impacto Familiar del Asma Pediátrico. Versión Mexicana del cuestionario IFABI-R. Desarrollado por:** Georgina Bazán Riverón, Laura Torres Velásquez, Remei Santaolara, Javier Sandoval Navarrete, Dolors Serrallonga, Abril-Junio 2009. Mexico.

El grupo de expertos valoró positivamente el cuestionario IFABI-R, el estudio psicométrico mostró una reproductibilidad alta. Respecto a la extracción de componentes principales la solución tetra dimensional fue la más adecuada. La validez concurrente del IFABI fue satisfactoria ya que mostró relaciones positivas con el grado de afectación, los indicadores de morbilidad y la percepción parental de síntomas. Se concluyó entonces que el IFABI tiene buenas propiedades psicométricas en la población.

**Factores psicosociales en el asma. Servicio de Alergología. Desarrollado por: David García, Año: 2008, Murcia España**

Esta investigación concluyó que el asma es considerada una enfermedad de base psicosomática con influencias de cambios de humor. Se realizó un estudio de corte prospectivo en niños asmáticos de 150 familias. Se midieron diferentes niveles de estrés de cada familia (5,3% de niños diagnosticados de asma en familias de bajo estrés/paternidad adecuada frente a 25% en familias de alto estrés/paternidad problemática.

Los resultados arrojados fueron los siguientes;

- Morbilidad psicológica en asma grave: 56% de trastornos de ansiedad, 20% de síndromes depresivos.
- Mayor prevalencia de trastorno emocional en adultos asmáticos.
- Están infra diagnosticados en la población en general y su prevalencia es ascendente.
- A menudo no se puede saber si son causa o consecuencia de la gravedad del asma.
- La depresión puede ser un factor de riesgo de morbimortalidad relacionado con el asma.
- El tratamiento adecuado con antidepresivos reduce el riesgo de muerte en pacientes con asma.

En la Universidad de Riobamba se encontró esta tesis con el tema: Patologías Respiratorias como sobreinfección en niños de 1 a 5 años de edad Diagnosticados con asma bronquial. Servicio de pediatría. Hospital Provincial General Docente Riobamba. Periodo octubre 2012 – septiembre 2013. Desarrollada por: Miguel Ángel Guaipacha Asqui, Álvaro Estuardo Villa Piray. En Riobamba el 2014.

A las conclusiones que llegaron fueron de que influye la presencia de Patologías Respiratorias como sobreinfección en niños de 1 a 5 años de edad, diagnosticados con asma bronquial, podemos establecer que la enfermedad afecta física y psicológicamente a los pacientes y además tiene un impacto sobre la calidad de vida de la familia más cercana. El 100% de los pacientes diagnosticados con asma bronquial desarrollaron Neumonía como sobreinfección. Las patologías respiratorias que presentan los pacientes se deben en 63.5% a factores ambientales.

### 2.3.2. ASMA INFANTIL

Organizaciones internacionales como la OMS y el NHLBI a través de la Guía para Médicos y Enfermeras publicado por GINA definen al asma como “Un trastorno inflamatorio crónico de las vías respiratorias. Las vías respiratorias aquejadas de inflamación crónica son hiperactivas; cuando se exponen a diversos estímulos o factores desencadenantes se obstruyen, lo que reduce el flujo aéreo.” (GINA, 2002)

El asma no es una enfermedad nueva, pero a pesar del tiempo que tiene desde su descubrimiento no existe una definición única que sea utilizada en su comparación clínica o para estudios epidemiológicos por la cantidad de elementos involucrados en el desarrollo de la enfermedad, a continuación dos definiciones que expresan las principales características del asma:

El asma es una enfermedad respiratoria crónica que se caracteriza por la obstrucción de las vías aéreas (reversible espontáneamente o bajo tratamiento), inflamación e hiperreactividad bronquial frente a diversos estímulos.

Desde el punto de vista psicoanalítico. El niño asmático, es que éste tiene tendencia a confundirse con el otro porque pervive en él el deseo inconsciente de la madre de volverlo al útero. Muchas veces hay investiduras emocionales de carácter mortífero por parte de la madre (como querer “devorar” al hijo). Esto lleva al niño a una identificación mimética, total, con el otro, que implica un problema de límites, ya que el niño no sabe distinguir los límites con la madre, que aparecen como borrados. Esto hace que lo extraño, por una parte, y el conflicto por otro, no pueden ser asimilados.

La crisis asmática aparece entonces frente a lo extraño y frente al conflicto, porque son dos situaciones en las que no tiene la capacidad de identificarse, que es la única manera de elaboración mental que conoce. La función que tiene la crisis asmática es la de **eliminar la angustia ante el conflicto** y la crisis aparece en una

situación triangular en la que aparece el conflicto entre los otros dos (generalmente el padre y la madre) y el niño no la soporta. (Szwec, La psicósomática del niño asmático Ed. promolibro, Valencia, 2001, s.f.)

### **2.3.2.1. DEFINICIÓN**

El asma es la enfermedad crónica más frecuente en la infancia, despertando cada vez más preocupación debido a un aumento de su morbilidad y mortalidad. El número de estímulos capaces de provocar una crisis asmática es muy numeroso y variable de un paciente a otro, o en un mismo enfermo, en diferentes periodos de tiempo. Uno de los aspectos más investigados durante los últimos tiempos ha sido el estudio de los factores desencadenantes, vinculados con la aparición de la enfermedad, entre los que se sitúan los psicológicos. (Galil, 2000).

Otra definición, determina que asma es “Una enfermedad crónica de las vías respiratorias, que se caracteriza por episodios de obstrucción generalizada y variable de las mismas, reversible de forma espontánea o con tratamiento y que se caracteriza por hiperreactividad bronquial frente a diferentes estímulos y que clínicamente cursa con accesos de tos, disnea y sibilancias. (Verea, s.f.)

Se debe de hacer notar que existen diversas definiciones de Asma, basadas en criterios patológicos ó fisiológicos pulmonares, sin embargo la definición basada en estos conceptos clínicos simples cumple mejor el objetivo de identificación de casos y puede ser usado por cualquier médico sin necesidad de recursos sofisticados de diagnóstico. Es particularmente importante en ésta definición el concepto de la reversibilidad de la obstrucción bronquial, completa ó parcial, ya sea en forma espontánea o en respuesta a tratamientos broncodilatadores ó anti-inflamatorios. (HERNANDEZ, Enfermedades respiratorias pediátricas, 2002).

Las manifestaciones clínicas del asma pueden ser controladas con un tratamiento adecuado. Cuando el asma se controla no deben existir más que síntomas ocasionales, las exacerbaciones graves deben ser poco frecuentes.

- El asma es un problema mundial que afecta a aproximadamente 300 millones de individuos.
- Aunque desde el punto de vista del paciente y la sociedad el costo del control del asma parece ser alto, el costo de no tratar el asma correctamente es todavía mayor.
- Se han identificado diversos factores que influyen en el riesgo de una persona para desarrollar asma. Éstos se pueden dividir en: factores del huésped (principalmente genéticos), y los factores ambientales.

### 2.3.2.2 Clasificación en cuanto a la evolución clínica

- **Asma intermitente o episódico** si la enfermedad cursa con crisis de disnea con intervalos asintomático.
- **Asma persistente** si los síntomas son más o menos permanentes y sostenidos con exacerbaciones periódicas.
- **Ligeros** es el que no interfiere con las actividades cotidianas y es de sencillo control farmacológico.
- **Moderados** es aquel que, en ocasiones, interfiere con las actividades normales, y a veces, requiere terapias más agresivas para su control.
- **Severos** es el que interfiere seriamente con las actividades cotidianas, implica un control exhaustivo y poli terapia, o cursa con episodios que ponen en peligro la vida (status asmático).

Gráfico: 1 Clasificación de la Gravedad GEMA/GINA 2014

CLASIFICACIÓN DE GRAVEDAD – GEMA/GINA				
Parámetro	Intermitente	Persistente		
		Leve	Moderado	Grave/Severo
Sx diurnos	< 2 veces por semana	> 2 veces por semana	Síntomas diarios	Varias veces al día
Sx nocturnos	< 2 veces por mes	>2 veces al mes	Bastante al mes	Muchas veces al mes
Uso de β-Agonistas	<2 dosis por semana	>2 dosis por semana	Uso diario una vez	Mas de dos veces al día
Limita actividad	Nunca	Algo	Bastante	Mucho
PEF	>80%	<80%	60 a 80%	≤60%
Exacerbaciones	Ninguna	1 al año	2 o mas al año	2 o mas al año
TRATAMIENTO RECOMENDADO				
Escalón	Step 1	Step 2	Step 3	Step 4

Global Initiative for Asthma (GINA) Global Strategy for asthma management and prevention. 2010.

### 2.3.2.3 INFECCIONES RESPIRATORIAS:

Debido a que la inflamación alérgica de la vía respiratoria disminuye cualitativamente la respuesta inmune local, los asmáticos alérgicos tiene un índice alto de infecciones respiratorias virales y bacterianas, en comparación con individuos sanos de la misma edad, principalmente en la etapa de lactante y pre-escolar. Se sugiere por lo tanto evitar en lo posible el contacto con personas que sufran infecciones respiratorias. Esto puede ser prácticamente imposible cuando los niños acuden a centros de atención ó guarderías.

**2.3.2.3.1 Pólenes:** Es recomendable evitar tener plantas de ornato o jardines dentro del hogar, se debe recomendar no tener patio con pasto ó maleza. Las concentraciones de pólenes en el polvo de casa suelen ser bajas, y es buena idea evitar abrir puertas y ventanas durante el día, cuando las concentraciones de pólenes son mayores.

**2.3.2.3.2 Humo de tabaco:** Como ya se ha comentado, los productos de combustión del tabaco son altamente irritantes para un epitelio respiratorio sensible, y es necesario hacer todo el esfuerzo por evitar que los padres fumen. No es suficiente que no se fume en casa ó cuando el niño no está presente. Las partículas se acarrean en pelo, piel y ropa y van contaminando el hogar.

### **2.3.2.3.3 Inmunoterapia**

La Inmunoterapia con Alérgenos (ITA) consiste en la administración gradual de cantidades crecientes del alérgeno, ya sea por piel o por mucosas, con la finalidad de inducir un fenómeno de “tolerancia inmunológica” a ése alérgeno.

Esta tolerancia se consigue habitualmente en forma gradual hasta un punto máximo, y es directamente proporcional a la dosis total acumulada en el tiempo. Esta tolerancia se manifiesta por una reducción significativa de la sintomatología asociada a la exposición subsecuente al alérgeno causal. La inmunoterapia específica con alérgenos para el Asma, es un método de tratamiento que ha mostrado ser eficaz para mejorar significativamente:

- Los síntomas de Asma
- Los requerimientos de medicamentos para su control
- La hiper-reactividad bronquial no-específica
- La hiper-reactividad bronquial alérgeno-específica

Estos hallazgos han sido reconocidos y detallados en 62 estudios prospectivos doble-ciego y aleatorizados, realizados a lo largo de los años y analizados en por lo menos dos meta-análisis realizados por Abramson, Puy y Weiner en 1995 y 1999.

En un reciente artículo (73) que publica la posición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) con respecto al uso de inmunoterapia en diversas patologías alérgicas se concluye que: “la inmunoterapia con alérgenos es un tratamiento efectivo para los pacientes con asma”.

Es necesario hacer notar que aunque pocos, también existen estudios publicados que no han encontrado un beneficio significativo en el uso de inmunoterapia específica en el asma. (74) Es por ello que cobran más valor los hallazgos de éstos meta-análisis por ser revisiones homogenizadas de toda la literatura publicada sobre el tema, con criterios rigurosos de inclusión y de análisis estadístico.

#### **2.3.2.4 Diagnóstico del asma en los niños**

##### **2.3.2.4.1 Antecedentes médicos**

El médico considerará seriamente un diagnóstico de asma si el niño tiene unos antecedentes de ataques periódicos de disnea, tos y sibilancia, quizás acompañados por la estrechez del tórax. Los padres deben describir el modelo de los síntomas y los factores de la precipitación posibles, incluyendo si los episodios a menudo ocurren en la noche, si son más frecuentes durante la primavera o el otoño (estaciones comunes de la alergia), y si el ejercicio, una infección respiratoria o la exposición al aire frío alguna vez ha desencadenado un ataque. El médico debe estar informado sobre cualquier miembro de la familia que tenga unos antecedentes de trastornos alérgicos, como el eczema, urticaria o la rinitis (inflamación de los pasajes nasales).

##### **2.3.2.4.2 Pruebas de función pulmonar**

Si se sospecha el asma, el médico generalmente realizará las pruebas de función pulmonar para confirmar el diagnóstico y determinar la gravedad de la enfermedad. Empleando un espirómetro, un instrumento que mide el aire tomado y espirado por los pulmones, el médico determinará varios valores: (1) la capacidad vital (VC, por siglas en inglés), que es el máximo volumen de aire que puede inhalarse o espirarse; (2) la tasa del flujo espiratorio de punto máximo (PEFR, por siglas en inglés), que es la máxima tasa del flujo que puede generarse durante una exhalación forzada; (3) y el volumen espiratorio forzado (FEV1, por siglas en inglés), que es el máximo volumen de aire caducado en un segundo. Durante un ataque. La reducción de las vías respiratorias disminuirá el PEFR y FEV1.

Si estas mediciones indican que un grado de obstrucción de vías respiratorias está presente, el médico puede administrar un broncodilatador (un medicamento que abre los pasajes de aire) y luego medir la función del pulmón nuevamente --

revocación de la obstrucción confirma un diagnóstico de asma. Si no hay señales de obstrucción del paso del aire en el momento que el paciente se examina, el médico puede realizar una prueba de reto al administrar un medicamento (histamina o methacholine) para inducir un aumento en la resistencia de las vías respiratorias. Una respuesta positiva a esta prueba indica que el niño tiene asma.

#### **2.3.2.4.3 Diagnóstico del asma inducido por el ejercicio**

Una prueba sencilla se puede emplear para examinar el asma inducido por el ejercicio en una escuela u oficina médica. Después de respirar en un espirómetro, el niño sube y baja un escalón hasta que un ritmo cardíaco de 150 a 200 latidos por minuto es mantenido, detectado con un monitor sujetado al tórax del niño. Después de tres y diez minutos, el niño respira en el espirómetro; si FEV1 ha descendido más de 15%, se sospecha el asma y el niño es remitido a un especialista de asma.

#### **2.3.2.4.4 Pruebas de laboratorio**

El médico puede también realizar pruebas adicionales para descartar otras enfermedades o para obtener más información acerca de las causas del asma en el niño. Tales pruebas pueden incluir unas radiografías del tórax y el seno, recuento de sangre completo, examen del esputo para determinar la presencia de eosinófilos (glóbulos blancos que son sumamente característicos del asma) y pruebas de piel para medir la respuesta del niño a los alérgenos inhalados comunes. (Salud, s.f.)

#### **2.3.2.4.5 TRATAMIENTO DEL ASMA INFANTIL**

Debido al impacto que el diagnóstico del asma puede tener en los niños y sus familias, es necesaria una intervención psicológica temprana. Lo ideal sería que padres y paciente tuvieran un manejo psicológico al mismo tiempo. El objetivo es evaluar la adaptación emocional de vivir con la enfermedad y la relación padre-hijo, e investigar alguna psicopatología que se pueda esconder.

Dentro de la terapia psicológica se pueden distinguir varias tendencias: (Vázquez MI B. J., 1996)

- Teoría cognitivo-conductual. Utiliza varias técnicas para modificar emociones, cogniciones y comportamientos inadecuados que influyen en el asma.
- Teoría sistémica. Trabaja con la teoría familiar de los sistemas.

- Teoría psicoanalítica. Interviene sobre los conflictos infantiles, referidos principalmente a la relación madre - hijo.

Existen nuevas modalidades del tratamiento del Asma que ayudan a los pacientes a prevenir la mayoría de los ataques ó crisis, a mantenerse libres de los molestos síntomas nocturnos y diurnos y a mantenerse físicamente activos. Se han publicado una diversidad de guías para el manejo general del Asma que en general han sido recopiladas y concensadas por paneles de expertos, una de las primeras y más importantes es la Guía Práctica para el Diagnóstico y Tratamiento del Asma, editada por el Instituto Nacional de Corazón Pulmón y Sangre de los Institutos Nacionales de Salud (NHLBI-NIH) de los Estados Unidos (1,44), que incluso sirvió de base para la Iniciativa Global del Asma (GINA) promovida por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

El objetivo de éstas iniciativas es educar a la comunidad médica en el correcto diagnóstico y tratamiento del Asma, ajustadas a la realidad económica y social de cada región ó país. Estos lineamientos internacionales son la base, -con algunas modificaciones -, para nuestras recomendaciones de clasificación y tratamiento del Asma en la edad pediátrica. (REYES, Neumonología pediátrica, 2001)

#### **2.3.2.4.6 TRATAMIENTO PREVENTIVO AMBIENTAL**

Es indispensable en el manejo a largo plazo del asma la identificación de los factores disparadores y los alérgenos causales en cada caso. Esto se logra con una cuidadosa historia clínica y mediante una evaluación alérgica por medio de pruebas específicas de alergia (IgE específica en suero ó Pruebas Cutáneas de Alergia). Cuando los pacientes logran evitar ó reducir significativamente ésos factores desencadenantes de Asma (alérgenos e irritantes) los síntomas y ataques de asma pueden ser prevenidos y la medicación reducida en consecuencia. Aunque la mayoría de éstas medidas preventivas son útiles para todos, la mejor respuesta se obtiene individualizando éstas medidas en cada caso, de acuerdo a éste tipo de evaluaciones.

## 2.4. FACTORES PSICOLÓGICOS DEL ASMA INFANTIL

Desde muy antiguo se ha reconocido la importancia de los factores psicológicos en el asma bronquial. Hipócrates (460-377 a. de C.) ya realizó una descripción del asma y señaló que el asmático debe estar atento contra la ira. En el siglo II de nuestra era, Aretaeus realizó una primera descripción del asma en términos de enfermedad psicósomática. Más tarde, en el siglo XII, Maimónides publicó su *Tractus contra passionem astrnatis*, dando una descripción de la enfermedad en términos claramente psicológicos. Ya en el siglo XIX, en 1886, McKenzie publica un famoso artículo, en el cual relata cómo era capaz de producir crisis asmáticas en una mujer, que sufría esas crisis precedidas de olor a rosas, con la sola presentación de una rosa artificial de papel. Hay que esperar hasta principios del siglo XX para que el asma bronquial sea considerada un problema sanitario de primer orden, estando hasta entonces a la sombra de las grandes enfermedades infecciosas y de los problemas de malnutrición. Hoy en día, existe un cierto consenso en aceptar que los factores psicológicos afectan al mantenimiento de la enfermedad, pudiendo enclavarse la investigación psicológica en la llamada “teoría del psicomantenimiento psicológico” (Kinsman, Dirks y Jones, 1982). Esta teoría postula que las variables psicológicas, sociales y conductuales pueden mantener y agravar la enfermedad física, influyendo decisivamente en el curso de ésta. (Rodríguez, Universidad Complutense de Madrid, 1998).

Los factores psicológicos pueden provocar tanto broncoconstricción como broncodilatación, y dependiendo de los pacientes, condicionar las manifestaciones clínicas y alterar o no los índices de morbilidad.

El problema a tener en cuenta al estudiar los factores psicológicos en el asma es la dificultad de recrear estímulos de carácter emocional en los pacientes. Como señala Creer (1993) no hay un estímulo común o grupo de estímulos que puedan recrear respuestas emocionales concretas en un espectro de individuos, como la reacción del paciente varía en cada población, no es poco probable, sino quizás remoto, encontrar un estímulo de carácter general que provoque una reacción estándar en cualquier población a estudiar. Todos los mecanismos expuestos y los que veremos más adelante están, de hecho, interrelacionados, alcanzando una gran complejidad al tener en cuenta lo idiosincrático del paciente y su evolución particular de la enfermedad. Desde el análisis funcional de la conducta, toda variable puede ser antecedente o consecuente y todas mantienen una relación circular (Vázquez y Buceta, 1995a).

No se puede hoy en día asegurar la dirección exacta de influencia de los factores psicológicos y en particular de las emociones, en el estado de desarrollo de la Psicología cualquier posición es, cuando menos, especulativa en mayor o menor grado. Para Lehrer, Isemberg y Hochron (1993) existe mayor evidencia empírica que apoya que la mayor tasa de emoción negativa en el asma, aunque las emociones negativas pueden exacerbar el asma o resultar de la enfermedad, para Creer (1993) sólo es posible hablar en términos de co-ocurrencia o correlación. Para exponer las variables y mecanismos psicológicos que influyen en el asma, hemos seguido, aunque sólo sea en parte, el esquema secuencial del tiempo y de las investigaciones realizadas a través de él, aunque no siempre coincidan con exactitud. (Rodríguez, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, 1998)

#### **2.4.1 EMOCIONES**

Las emociones juegan un papel importante en la fisiopatología del asma, razón por la cual han sido tema importante en la investigación básica y clínica, por ejemplo, Marx compara las emociones de pacientes asmáticos y pacientes sanos, al exponerlos a diversos estímulos.

Este autor observó un mayor número de expresiones faciales, actitudes hostiles y expresiones de impotencia en pacientes asmáticos, en relación a los pacientes sanos. La diferencia entre ambas poblaciones sugiere que las emociones son un factor precipitante de la enfermedad.

El estrés y los problemas psicológicos se han asociado con la sintomatología del asma y con la broncoconstricción y reducción del flujo pulmonar en niños. Cuando los pacientes asmáticos se someten a experiencias estresantes, como realizar problemas de cálculo numérico o ver películas cargadas emocionalmente, el 15-30% (Mrazek, 1992) de ellos responden con aumento de broncoconstricción.

Existe una influencia de los estados emocionales en los fenómenos de hipersensibilidad, participando en la aparición e intensidad de las reacciones

alérgicas (González de Rivera, 1980). Se ha comprobado que el estrés emocional afecta directamente a las reacciones alérgicas del tipo I (Teshima et al., 1989), es decir, que la acción del estrés sobre el sistema inmunitario se expresa a través de fenómenos alérgicos entre otros (Valdés y De Flores, 1985).

Las patologías psiquiátricas que se han visto relacionadas con asma son depresión, ansiedad, ataques de pánico y el abuso de sustancias. La depresión es la más frecuente, su prevalencia en pacientes pediátricos asmáticos es de 5 a 15%, aunque se describen síntomas depresivos hasta en el 50% de los pacientes asmáticos, mucho más frecuente que en la población sana. En adolescentes la prevalencia de depresión aumenta a 16.3%, en relación a 8.6% de los adolescentes sin asma. Es común que los pacientes asmáticos que padecen depresión cursen además con una tercera patología como trastorno de ansiedad o abuso de sustancias. El 20.7% de los pacientes asmáticos fumadores entre 11 y 17 años padecen depresión, en relación a 6.7% de los pacientes asmáticos que no fuman, de igual forma, el 29.7% padecen ansiedad en relación a 12.2% de los adolescentes asmáticos no fumadores de la misma edad. (M. B. , Trastornos psicomaticos en la niñez y adolescencia, 1986)

La importancia de conocer la comorbilidad del asma y las emociones radica en su impacto.

**1. En el curso de la enfermedad.** Los pacientes asmáticos con depresión o ansiedad visitan con mayor frecuencia los Servicios de Urgencias. La gravedad del asma a su vez se ha visto en relación con la gravedad de los síntomas por depresión.

**2. Costos de la enfermedad.** Los asmáticos que padecen una segunda patología, consumen más medicamentos y visitan un mayor número de especialistas en salud. Los pacientes que además padecen ansiedad o ataques de pánico ameritan uso innecesario de broncodilatadores y esteroides inhalados por síntomas como disnea que se ha observado que no compromete la luz de las vías aéreas.

**3. En la mortalidad.** La depresión aumenta el riesgo de padecer estado asmático. Además aumenta el riesgo de muerte súbita, probablemente relacionado con el menor apego al tratamiento.

**4. La prevención.** El tratamiento con antidepresivos tricíclicos en pacientes asmáticos que padecen depresión mayor ha revelado mejoría en los síntomas y el uso menos frecuente de esteroides inhalados, así como la mejoría en la calidad de vida.

#### **2.4.2 ANTECEDENTES HISTÓRICOS SOBRE LA INFLUENCIA DE LOS FACTORES PSÍQUICOS EN EL ASMA BRONQUIAL**

La influencia de los factores psíquicos en el asma bronquial es conocida de todos los tiempos. El soporte científico para asociar el asma con factores psicológicos se inició a principios del siglo XIX. La primera aportación sugiriendo que el asma tenía un componente psicossomático estaba fuertemente influenciada por la teoría psicoanalítica de Freud, en la que los síntomas se consideraban una expresión simbólica de conflictos inconscientes y deseos reprimidos. En la actualidad hay consenso en que los factores psicológicos afectan a la morbilidad de los niños asmáticos, siendo su papel en la génesis, incidencia y sintomatología controvertida, ya que sus mecanismos no están bien definidos.

A pesar de ello la incidencia de las distintas variables psicológicas en el asma bronquial fueron reconocidas ya por Hipócrates el cual señalaba que “el paciente asmático debe estar atento contra la ira”. Maimónedes, en el siglo XII, hizo referencia a la importancia de los procesos emocionales y psicológicos en su tratado sobre asma. William Osler, considerado como el padre de la medicina moderna, se refirió al asma como una “afección neurótica”. El Doctor MacKenzie, en 1886, describió el caso de una paciente con alergia a las rosas que desarrollaba crisis asmáticas ante rosas de papel. Este estudio mostró empíricamente la capacidad de los estados emocionales para afectar el funcionamiento pulmonar, al tiempo que abría el interrogante sobre el mecanismo último responsable de la constricción bronquial. Formulaciones de hipótesis posteriores sugerían la

posibilidad de que se encontrasen implicados en procesos de condicionamiento, sugestión o estrés emocional (Vázquez y Buceta, 1989).

Es Thomas Willis (siglo VII), quien sugiere que el asma puede tener un origen nervioso. Durante los siglos XVII y XVIII autores como Floyer y Heberden también hablan del origen nervioso de la enfermedad. En el siglo pasado autores como Rostand, Ramadge, Salter, etc., hicieron numerosas aportaciones en esta línea. Sintetizando las aportaciones realizadas hasta 1900 podríamos señalar los siguientes hechos: la delimitación de una forma clínica del asma bronquial cuyo origen está en el sistema nervioso la producción del asma por un mecanismo de reflejos condicionados (el célebre caso de Mckenzie).

Estos hechos junto con una serie de observaciones clínicas como son: los niños asmáticos son generalmente “nerviosos”, la mejoría de los enfermos con el aislamiento, las mejorías espontáneas, el capricho de los ataques (con horario fijo, por ejemplo), la efectividad de los placebos, etc., ha llevado a un gran número de autores al estudio sistemático de los factores psicológicos en el asma. El Psicoanálisis y su aplicación al estudio de las enfermedades orgánicas ha tenido una influencia decisiva.

Algunos estudios principales son:

Federn, en 1913, comunica un caso en el que el primer ataque sobreviene después de la separación del paciente de su madre. En 1922, el primer caso de análisis largo y profundo de un enfermo asmático y por primera vez se concluye que el ataque de asma se produce como reacción a la separación de la madre.

Rogerson, Hadcastle y Dugiud publican en 1935 sus observaciones sobre niños asmáticos, siendo el primer estudio psicológico importante sobre esta enfermedad. En 1941, French y estudiaron a veintisiete enfermos asmáticos en el Instituto de Chicago concluyendo que los asmáticos presenta un conflicto central común, más o menos inconsciente. Este conflicto se basa en una fijación excesiva, no resuelta, con la madre; todo lo que amenace la separación de la madre, en un plano real o imaginario, puede desencadenar una crisis de asma. Después del trabajo del equipo de Chicago hay que destacar los trabajos de Abramson quien hizo

importantes contribuciones en su obra, y el primer intento de síntesis del tratamiento.

Fundamentales son los trabajos de Miller y Baruch (1950) quienes han hecho aportaciones muy importantes tras el trabajo de muchos años en este campo. Las líneas fundamentales de investigación sobre el asma han sido las siguientes:

1. La influencia de los factores psíquicos en la enfermedad asmática.
2. Análisis de los síntomas psíquicos que presentan los enfermos asmáticos, con el fin de comprobar la frecuencia con que aparecen y la relación del asma con los cuadros psiquiátricos (psicosis y neurosis).
3. Buscar un “perfil” de personalidad del enfermo asmático.
4. Valorando los factores inconscientes en los estudios psicoanalíticos se ha intentado hallar una dinámica psíquica común de la enfermedad.

### **2.4.3 ANSIEDAD.**

Ansiedad es aquella respuesta emocional o patrón de respuestas, que engloba aspectos cognitivos displacenteros, aspectos fisiológicos y aspectos motores. Los estímulos que provocan este patrón de respuesta pueden ser internos o externos y mediados por las características del sujeto, existiendo grandes diferencias individuales en cuanto a la propensión a manifestar reacciones de ansiedad ante las diversas situaciones (Miguel-Tobal, 1990).

Las características de las crisis de asma, con un inicio que puede ser brusco e inesperado, hacen que la ansiedad sea un problema frecuente en los pacientes asmáticos. Se diferencia entre la ansiedad aguda asociada a las crisis y un estado de ansiedad crónica relacionado con este carácter crónico de la enfermedad. Hay estudios contradictorios, pero la mayoría parece indicar que no existe relación entre la severidad del asma y la aparición de trastornos de ansiedad. Un grado aceptable de ansiedad se considera bueno, porque motiva a los pacientes asmáticos a ser conscientes de su enfermedad y de su tratamiento, pero cuando la ansiedad traspasa unos límites y es incontrolada, interfiere tanto con la sensación de enfermedad como con el cumplimiento del tratamiento.

Varios estudios demuestran que existe una prevalencia aumentada de ansiedad subclínica y de trastornos de ansiedad, según los parámetros del DSM-IV, en los pacientes asmáticos respecto a la población general. Algunos de estos trabajos relatan una tasa del doble de frecuencia de ansiedad en niños asmáticos que en niños normales, siendo los trastornos de ansiedad más frecuentes la angustia de separación, los ataques de pánico y la agorafobia.

Las dos terceras partes de los asmáticos se sienten ansiosos durante la crisis de asma, y la severidad de esta ansiedad depende de su capacidad de manejo del asma, la denominada “autoeficacia”. Los pacientes con ansiedad reconocen peor los síntomas iniciales del ataque de asma, lo que les hace más propensos a tener crisis de mayor gravedad.

En otros estudios se demuestra la relación al revés; tanto los pacientes que sobreestiman como los que subestiman los síntomas de asma tienen en una proporción mucho mayor (3054%) trastornos de ansiedad que aquellos asmáticos que son objetivos en el reconocimiento de sus síntomas (sólo tienen problemas de ansiedad aproximadamente el 8%).

La relación entre los ataques de pánico y las crisis de asma tiene una base fisiológica. Por un lado, los ataques de pánico producen hiperventilación, lo que puede conducir a broncoespasmo, Revista Pediatría de Atención Primaria Vol. VII, Suplemento 2, 2005 y, por otro, una de las características de estos pacientes es que interpretan de forma diferente y amenazante los síntomas corporales, lo que puede conducir en el inicio de una crisis asmática a un ataque de pánico. Es muy difícil ajustar la medicación de los pacientes asmáticos con ataques de pánico. (BENEDITO MC, 1996)

Otro de los puntos en los que interfiere la ansiedad es en la evitación de factores o situaciones desencadenantes de las crisis de asma, lo que puede conducir a la aparición de fobias que alteran gravemente la calidad de vida del paciente asmático.

El grado de ansiedad también influye en el cumplimiento de la medicación. Los pacientes muy ansiosos suelen estar sobremedicados, mientras que los pacientes que tienen insuficiente ansiedad están inframedicados. La ansiedad interfiere con la medicación en las crisis de asma, pero también con el tratamiento de mantenimiento, ya que, por ejemplo, la ansiedad respecto a los efectos adversos de los fármacos (la denominada corticofobia) lleva a la inframedicación o a tomarla de manera irregular, con lo que empeora el pronóstico a largo plazo. Por otro lado, los pacientes con sintomatología de ansiedad utilizan mal los recursos médicos, tanto por acudir demasiado como por todo lo contrario.

#### **2.4.4 DEPRESIÓN**

Hay varios trabajos que ponen de manifiesto que la depresión es más frecuente en los pacientes asmáticos que en la población general. Los niños con una enfermedad crónica tienen un riesgo aumentado de síntomas depresivos, pero los niños con asma tienen mayor incidencia que los niños con otras enfermedades crónicas, como el cáncer o la fibrosis quística.

La depresión es el trastorno psiquiátrico asociado con más frecuencia a los pacientes asmáticos, llegando a diagnosticarse en algunos estudios hasta en la tercera parte de los pacientes. La comorbilidad psiquiátrica está asociada a fracaso escolar en los niños asmáticos y a la falta de cumplimiento terapéutico. Los factores que pueden estar relacionados con el desarrollo de una depresión son la necesidad de medicación crónica, las restricciones a la actividad habitual y la imprevisibilidad de las crisis de asma.

La depresión infantil posee algunas características diferentes a la depresión en el adulto, aunque con síntomas acompañantes peculiares. Los dos síntomas básicos de la depresión en la edad adulta (bajo estado de ánimo y anhedonia o dificultad para disfrutar), no siempre son las más importantes de la infancia. Según el DSM-IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales según la American Psychiatric Association), la irritabilidad suele ser más importante que el

desánimo en las depresiones de niños y adolescentes. Se ha comprobado que la depresión es más frecuente en los pacientes asmáticos que en la población general. Los niños con una enfermedad crónica tienen un riesgo aumentado de síntomas depresivos, pero los niños con asma tienen mayor incidencia que los niños con otras enfermedades crónicas, como el cáncer y la fibrosis quística (Galil, 2000). La depresión es un trastorno psiquiátrico asociado con más frecuencia a los pacientes asmáticos, llegando a diagnosticarse en algunos estudios hasta en la tercera parte de los pacientes.

Parece existir una relación entre la base genética de las dos enfermedades, ya que ambas parecen estar mediadas por dos genes de localización próxima. Tanto la depresión como el asma tienen relación con la disregulación del sistema colinérgico. Las madres de los niños asmáticos tienen con más frecuencia depresión que las madres de niños sanos y varios estudios demuestran que este hecho tiene una base genética y ambiental.

La comorbilidad entre la depresión y el asma lleva a un peor pronóstico de la enfermedad respiratoria. La falta de estímulo emocional implica una dificultad de adaptación a la enfermedad crónica y a los cambios del desarrollo, así como al incumplimiento terapéutico.

La depresión aumenta la morbilidad y la mortalidad de los pacientes asmáticos. En estudios realizados en pacientes asmáticos fallecidos, uno de los factores diferenciales era la presencia de síntomas depresivos. En caso de asma grave, el tratamiento de la depresión conlleva una disminución de la mortalidad. (Benedito MC, 1996)

Los pacientes muestran diferentes tipos de respuesta ante percepciones similares. Los sujetos con altas puntuaciones de pánico-miedo tienden a exagerar sus síntomas, reaccionando ante la enfermedad con elevada ansiedad; siguen patrones circulares de falta de adhesión al tratamiento prescrito, con períodos de utilización excesiva de los fármacos para controlar las crisis y fases en las que toman menos medicación de la necesaria, centrando su atención en los potenciales efectos

secundarios de ésta, lo que puede provocar la aparición de un nuevo episodio de broncoespasmo e iniciar nuevamente la secuencia descrita.

Por el contrario, los pacientes con bajas puntuaciones en la dimensión pánico-miedo tienden a negar y minimizar su incomodidad física y sus síntomas e ignoran la importancia de su enfermedad, mostrando sistemáticamente un patrón de baja adherencia al tratamiento médico.

Ambos grupos originan altas tasas de rehospitalización que duplican las de los pacientes de iguales características en cuanto a enfermedad pero con niveles moderados de pánico-miedo. La dimensión pánico-miedo puede influir además en las características objetivas de la enfermedad y en el juicio clínico del médico.

En los adolescentes el asma es muy difícil de manejar. El diagnóstico es teóricamente más fácil a esta edad ya que el diagnóstico diferencial es menos amplio. Sin embargo, a pesar de esto, son desalentadores el infradiagnóstico e infratratamiento. Muchos adolescentes se muestran enojados, resentidos o frustrados al ser diagnosticados de asma. El incumplimiento del tratamiento es más frecuente en adolescentes que en cualquier otro grupo de edad. Puede ser no intencionado (olvidarse de tomarlo, no entender o no haberle enseñado bien cómo debe usarlo) o intencionado (negación de la necesidad de tratamiento, preocupación por los efectos secundarios, rechazo del consejo de una persona autoritaria). Niegan la severidad de sus síntomas y la necesidad de un tratamiento regular.

Sienten preocupación sobre los efectos secundarios que pueda producir la medicación, especialmente por los corticoides (algunos creen que modifica la pubertad), o piensan que la profilaxis es inefectiva por la inexistencia de un beneficio inmediato.

Hay, por tanto, un alto nivel de morbi-mortalidad. No es sorprendente que las muertes por asma sean más frecuentes en adolescentes que en niños, llegando a

estimarse la mortalidad del asma como 6 veces mayor en niños de 15 a 19 años que en los de 5 a 9 años. (M. B. , Asma Bronquial, 1986).

#### **2.4.5 FACTORES FAMILIARES.**

Para los niños el soporte familiar es muy importante en la enfermedad crónica. El impacto del asma en la niñez sobre los progenitores es considerable y puede llegar a constituirse el centro de la vida familiar, provocando cambios significativos en la conducta y en la vida personal de todos sus miembros.

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 familiar. Un niño asmático puede producir en los padres dificultad a la hora de manejar los problemas de conducta o problemas emocionales, y el estrés psicológico puede exacerbar los síntomas del asma.

Los padres a menudo consideran que el asma pone en peligro la vida de su hijo. Algunos trabajos han señalado que alteraciones parentales o estrés en épocas tempranas de la vida del niño pueden asociarse con el aumento de problemas de conducta y desarrollo precoz de asma. Los niños asmáticos con padres socialmente aislados tienen con más frecuencia síntomas de asma, más días de actividad limitada, escaso manejo de su sintomatología y acuden con mayor periodicidad al servicio de urgencias. (M. B. J., 2005)

La personalidad del niño asmático está dominada por el miedo a ser separado de la madre. Crece en una atmósfera de inseguridad y se pone en una situación de dependencia absoluta y regresiva. Minuchin, según la teoría sistémica, describe la atmósfera familiar impregnada de dependencia como condición detonadora y rasgo patognomónico del niño asmático. El resentimiento familiar no se expresa y aparecen conductas des adaptativas y auto agresivas.

El niño utiliza el síntoma para manejar el grupo familiar manteniéndolo dependiente de él y, a la inversa, un conflicto matrimonial o familiar puede precipitar un ataque agudo de asma en el niño.

#### **2.4.6 IMPACTO FAMILIAR DEL ASMA INFANTIL (L, 1990)**

En la literatura sobre calidad de vida se han empleado de manera indistinta términos como “calidad de vida del cuidador” e “impacto familiar de la enfermedad”. En el presente trabajo se emplea el término “impacto familiar del asma”, ya que considero más amplio y capaz de incluir las dimensiones que se ven afectadas en la familia del paciente con asma.

El “impacto familiar del asma” no cuenta con una definición consensuada, sin embargo, dentro de los estudios de calidad de vida se considera que es un concepto multidimensional, compuesto por las dimensiones funcionales, emocionales y socio-laboral, las cuales pretenden dar cuenta de las repercusiones del asma en el núcleo familiar. (Alvarado, 2002)

El impacto familiar del asma ha cobrado gran interés en años recientes, pues los grandes avances médicos han mejorado las técnicas diagnósticas y el tratamiento, lo cual ha ocasionado que gran parte del manejo del asma se lleve a cabo en el hogar de los pacientes, exigiendo que sus familiares participen de manera más activa en el control de factores de riesgo y de la enfermedad en general, por lo que las repercusiones del asma afectan directamente la calidad de vida de las familias.

La familia del paciente con asma será quien proporcione soporte al niño para aprender a controlar su enfermedad, gran parte de su recuperación dependerá del impacto que la enfermedad genere en la familia, favoreciendo o no la adherencia al tratamiento y la modificación de hábitos para acceder a estilos de vida más saludables.

Un tema estrechamente relacionado al impacto familiar del asma, es la percepción parental de síntomas, donde se ha identificado que los padres desarrollan un

estado de vigilancia constante hacia el niño con asma, con la finalidad de detectar la aparición de síntomas de manera temprana, evitando así la aparición de crisis.

Sin embargo, cuando hay una deficiente percepción de síntomas, los padres pueden polarizar sus respuestas, por un lado siendo negligentes (poco perceptivos) con los síntomas, dejando que el niño empeore sin tomar las medidas adecuadas para evitar las crisis, o por otro lado, sobrestimando los síntomas, lo cual puede generar una hiperdependencia de los servicios sanitarios, o un mal manejo de fármacos. Así también se ha visto que una mala percepción de síntomas lleva al abandono del tratamiento preventivo y al abuso de los medicamentos de rescate en episodios de crisis.

La investigación sobre el impacto familiar del asma, además de estudiar su relación con la deficiente percepción parental de síntomas, la inadecuada medicación y el mal uso de servicios sanitarios, ha explorado también su relación con variables como el género, la clase social y la edad, pero los resultados son aun inconsistentes, por lo cual estas variables deben seguir siendo exploradas.

La mayoría de los estudios han relacionado también el impacto familiar del asma con variables de tipo clínico como la gravedad, la función pulmonar y/o los indicadores de morbilidad, buscando parámetros que permitan evaluar la relación del estado de salud del niño con la percepción de los padres sobre el impacto familiar. La mayor contribución en este campo ha sido la comprensión de la tendencia que pueden tener las valoraciones que hacen los padres sobre el impacto familiar del asma, por lo cual se debe seguir profundizando en su análisis. Así también, actualmente se reconoce la necesidad de continuar con los estudios sobre el impacto familiar del asma desde la perspectiva multidimensional, ya que éstos pueden proporcionar información que amplía la comprensión biopsicosocial de la problemática del paciente con asma y su familia.

## **2.5 TRATAMIENTO DEL ASMA INFANTIL**

Debido al impacto que el diagnóstico del asma puede tener en los niños y sus familias, es necesaria una intervención psicológica temprana. Lo ideal sería que padres y paciente tuvieran un manejo psicológico al mismo tiempo. El objetivo es evaluar la adaptación emocional de vivir con la enfermedad y la relación padre-hijo, e investigar alguna psicopatología que se pueda esconder.

Dentro de la terapia psicológica se pueden distinguir varias tendencias: (Vázquez MI B. J., 1996)

- Teoría cognitivo-conductual. Utiliza varias técnicas para modificar emociones, cogniciones y comportamientos inadecuados que influyen en el asma.
- Teoría sistémica. Trabaja con la teoría familiar de los sistemas.
- Teoría psicoanalítica. Interviene sobre los conflictos infantiles, referidos principalmente a la relación madre - hijo.

#### **a) Teoría Psicoanalítica.**

El inicio de esta terapia debe consistir en evaluar qué lugar ocupan los procesos mentales y, concretamente, el papel de la angustia en los factores desencadenantes del asma. No se debe centrar la terapia exclusivamente en el niño porque, según Békei, la enfermedad es la consecuencia de una relación objetal distorsionada, ya sea del vínculo materno o de la interacción familiar.

Para ayudar en el proceso de separación tanto a la madre como al niño, ha de hacerse una terapia conjunta o paralela de la madre o familiar. Sperling refiere que el psicoanálisis individual del niño nunca debe ser el primer paso, y que sólo es recomendable después de un período de terapia vincular o tratamiento previo de la madre.

#### **b) Teoría cognitivo-Conductual.**

Según la teoría cognitivo-conductual, las crisis asmáticas podrían funcionar como un reflejo condicionado, aunque en principio hubieran sido desencadenadas por un alérgeno. A lo largo de la experiencia vital se irán formando una serie de

respuestas condicionadas, fundamentalmente miedo, asociadas a experiencias negativas relacionadas con la enfermedad.

Los principales objetivos del tratamiento cognitivo-conductual del asma son dotar al paciente de una mejor comprensión del trastorno, corregir conductas desadaptadas y creencias erróneas, entrenarlo en estrategias que hagan disminuir la frecuencia e intensidad de las crisis y su repercusión a nivel conductual y emocional.

Las principales técnicas utilizadas han sido: inoculación del estrés, desensibilización sistemática y terapia racional emotiva.

- La inoculación del estrés se ha mostrado eficaz para la disminución de la ansiedad, la frecuencia de las crisis y las visitas a urgencias.
- La desensibilización sistemática elimina la ansiedad vinculada a determinados estímulos, utilizando la relajación. Disminuye significativamente la ansiedad y los pacientes consiguen un mejor control para el logro de tareas.
- La terapia racional-emotiva trata de reducir la atención del paciente sobre la enfermedad, los niveles de ansiedad y el excesivo consumo de medicación. Vázquez y Buceta evidenciaron que la relajación era efectiva para disminuir la ansiedad, aunque no se modificaron los valores espirométricos. Los programas de educación en el comportamiento se han mostrado eficaces para disminuir la ansiedad de los pacientes asmáticos.

Los conocimientos sobre las causas de las crisis de asma, las medidas de evitación de desencadenantes y el aprendizaje sobre las mediciones (por ejemplo, flujo espiratorio máximo) hacen que el paciente asmático mejore su “autoeficacia” y se disminuye la ansiedad asociada a la enfermedad. Cuando la ansiedad desborda al paciente, se deben iniciar los programas de psicoterapia, considera dos de elección, en este caso, los programa de terapia conductual. (Vázquez MI B. J., 1996)

### **c) Teoría Sistemática.**

El modelo sistémico parte de la hipótesis de que la organización disfuncional de la familia facilita, junto a otros factores internos o externos al sistema, la aparición y persistencia del síntoma psicoso-mático en uno de sus miembros y que éste, a su vez, mediante un mecanismo circular y de *feed-back*, tiende a mantener la disfuncionalidad familiar para conservar el equilibrio patológico.

El objetivo del tratamiento es cambiar el papel que juega el niño como acaparador de la atención, desplazando las tensiones parentales hacia él. Superadas las crisis iniciales, el síntoma remite al no ser reforzado por los padres.

La terapia familiar debe complementarse a veces con la terapia individual al niño, aunque en otros casos bastaría con la terapia de pareja. Hay que modificar la dinámica familiar, pero en algunas situaciones hay que corregir la patología en el niño.

En la terapia familiar hay que desligar las tensiones de la pareja de la enfermedad del niño. Muchas veces la enfermedad cumple el papel de atraer la atención sobre sí y desviar el verdadero foco del conflicto.

La base terapéutica de la intervención es la toma de conciencia de la ligazón que existe entre el síntoma del niño y la problemática de los padres. Éstos deben asumir el conflicto propio que ha sido proyectado sobre su hijo.

## **2.6 RELACIONES MÉDICO – PACIENTES.**

Entendiendo que el manejo eficaz del asma en los niños requiere de una relación entre la persona con asma y los profesionales del cuidado médico y los padres o sus cuidadores; se pudo establecer que el Hospital ha podido establecer un sistema de auto-manejo dirigido, es decir han podido proporcionar a los pacientes con asma la capacidad de controlar su enfermedad con la ayuda de profesionales encargados del cuidado de la salud.

La relación se establece y se refuerza a medida de que el paciente y su médico tratante discuten y convienen las metas del tratamiento, un plan de auto-manejo escrito que incluye el auto-monitoreo, y revisen periódicamente el tratamiento y el grado de control del asma.

Existen algunas características esenciales de la relación médico-paciente para alcanzar un autocontrol dirigido del asma, estas son:

- Establecer juntos los objetivos o metas.
- Auto-monitoreo: la persona con asma es instruida a combinar la evaluación del control del asma con la interpretación apropiada de los síntomas principales.
- Revisión periódica del control del asma, del tratamiento y de las habilidades por un profesional de salud.
- Plan de acción escrito: la persona con asma es instruida sobre cuales medicamentos utilizar regularmente y cómo ajustar el tratamiento cuando el asma no está controlada.
- La autoevaluación y el autocontrol están integradas por guías escritas para el tratamiento a largo plazo y las exacerbaciones del asma.

## **2.7 CALIDAD DE VIDA DE LOS NIÑOS CON ASMA.**

La sociedad de hoy ha sido transformada por el impetuoso desarrollo de la ciencia y la tecnología, debe analizarse que desde que el niño comienza a establecer relaciones con su madre, con la familia, con su médico y hasta sin saberlo con la clase social a la que pertenecen sus padres; en estas relaciones conoce, se autoconoce, vive y se desarrolla; es así cómo lo biológico se relaciona con lo social y dicho problema sobre estas relaciones tiene una extraordinaria actualidad en estos momentos y constituye para la medicina un problema metodológico (Novoa 2000).

En los últimos años, se habla también del término calidad de vida y se define en particular como la forma en la que un sujeto percibe los efectos funcionales que le

impone una enfermedad que padezca o bien, las implicaciones familiares, sociales, psicológicas que tienen las enfermedades sobre distintos aspectos de su vida, además de los que requiere la enfermedad en sí como asistencia médica y autocuidado entre las principales. El término calidad de vida, para muchos sinónimos de confort (Vidal 2007), debe ser dominado por todos los trabajadores del sector de la salud y a la vez ellos deben proyectar lo que este término representa por lo que dicha categoría resulta un elemento de interés en lo social al abordar integralmente los problemas de salud.

Se ha identificado por la comunidad médica, que el asma bronquial es una enfermedad de la infancia que con elevada frecuencia necesita atención médica y a pesar de que los avances científicos han impactado positivamente facilitando nuevos fármacos muy eficaces y se han diseñado estrategias y buenas prácticas al respecto, aún no se ha conseguido un buen control de la morbilidad y las complicaciones, incluir las valoraciones del aspecto psicológico y social, subestimadas por muchos en el acápite calidad de vida del asmático, revolucionarían la evolución del tratamiento desde una perspectiva integradora, por lo que dicho término constituye una parte esencial en lo social que enriquecería las intervenciones clínicas lo cual resultó motivante para realizar la presente investigación que declara la afectación de la calidad de vida a referencia de un grupo de niños asmáticos y exponer la repercusión que tuvo este estudio para los estratos implicados en él.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1994, a través de un consenso internacional, intentó definir calidad de vida (CV) como la percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de los valores en que vive y reacción con sus objetivos, expectativas y valores e intereses, afirmando que la CV no es igual a estado de salud, estilo de vida, satisfacción con la vida, estado mental ni bienestar, sino que es un concepto multidimensional que debe tener en cuenta la percepción por parte del individuo de éste y otros conceptos de la vida<sup>1</sup>. El término calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), designa los juicios de valor que un paciente realiza acerca de las consecuencias de su enfermedad o su tratamiento. Se trata de un concepto

unipersonal, multideterminado (actitud frente a la vida, creencias, actividad laboral, etc), que no siempre coincide con las estimaciones realizadas por el médico.

La medición de CVRS en el paciente asmático, permite evaluar de forma amplia su enfermedad, tomando en cuenta su percepción, considerándola como una variable diferente, no habitual en las recomendaciones de control de asma sugeridas por la Iniciativa Global para el asma (GINA).

Elizabeth Juniper et al, en 1993 diseñaron una encuesta de CV para adultos que permite discriminar entre pacientes con buena o mala CV, recomendando su uso para estudios clínicos. Siguiendo con su línea de trabajo, en 1996 Juniper validó dos cuestionarios de CV en asma, uno para niños asmáticos entre 7 y 17 años y otro para padres de niños con asma, demostrando en ambos buena capacidad para evaluar diferencias en CV. Posteriormente, varios autores han aplicado estas encuestas en diferentes países y diversos idiomas, tanto para los niños asmáticos, como para sus cuidadores. En Ecuador, sólo existe una publicación acerca del tema en la que se comparó la CV de las madres de sibilantes recurrentes menores de tres años, mediante el PACQLQ.

El asma bronquial es una enfermedad frecuente en el ambiente pediátrico nacional. El estudio ISAAC en escolares ecuatorianos demostró prevalencias de asma bronquial de 9,7 a 16,5% en el grupo de 6 y 7 años y 7,3 a 12,4% para adolescentes entre 13 a 14 años.

## 2.9 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

**Diagnóstico** alude, en general, al análisis que se realiza para determinar cualquier situación y cuáles son las tendencias.

**Emociones.-** Son reacciones psicofisiológicas que representan modos de adaptación a ciertos estímulos del individuo cuando percibe un objeto, persona, lugar, suceso, o recuerdo importante.

**Evaluación.-** Valoración de conocimientos, actitud y rendimiento de una persona o de un servicio.

**Infecciones respiratorias agudas.-** son padecimientos infecciosos de las vías respiratorias con evolución menor a 15 días y en ocasiones se convierten en neumonía.

**Monitoreo .-** En medicina, es la observación de una enfermedad, afección o uno o varios parámetros médicos con el tiempo de monitoreo

**Prevención.-** preparar con antelación lo necesario para un fin, anticiparse a una **dificultad**, prever un daño, avisar a alguien de algo). El término suele utilizarse para nombrar a la persona que padece físicamente y que, por lo tanto, se encuentra bajo atención médica.

**Psicoanálisis.-** Es aquel modelo teórico descriptivo y explicativo de los mecanismos, procesos y fenómenos implicados en la vida anímica humana.

**Trastornos.-** Son un conjunto de perturbaciones o anormalidades que se dan en las dimensiones emocionales, afectivas, motivacionales y de relación social de los individuos.

**Tratamiento.-** Hace referencia a la forma o los medios que se utilizan para llegar a la esencia de algo, bien porque ésta no se conozca o porque se encuentra alterada por otros elementos.

## **2.10 HIPÓTESIS Y VARIABLES**

### **2.10.1 HIPÓTESIS**

Los **factores psicológicos** influyen en **el desencadenamiento de las crisis asmáticas de los niños** que acuden al Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez de la ciudad de Riobamba durante el período Agosto – Noviembre del 2012

### **2.10.2 VARIABLES**

**INDEPENDIENTE:** Factores Psicológicos

**DEPENDIENTE:** Asma infantil

## 2.9 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	CATEGORÍA	INDICADORES	TÉCNICAS HE INSTRUMENTOS
<p>VARIABLE DEPENDIENTE.</p> <p>Asma Infantil.</p>	<p>“Un trastorno inflamatorio crónico de las vías respiratorias acompañadas de inflamaciones crónicas son hiperactivas; cuando se exponen a diversos estímulos o factores desencadenantes se obstruyen, lo que reduce el flujo aéreo.” (GINA, 2002)</p>	<p>Enfermedades del sistema respiratorio</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asma Leve</li> <li>• Asma moderado.</li> <li>• Asma grave</li> </ul>	<p><b>TÉCNICAS</b></p> <p>Observación</p> <p><b>INSTRUMENTOS</b></p> <p>Registro del hospital</p>

VARIABLE	CONCEPTO	CATEGORÍA	INDICADORES	TÉCNICAS HE INSTRUMENTOS
<p>VARIABLE INDEPENDIENTE.</p> <p>Factores Psicológicos</p>	<p>Los Factores Psicológicos están relacionados estrechamente con las emociones que predispone a las personas a satisfacer sus necesidades desde las más básicas como las biológicas de seguridad, de estima y pertenencia y de Autorrealización.</p> <p>Nathalie Aldaz</p>	<p>Las emociones que predispone a las personas a satisfacer sus necesidades.</p>	<p>Ansiedad: miedo exagerado</p> <p>Depresión: dolor reprimido</p>	<p><b>TÉCNICAS</b></p> <p>Reactivos Psicológicos</p> <p><b>INSTRUMENTOS</b></p> <p>Escala de Ansiedad (SPENCE)</p> <p>Cuestionario de depresión (CDI)</p>

**CAPÍTULO III**  
**MARCO**  
**METODOLÓGICO**

### **3.1 MÉTODO.**

Los métodos utilizados en la presente investigación fueron:

**Método Científico.-** Ya que mediante este, se pudo encontrar respuestas a los problemas planteados, a través de la observación de distintos aspectos relacionados con los factores psicológicos que afectan a los niños, basados en investigaciones reales que nos permitan confirmar la hipótesis propuesta.

**Método Inductivo Deductivo.-** Que nos permitió ir de situaciones particulares a hechos generales para poder establecer conclusiones. El procedimiento que respaldó el método enunciado fue el *analítico-sintético*; el análisis y la síntesis nos permitieron sistematizar y analizar los datos obtenidos.

#### **3.1.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN**

El tipo de investigación es *Descriptiva*, ya que en la presente investigación se describe las características, los indicadores de los factores psicológicos

#### **3.1.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.**

Es una investigación *No Experimental* ya que no se manipulan las variables de investigación, además es una *Investigación de Campo*, pues los datos se obtuvieron del Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez, a través de encuestas dirigidas a los niños y personal del hospital.

#### **3.1.3 TIPO DE ESTUDIO.**

Es un estudio *transversal*, a razón que se desarrolló en un período de tiempo determinado.

## **3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA.**

### **3.2.1 POBLACIÓN.**

La presente investigación se realizó con 35 niños y niñas con problemas de asma que acuden con regularidad al Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez.

### **3.2.2 MUESTRA**

La muestra se realizó con toda la población.

## **3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.**

Las técnicas que se utilizaron en la investigación son:

### **TÈCNICAS:**

- **Encuesta:** este método de obtención de información es el que se empleó en esta investigación, las encuestas son dirigidas a los padres de los niños asmáticos y al personal del Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez.

### **INSTRUMENTOS:**

- **Cuestionario:** en esta investigación se realizó un cuestionario, para determinar si los factores psicológicos influyen a las crisis asmáticas.

Las técnicas que se utilizaron fueron:

- **Reactivos psicológicos:** son los que nos ayudan a corroborar si influyen los factores psicológicos en el asma por lo que escogimos dos reactivos como es un test de Depresión y una Escala de Ansiedad.

### **3.4 TÉCNICAS PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.**

Para el estudio y análisis del problema ¿De qué manera inciden, los factores psicológicos en los niños asmáticos del Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez de la ciudad de Riobamba período Agosto – Noviembre del 2012? se utilizaron Fuentes Primarias; es decir, que la información se tomó de fuentes directas constituidas por los niños con problemas de asma que acuden al Hospital, así como médicos y enfermeras del mismo.

Este trabajo se efectuó entre los meses de Agosto y Noviembre del 2012, utilizando como instrumentos básicos la ficha de observación y los cuestionarios de las encuestas.

El procedimiento que se siguió fue:

- Elaboración de la ficha de observación para recoger información sobre los problemas derivados del asma en los niños.
- Elaboración e impresión del cuestionario de la encuesta de acuerdo al cuadro de Operacionalización de variables, la misma que será aplicada a los Padres de familia de los niños con asma, a los médicos y enfermeras.
- Se convocó a una reunión de motivación a los padres de familia de los niños asmáticos.
- En la reunión de trabajo y motivación, se explicó y analizó cada uno de los ítems que contiene la encuesta para lograr que las personas que participen en la misma, se identifiquen y comprometan con el proceso. De igual manera se impartieron y clarificaron las instrucciones para llenar o seleccionar las alternativas con honestidad y veracidad.
- Se aplicaron las encuestas a los padres de Familia, médicos y enfermeras, según la muestra seleccionada.
- Se determinaron las formas de organización y los criterios de análisis de los resultados de investigación.

- Por último se confeccionaron cuadros, tablas estadísticas y gráficos que permitieron comprender e interpretar rápidamente el conjunto de datos y captar por observación simple los detalles y relaciones importantes, tanto en números como en frecuencias y porcentajes.

Para el análisis de los resultados, se tomaron en cuenta los elementos y variables de la investigación y evaluamos la forma en la que respondieron a las preguntas.

Para la interpretación de resultados relacionamos la información recopilada con el marco teórico desarrollado. Se estableció también una relación de los resultados con el planteamiento del problema, las variables, las interrogantes de la investigación y la hipótesis.

El proceso seguido para el análisis e interpretación de resultados fue el siguiente:

- Sintetizamos los resultados obtenidos.
- Relacionamos los resultados obtenidos con los problemas, interrogantes de la investigación y la hipótesis.
- Se estudiaron cada uno de los resultados obtenidos por separado y los relacionamos con el marco teórico.
- Se efectuó una síntesis general de los resultados obtenidos, a través de cuadros y gráficos estadísticos.

A continuación se presentan los resultados obtenidos en la investigación:

**CAPÍTULO IV**

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE**

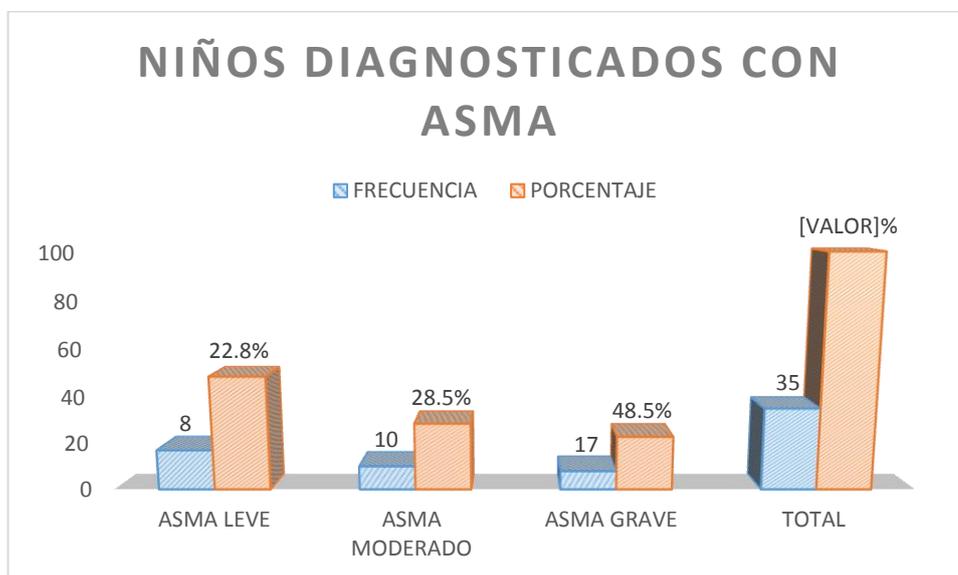
**RESULTADOS**

#### 4.1 ANÁLISIS DE LA FICHA DE REGISTRO DE LOS NIÑOS DIAGNOSTICADOS CON ASMA.

**Tabla N° 1:** Niños/as Diagnosticados con asma

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ASMA LEVE	8	22,8%
ASMA MODERADO	10	28,5%
ASMA GRAVE	17	48,5%
TOTAL	35	100%

**Grafico N° 2:** Niños/as Diagnosticados con asma



Fuente: Encuesta aplicada a los padres de los niños/as del Hospital Alfonso Villagómez”  
Elaboración: Nathalie Aldaz

## **ANÁLISIS**

Del cien por ciento de los niños y niñas Diagnosticados con Asma: el 48.5%, presenta Asma Grave ya que sufre de crisis asmáticas varias veces al día, muchas veces al mes, más de dos veces al día creando una limitación, el 28.5% presenta Asma Moderado con síntomas diarios, bastantes veces al mes, creando bastantes limitaciones y el 22.8% presenta un Asma Leve, con síntomas 2 veces por semana, 2 veces al mes, con algo de limitaciones.

## **INTERPRETACIÓN**

El porcentaje más alto encontrado es en el indicador de Asma Grave, por lo que los niños y niñas experimentan con frecuencia la enfermedad y esto desarrolla en ellos un aislamiento ya que llegan hacer hasta hospitalizados, tienen que dejar su ambiente escolar por lo que es necesario el apoyo de los padres para que ellos entiendan que si desarrollan un control de las crisis asmáticas tendrán una mejor calidad de vida.

El indicador que también tenemos que tomar en cuenta es el del Asma Leve, teniendo en cuenta que estos niños y niñas están conociendo a la enfermedad de todos modos hay que informar de todo el proceso de toda la una crisis asmática para ello es importante el apoyo de los padres ya que ellos van hacer los que refuercen y guíen en su cuidado para que tengan un desenvolvimiento normal en todas sus actividades diarias.

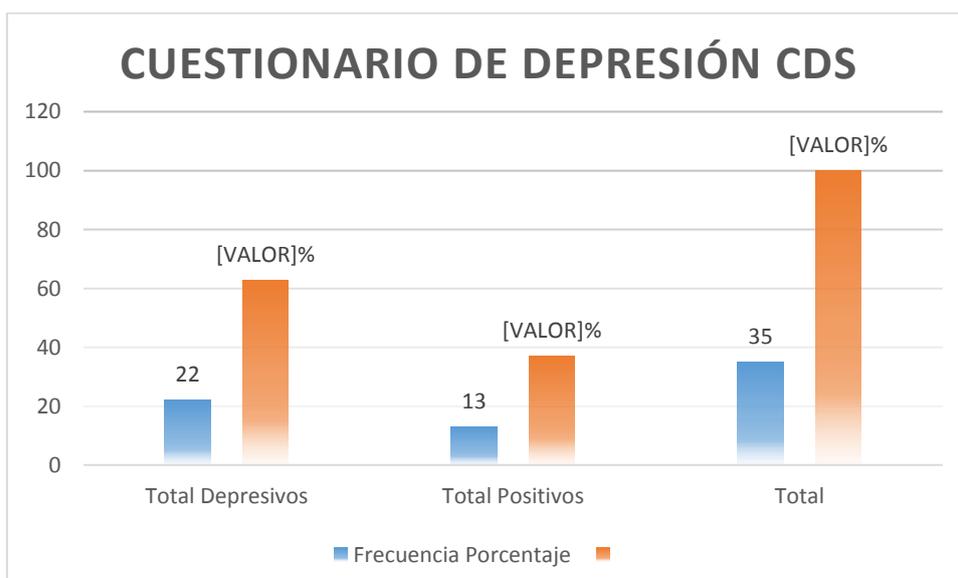
## CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN CDS

El CDS permite realizar una evaluación global y específica de la depresión en los niños, atendiendo a múltiples indicadores que permiten captar la heterogeneidad de las manifestaciones depresivas en niños y adolescentes.

**Tabla N° 2 Cuestionario de Depresión CDS**

Dimensiones Globales	Frecuencia	Porcentaje
Total Depresivos	22	63%
Total Positivos	13	37%
Total	35	100%

**Gráfico N° 3 Cuestionario de Depresión CDS**



Fuente: Encuesta aplicada a los padres de los niños/as del Hospital Alfonso Villagómez”  
Elaboración: Nathalie Aldaz

## **ANALISIS**

Del cien por ciento de los niños y niñas que desarrollaron el Cuestionario de Depresión, el 63% Total Depresivo, los mismo que tienen problemas afectivos problemas sociales y el 37% Total Positivo, experimentan alegría se sienten animosos y no sienten sentimientos de culpa.

## **INTERPRETACIÓN**

La interpretación de las puntuaciones del cuestionario de Depresión será de ayuda para tratar de apreciar mejor las manifestaciones concretas de la sintomatología que presenta los niños y niñas.

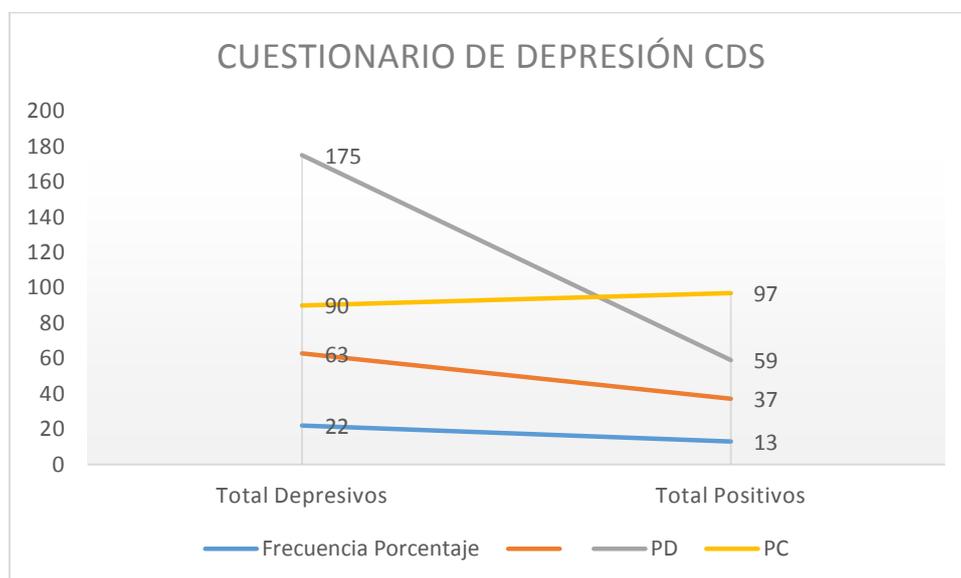
En el perfil de resultados se pueden apreciar claramente apuntamientos en varias de ellas. En concreto, destacan las altas puntuaciones obtenidas en Ánimo-alegría (AA) y Sentimientos de culpabilidad (SC), con percentiles 98 y 97, respectivamente, que se sitúan en el rango muy alto o alto en comparación con la muestra de tipificación. Estos valores sugieren que, entre los síntomas depresivos que muestra, los más acusados parecen ser la pérdida de sentimientos y emociones positivas, la falta de alegría y la presencia de dificultades para obtener placer en las cosas que hace o para divertirse con las cosas que le gustan. A su vez, también destaca la presencia de síntomas relacionados con la autopunición (escala SC), es decir, aquellos relacionados con la tendencia a culparse y castigarse por las cosas que suceden a su alrededor, la sensación de que merece ser castigado o de que no merece el afecto o el reconocimiento de los demás. También destacan las puntuaciones obtenidas en las escalas Respuesta afectiva, Problemas sociales y Positivos varios, con un percentil de 90, 85 y 90 respectivamente. Estos resultados sugieren la posible presencia de un estado de ánimo depresivo, con un mayor número de respuestas afectivas negativas y una ausencia de emociones positivas, y de cierta tendencia al aislamiento, a la soledad y de dificultades en la interacción social. Las puntuaciones en el resto de las escalas se sitúan en el rango medio o medio alto indicando que la sintomatología evaluada por ellas no está tan marcadamente presentes. En resumen, los resultados del CDS apuntan hacia la posible presencia de un estado de ánimo depresivo, marcado por sentimientos de culpa, afecto negativo, dificultades para experimentar disfrute y alegría y dificultades para relacionarse con los demás, con cierta tendencia al aislamiento y a la soledad. Estos aspectos deberían abordarse directamente durante la entrevista con el niño y con sus padres para tratar de delimitar con más detalle su alcance y su intensidad, y deberían contemplarse como objetivos terapéuticos prioritarios cuando se diseñe el plan de intervención al finalizar el proceso de evaluación.

**Tabla N° 3**

Dimensiones Globales	Frecuencia	PORCENTAJE	PD	PC
Total Depresivos	22	63	175	90
Total Positivos	13	37	59	97
Total	35	100	PD	PC

Fuente: Encuesta aplicada a los padres de los niños/as del Hospital Alfonso Villagómez”  
Elaboración: Nathalie Aldaz

**Grafico N° 4**



Fuente: Encuesta aplicada a los padres de los niños/as del Hospital Alfonso Villagómez”  
Elaboración: Nathalie Aldaz

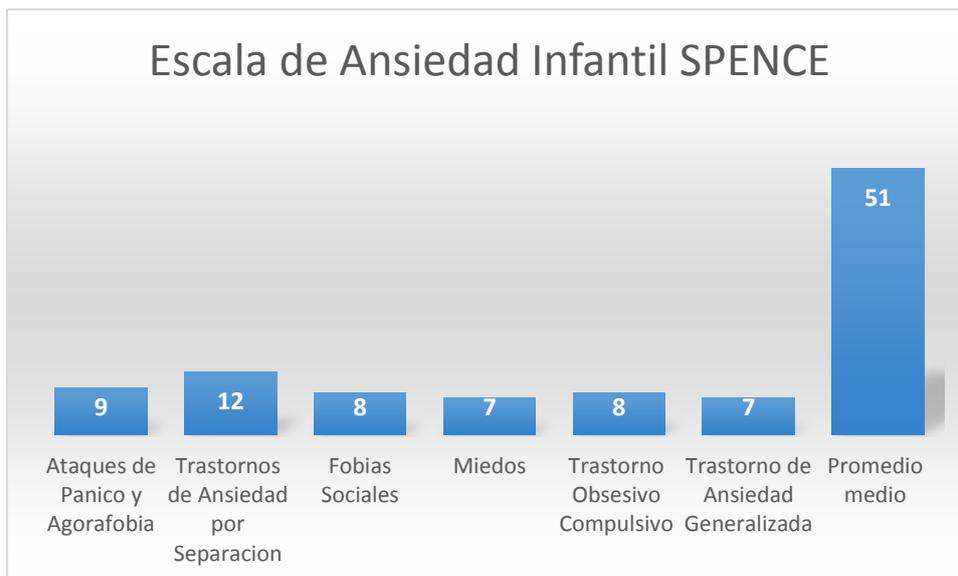
## ESCALA DE ANSIEDAD SPANCE

**Tabla N° 3 Escala de Ansiedad Infantil SPENCE**

Escala de Ansiedad Infantil SPENCE	
1	Ataques de Pánico y Agorafobia 9
2	Trastornos de Ansiedad por Separación 12
3	Fobias Sociales 8
4	Miedos 7
5	Trastorno Obsesivo Compulsivo 8
6	Trastorno de Ansiedad Generalizada 7
	<b>Promedio medio</b> 51

Fuente: Encuesta aplicada a los padres de los niños/as del Hospital Alfonso Villagómez”  
Elaboración: Nathalie Aldaz

**Gráfico N° 4**



Fuente: Encuesta aplicada a los padres de los niños/as del Hospital Alfonso Villagómez”  
Elaboración: Nathalie Aldaz

## **ANALISIS**

Del cien por ciento de los niños y niñas que desarrollaron la escala de ansiedad de Spence. Tiene un resultado generalizado de 51 dándonos un resultado promedio con un mayor realce los trastornos de ansiedad, por separación.

## **INTERPRETACIÓN**

La escala que sobresale la puntuación es la escala de trastornos de ansiedad por separación con un puntaje de 12 de promedio global lo que nos ayuda aseverar nuestra hipótesis de que la ansiedad es la que desencadena las crisis asmáticas, y la que le sigue es los ataques de pánico y agorafobia con un global de 9 dando nos a entender que el miedo es también unos de los factores psicológicos, la fobia social y los trastornos obsesivo compulsivo son los que tuvieron una puntuación global igual de 8 por lo que el niño se siente afectado por su entorno escolar pero no genera tanta ansiedad en él, y como último tenemos al miedo y al trastorno de ansiedad generalizada que tienen un calificación de un global de 7 la que nos muestra que el miedo es el último de los factores que puede afectar al niño/a a desencadenar una crisis asmática.

## COMPROBACIÓN DE LA HIPÓTESIS

### Hipótesis de Investigación

Hi: Los *factores psicológicos* de mayor influencia en el desencadenamiento de los *problemas relacionados con el asma de los niños* que acuden al Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez de la ciudad de Riobamba durante el período Agosto – Noviembre del 2012

### Hipótesis Nula

Ho: Los *factores psicológicos* NO son de mayor influencia en el desencadenamiento de los *problemas relacionados con el asma de los niños* que acuden al Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez de la ciudad de Riobamba durante el período Agosto – Noviembre del 2012

**CAPÍTULO V**

**CONCLUSIONES Y  
RECOMENDACIONES**

## 5.1 CONCLUSIONES

1. Existe una influencia significativa entre los factores psicológicos de los niños y las crisis de asma que sufren, ya no puede haber desencadenantes de alergias pero si hay emociones habrá crisis asmáticas.
2. Es mejor tener un conocimiento sobre la enfermedad que nos aqueja q solo tener suposiciones ya que teniendo un buen nivel de conocimientos sobre asma, además la relación tiene una relación directa que consiste en: entre mayor nivel de conocimientos sobre los factores psicológicos del asma de los cuidadores de los niños se presenta mayor Calidad de Vida de los niños con asma.
3. El asma es una patología compleja, común en pediatría, de interés para el clínico. En el Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez se pudo establecer que los factores psicológicos son de vital importancia para el curso de la enfermedad; psicósomáticas siendo el asma una de ellas y que la frecuencia con la que la depresión y la ansiedad aumentan las recaídas, de los niños que acuden al Hospital.
4. Los factores sociales de importancia en el conocimiento, son el nivel socioeconómico, la violencia, el tabaquismo pasivo. La familia es decisiva en el control de la enfermedad, ya que la disfunción de la misma promueve el mal apego al tratamiento, y aumenta el riesgo de sufrir crisis asmáticas.

## **5.2 RECOMENDACIONES**

1. Fomentar el desarrollo de los talleres psicoeducativos para que se cree una mayor habilidades para el automanejo de la condición asmática por parte de los padres de familia y personas que están al cuidado de los niños que acuden al Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez, de manera que se propicie un incremento en el control del asma y en la calidad de vida relacionada con la salud mental.
2. Es importante que el Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez mediante los resultados de esta investigación implemente estrategias dirigidas a fortalecer los conocimientos del Asma y las relaciones familiares ya que depende mucho del entorno donde se desarrolla el niño la calidad de vida que tenga y de esa forma disfrute plenamente de su infancia y adolescencia.

## **Bibliografía**

2007., A. d. (s.f.).

A, R. (2001). *Neumonología pediátrica*. bogota: MEDICA.

A.F., H. (2002). ENFERMEDADES RESPIRATORIAS. MEXICO: EL MANUAL MODERNO.

Alvarado. (2002). *Forns, Tauler*. Prat y Bosque, 2009.

Aragua., M. Z. (2000). *monografias*. Obtenido de <http://www.monografias.com/trabajos15/infecciones-respiratorias/infecciones-respiratorias.shtml>

Benedito MC, B. C. (1996). Influencia de tres tratamientos psicologicos . *AnPsicol*, 217-222.

BENEDITO MC, B. C. (1996). Influencia de tres tratamientos psicologicos sobre dimensiones de personalidad en niños asmaticos. *AnPsicol*, 12: 217-222.

Delgado, M. G. (2010). Obtenido de Monografias.com: [www.monografias.com](http://www.monografias.com)

Dra. Lorena Suárez Idueta, \*. D. (enero - abril de 2010). *alergias, asma e inmunología pediátricas*. Obtenido de medigraphic: <http://www.medigraphic.com/>

Dra. Marta Cárdenas, P. E. (1999). *asociacion psicoanalitica del uruguay*. Obtenido de Revista uruguaya de psicoanálisis (En línea) : <http://www.apuguay.org/apurevista/1990/1688724719998909.pdf>

Galil, N. (2000). *Depresión and asthma in children*. Current Opinion in Pediatrics.

GINA. (Diciembre de 2002). Obtenido de Guía para Médicos y Enfermeras: [http://www.astrazeneca.com.ve/public/GINA\\_espanol.pdf](http://www.astrazeneca.com.ve/public/GINA_espanol.pdf):  
[http://www.astrazeneca.com.ve/public/GINA\\_espanol.pdf](http://www.astrazeneca.com.ve/public/GINA_espanol.pdf)

HERNANDEZ, A. (2002). *Enfermedades respiratorias pediátricas*. México D.F.: El Manual Moderno.

HERNANDEZ, A. (2002). *Enfermedades respiratorias pediátricas*. México D.F.: El Manual Moderno.

Isabel Tovar Villamizar, Maribel García Lamoggia, Jesús Meza. (10 de junio de 2010). *Arhivos venezolanos*. Obtenido de scielo.org: <http://www.scielo.org.ec>

L, O. (1990). *La familia y el paciente psicossomático*. Barcelona: Paidos.

M., B. (1986). *Asma Bronquial*. Buenos Aires: Nueva Vision.

M., B. (1986). *Trastornos psicossomaticos en la niñez*. Buenos Aires: Nueva visión.

M., B. (1986). *Trastornos psicossomaticos en la niñez y adolescencia*. Buenos Aires: Nueva Vision.

- M., B. J. (2005). *Los buenos tratos a la infancia: Paternidad, apego y resiliencia*. Barcelona: Gedisa.
- MiguelGuaipacha, Á. V. (2013). *unach.edu.ec*. Obtenido de unach.edu.ec:  
<http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/94/1/UNACH-EC-MEDI-2013-0010.pdf.pdf>
- organizacion mundial de la salud* . (7 de Noviembre de 2013). (Nota descriptiva nº 307)  
 Obtenido de [www.who.int/features/factfiles/asthma/es/](http://www.who.int/features/factfiles/asthma/es/).
- PRENSA, C. D. (7 de Noviembre de 2013). *ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD*. Obtenido de ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD:  
[www.who.int/mediacentre/factsheets/fs307/es/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs307/es/)
- REYES. (2001). *Neumonología pediátrica*. BOGOTA: MEDICA.
- REYES. (2001). *Neumonología pediátrica*. bogota: medica.
- Rodríguez, J. C. (1998). *Universidad Complutense de Madrid*. Obtenido de Universidad Complutense de Madrid:  
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21050/1/TESIS.pdf>
- Rodríguez, J. C. (2007). Presencia de factores psicológicos en pacientes. En C. G. Garcí, *Presencia de factores psicológicos en pacientes*. Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo .
- Rodríguez, J. C. (Madrid, 1998). *Universidad Complutense de Madrid*. Obtenido de <http://biblioteca.ucm.es/tesis/19972000/S/4/S4014001.pdf>
- Salud, G. (s.f.). *Asma en los Niños, factores*. Obtenido de Geo Salud su sitio de salud en la web:  
<http://www.geosalud.com/asma%20pacientes/asma%20en%20los%20ninos.htm>
- Siguencia, D. H. (2014). Obtenido de Univerdidad de Cuenca :  
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/5551/1/TESIS.pdf>
- Szwec, G. ( 2001). Obtenido de La psicósomática del niño asmático Ed. promolibro, Valencia, 2001: <http://luisroca13.blogspot.com/2010/01/la-psicosomatica-desde-una-perspectiva.html>
- Szwec, G. (s.f.). *La psicósomática del niño asmático Ed. promolibro, Valencia, 2001*. Obtenido de Ed. promolibro, Valencia, 2001: <http://luisroca13.blogspot.com/2010/01/la-psicosomatica-desde-una-perspectiva.html>
- Szwec, G. (Valencia, 2001). *La psicósomática del niño asmático*. Obtenido de La psicósomática del niño asmático: <http://luisroca13.blogspot.com/2010/01/la-psicosomatica-desde-una-perspectiva.html>
- Vázquez MI, B. J. (1996). *Tratamiento Psicologico del asma bronquial*. Madrid: Pirámide.
- Vázquez MI, B. J. (1996). *Tratamiento Psicologico del asma bronquial* . Madrid: Pirámide.
- Verea, D. H. (s.f.). *especialista de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR)*.

Ninan y Russell, 2000; Sennhauser, Braun-Fahrländer y Wildhaber, 2005; Rydström, Dalheim-Englund, Segesten y Rasmussen, 2004; Schulz, Dye, Jolicoeur, Cafferty y Watson, 1994

Chen, Hanson, Paterson, Griffin, Walker y Millar, 2006; Guyatt, Juniper, Griffith, Feeny y Ferrie, 1997; Brazil y Krueger, 2005

# **ANEXOS**

## **ANEXO N° 1**

### **REGISTRO FOTOGRÁFICO**



**Desarrollando los talleres de Psicoeducación en el área de Emergencia**



Talleres de Psicoeducación en el área de Hospitalización

## ANEXO N° 2

CDS

### CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN PARA NIÑOS

M. LANG Y M. TISHER

1. Me siento alegre la mayor parte del tiempo.
2. Muchas veces me siento desgraciado en el colegio.
3. A menudo pienso que nadie se preocupa por mí.
4. A menudo creo que valgo poco.
5. Me despierto a menudo durante la noche.
6. Pienso muchas veces que dejo en mal lugar a mi madre / padre.
7. Creo que se sufre mucho en la vida.
8. Me siento orgulloso de la mayoría de las cosas que hago.
9. Siempre creo que el día siguiente será mejor.
10. A veces me gustaría estar ya muerto.
11. Me siento solo muchas veces.
12. Frecuentemente estoy descontento conmigo mismo.
13. Me siento más cansado que la mayoría de los niños que conozco.
14. A veces creo que mi madre / padre hace o dice cosas que me hacen pensar que he hecho algo terrible.
15. Me pongo triste cuando alguien se enfada conmigo.
16. Muchas veces mi madre / padre me hace sentir que las cosas que hago son muy buenas.
17. Siempre estoy deseando hacer muchas cosas cuando estoy en el colegio.
18. Estando en el colegio, muchas veces me dan ganas de llorar.
19. A menudo soy incapaz de mostrar lo desgraciado que me siento por dentro.

20. Odio la forma de aspecto o de mi comportamiento.
21. La mayoría del tiempo no tengo ganas de hacer nada.
22. A veces temo que lo que hago pueda molestar o enfadar a mi madre / padre.
23. Cuando me enfado mucho casi siempre termino llorando.
24. En mi familia todos nos divertimos mucho juntos.
25. Me divierto con las cosas que hago.
26. Frecuentemente me siento desgraciado / triste / desdichado.
27. Muchas veces me siento solo y como perdido en el colegio.
28. A menudo me odio a mí mismo.
29. Muchas veces me dan ganas de no levantarme por las mañanas.
30. Frecuentemente pienso que merezco ser castigado.
31. A menudo me siento desgraciado por causa de mis tareas escolares.
32. Cuando alguien se enfada conmigo, yo me enfado con él.
33. Casi siempre lo paso bien en el colegio.
34. A veces pienso que no vale la pena vivir esta vida.
35. La mayoría del tiempo creo que nadie me comprende.
36. A menudo me avergüenzo de mí mismo.
37. Muchas veces me siento muerto por dentro.
38. A veces estoy preocupado porque no amo a mi madre / padre como debiera.
39. A menudo la salud de mi madre me preocupa / inquieta.
40. Creo que mi madre / padre está muy orgulloso de mi.
41. Soy una persona muy feliz.
42. Cuando estoy fuera de casa me siento muy desdichado.
43. Nadie sabe lo desgraciado que me siento por dentro.

44. A veces me pregunto si en el fondo soy una persona muy mala.
45. Estando en el colegio me siento cansado casi todo el tiempo.
46. Creo que los demás me quieren aunque no lo merezco.
47. A veces sueño que tengo un accidente o me muero.
48. Pienso que no es nada malo enfadarse.
49. Creo que tengo buena presencia y soy atractivo.
50. Algunas veces no sé por qué me dan ganas de llorar.
51. A veces pienso que no soy de utilidad para nadie.
52. Cuando fallo en el colegio pienso que no valgo para nada.
53. A menudo me imagino que me hago heridas o que me muero.
54. A veces creo que hago cosas que ponen enfermo a mi madre / padre.
55. Muchas veces me siento mal porque no consigo hacer las cosas que quiero.
56. Duermo como un tronco y nunca me despierto durante la noche.
57. Me salen bien casi todas las cosas que intento hacer.
58. Creo que mi vida es desgraciada.
59. Cuando estoy fuera de casa me siento como vacío.
60. La mayor parte del tiempo creo que no soy tan bueno como quiero ser.
61. A veces me siento mal porque no amo y escucho a mi madre / padre como se merece.
62. Pienso a menudo que no voy a llegar a ninguna parte.
63. Tengo muchos amigos.
64. Utilizo mi tiempo haciendo con mi padre cosas muy interesantes.
65. Hay mucha gente que se preocupa bastante por mí.
66. A veces creo que dentro de mí hay dos personas que me empujan en distintas direcciones.

**CORRECTOR DE LA ESCALA DE ANSIEDAD INFANTIL DE SPENCE (8 A 17 AÑOS)**

NOMBRE:

EDAD:

DÍO: a mayor puntaje mayor ansiedad, la calificación es: Nunca-0, A veces-1, Muchas veces-2, siempre-3.

FACTORES:

**I.- Ataques de pánico y agorafobia**

N° pregt	13	21	28	30	32	34	36	37	39	total
Puntos										

**II.- trastorno de ansiedad por separación**

N° pregt	5	8	12	15	16	44	total
Puntos							

**III.- fobia social**

N° pregt	6	7	9	10	29	35	total
Puntos							

**IV.- miedos**

N° pregt	2	18	23	25	33	total
Puntos						

**V.- trastorno obsesivo-compulsivo**

N° pregt	14	19	27	40	41	42	total
Puntos							

**VI.- trastorno de ansiedad generalizada**

N° pregt	1	3	4	20	22	24	total

Total de LA ESCALA ptaje máx: 114, promedio: 57, ptaje min: 0.

**CORRECTOR DE LA ESCALA DE ANSIEDAD INFANTIL DE SPENCE (8 A 17 AÑOS)**

NOMBRE:

EDAD:

DÍO: a mayor puntaje mayor ansiedad, la calificación es: Nunca-0, A veces-1, Muchas veces-2, siempre-3.

FACTORES:

**I.- Ataques de pánico y agorafobia**

N° pregt	13	21	28	30	32	34	36	37	39	total
Puntos										

**II.- trastorno de ansiedad por separación**

N° pregt	5	8	12	15	16	44	total
Puntos							

**III.- fobia social**

N° pregt	6	7	9	10	29	35	total
Puntos							

**IV.- miedos**

N° pregt	2	18	23	25	33	total
Puntos						

**V.- trastorno obsesivo-compulsivo**

N° pregt	14	19	27	40	41	42	total
Puntos							

**VI.- trastorno de ansiedad generalizada**

N° pregt	1	3	4	20	22	24	total

Total de LA ESCALA ptaje máx: 114, promedio: 57, ptaje min: 0.