



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICO-BIOLÓGICAS

"DR IGNACIO CHAVEZ"

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 80

PRESENTA:

DRA YESICA PAULINA RODRÍGUEZ NÚÑEZ

MEDICO CIRUJANO Y PARTERO

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

**"ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN NIÑOS DE 8 A 16 AÑOS DE EDAD CON
DIAGNÓSTICO DE ASMA Y SU RELACIÓN CON EL NIVEL DE CONTROL Y EL
FUNCIONAMIENTO FAMILIAR"**

Director de tesis:

DR ALAIN R. RODRÍGUEZ OROZCO
Doctor en Ciencias

Tutora:

DRA OLIVA MEJÍA RODRÍGUEZ
Coordinadora Delegacional de Investigación en Salud

MORELIA, MICHOACÁN, MÉXICO FEBRERO DEL 2013



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud

Dictamen de Autorizado

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD 1602
H GRAL REGIONAL NUM 1, MICHOACÁN

FECHA **22/12/2011**

M.C. OLIVA MEJÍA RODRÍGUEZ

P R E S E N T E

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

ANSIEDAD Y DEPRESION EN NIÑOS DE 8 A 16 AÑOS DE EDAD CON DIAGNÓSTICO DE ASMA Y SU RELACIÓN CON EL NIVEL DE CONTROL Y EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

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

Núm. de Registro
R-2011-1602-19

ATENTAMENTE

DR.(A). MARIO ALBERTO MARTÍNEZ LEMUS
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud núm 1602



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

"ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN NIÑOS DE 8 A 16 AÑOS DE EDAD CON DIAGNÓSTICO DE ASMA Y SU RELACIÓN CON EL NIVEL DE CONTROL Y EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR"

TESIS QUE PRESENTA:

RODRÍGUEZ NÚÑEZ YESICA PAULINA

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

DRA. OLIVA MEJÍA RODRÍGUEZ

COORDINADORA DELEGACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

DR. LUIS ESTRADA SALAZAR

COORDINADOR DELEGACIONAL DE EDUCACIÓN MÉDICA

DR. RÚBEN RICARDO GARCÍA JÍMENEZ

DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 80

DRA. AIDA MENDIETA FERNANDÉZ

COORDINADORA CLÍNICA DE INVESTIGACIÓN EN SALUD UMF No. 80

DRA. PAULA CHACÓN VALLADARES

PROFESORA TITULAR DE LA RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO

“ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN NIÑOS DE 8 A 16 AÑOS DE EDAD CON
DIAGNÓSTICO DE ASMA Y SU RELACIÓN CON EL NIVEL DE CONTROL Y EL
FUNCIONAMIENTO FAMILIAR”

TESIS QUE PRESENTA:

RODRÍGUEZ NÚÑEZ YESICA PAULINA

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

DR VICTOR MANUEL FARIAS RODRÍGUEZ

JEFE DE LA DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS “DR IGNACIO CHAVEZ”
UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO

DR RAFAEL VILLA BARAJAS

COORDINADOR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS “DR IGNACIO CHAVEZ”
UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO

ESTE TRABAJO SE REALIZÓ EN UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 80 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DE MORELIA MICHOACÁN, UBICADA EN LA AVENIDA MADERO PONIENTE #1200, COL. CENTRO, C.P. 58000.

DIRECTOR DE TESIS:

Dr. Alain R. Rodríguez Orozco

Doctor en ciencias

Especialista en alergia e inmunología

Profesor e investigador de tiempo completo

Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas "Dr Ignacio Chávez"

TUTORA DE TESIS:

Dra. Oliva Mejía Rodríguez

Médico Especialista en Medicina Familiar

M.C. en Farmacología Clínica.

Coordinadora Delegacional de Investigación en salud

Profesora de asignatura "A" Facultad de Medicina

COASESOR ESTADÍSTICO:

Carlos Gómez Alonso

Físico-Matemático

CIBIMI-IMSS

ESTE TRABAJO SE PRESENTÓ EN FOROS ESPECIALIZADOS:

XIII JORNADAS DE MEDICINA FAMILIAR UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 80
IMSS. MORELIA, MICHOACÁN

AGRADECIMIENTOS:

A mi director de tesis Dr. Alain Rodríguez por su apoyo para la realización de este trabajo, por sus ideas y aportaciones así como ser un ejemplo de la pasión por la investigación y la educación.

A mi asesora de tesis Dra. Oliva Mejía por sus enseñanzas a lo largo de la residencia, por su apoyo, la disposición y el tiempo dedicado a la investigación.

A Carlos Gómez por su gran humildad y sencillez, por estar siempre dispuesto a compartir sus conocimientos de forma desinteresada, gracias por tu apoyo y por tu espíritu de servicio.

A Marisa Navarrete por su gran cariño y bondad, por ser un ejemplo de vida para todos, por dar siempre lo mejor sin esperar nada a cambio, gracias por acompañarnos en este trayecto de nuestras vidas.

A la Dra. Aida por sus enseñanzas y por ser ejemplo del amor por la medicina familiar y la superación constante, por aceptar los retos que la vida pone en su camino, alcanzando siempre las metas propuestas.

A cada uno de mis profesores, a todos aquellos de quien he aprendido algo y siguen formando generaciones de especialistas de forma desinteresada, gracias por todo lo que me llevo de ustedes.

DEDICATORIA:

A MIS PADRES:

Ma. Guadalupe Núñez y Reynaldo Rodríguez, por estar siempre a mi lado y apoyarme a cada momento, gracias porque sin ustedes este logro no sería posible, gracias por acompañarme a lo largo de toda mi vida por creer y confiar en mí porque mis logros son suyos, agradezco a ustedes todo lo que soy y todo lo que tengo, me han demostrado el valor de la familia y del apoyo incondicional. Los quiero con toda el alma.

A MIS HERMANOS:

Luis que te puedo decir hermanito, eres un ejemplo de perseverancia, me has demostrado que es posible alcanzar los sueños y metas que se proponen si se trabaja de forma constante. Eres mi ejemplo de nobleza y amor por los demás, gracias por tu apoyo.

Gaby gracias por estar a mi lado cada día, por tus sacrificios para ayudarme y preocuparte siempre por mi bienestar, tú me has enseñado a nunca dejar de soñar y a trabajar por hacer esos sueños realidad.

A ti José Emmanuel Martínez por estar a lo largo de estos años a mi lado, por ser mi compañero de vida, por apoyarme desde siempre, por compartir los sueños, ilusiones y metas, por hacerme sonreír en los momentos adversos, por no dejarme caer. Gracias por entenderme y compartir tu vida a mi lado, porque mis logros también son tuyos, eres y siempre serás mi persona favorita. TE AMO.

A MIS AMIGOS:

Charis, Jair, Marysol, Paloma y Yezam, gracias por estar conmigo y compartir este tiempo juntos, por haberse convertido en mi familia, gracias por cada consejo y por ser mis cómplices en esta etapa llamada residencia. Los tendré siempre presentes.

ÍNDICE

CONTENIDO	PÁGINAS
I. RESUMEN	2
II. ABSTRACT	3
III. ABREVIATURAS	4
IV. GLOSARIO	6
V. RELACIÓN DE FIGURAS Y TABLAS	9
VI. INTRODUCCIÓN	10
VII. ANTECEDENTES	13
VIII. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	23
IX. JUSTIFICACIÓN	24
X. HIPÓTESIS	26
XI. MATERIAL Y MÉTODOS	28
XII. ANÁLISIS DE RESULTADOS	38
XIII. DISCUSIÓN	51
XIV. CONCLUSIONES	54
XV. RECOMENDACIONES	55
XVI. BIBLIOGRAFÍA	56
XVII. RELACIÓN DE ANEXOS	58
TOTAL DE PÁGINAS	73

I.- RESUMEN

"ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN NIÑOS DE 8 A 16 AÑOS DE EDAD CON DIAGNÓSTICO DE ASMA Y SU RELACIÓN CON EL NIVEL DE CONTROL Y EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR"

El asma bronquial es una enfermedad inflamatoria crónica de las vías aéreas caracterizada por infiltración de la mucosa por células inmunes e inflamatorias, cuya prevalencia está aumentando en todo el mundo. De los trastornos emocionales que más frecuentemente se asocian a enfermedades crónicas se encuentran la depresión y los trastornos de ansiedad. Factores de estrés psicosocial como las disfunciones familiares contribuyen a la morbilidad del asma.

Objetivo: Estudiar la relación entre ansiedad en niños con asma y depresión con el nivel de control del asma y funcionamiento familiar.

Material y métodos: se realizó un estudio observacional, descriptivo prospectivo, transversal en la UMF 80 de la ciudad de Morelia, en 43 pacientes de 8 a 16 años de edad los cuáles respondieron el ACT, IDAREN y CDI. Se midió la percepción del funcionamiento familiar por las madres con FF-SIL.

Se utilizó Chi cuadrada y ANOVA para establecer las asociaciones entre variables, la información se procesó con el paquete estadístico SPSS.V18 para Windows.

Resultados: Se encontró depresión en el 86.1% del total, siendo más frecuente en niños (60.5%) que en niñas (39.5%). Existe una relación significativamente estadística entre estado de ansiedad con género y funcionamiento familiar, sin encontrar significancia con el nivel de control.

Palabras clave: asma, niños, ansiedad, depresión, funcionamiento familiar

II. ABSTRACT

"Anxiety and depression in children 8 to 16 years of age diagnosed with asthma and its relationship with level control and family functioning"

Bronchial asthma is a chronic inflammatory disease of the airways characterized by infiltration of the mucosa by immune and inflammatory cells, whose prevalence is increasing worldwide. Of all emotional disorders most frequently associated with chronic illnesses are depression and anxiety disorders. Psychosocial stressors such as family dysfunction contribute to asthma morbidity.

Objective: To study the relationship between anxiety in children with asthma and depression to the level of asthma control and family functioning.

Material and Methods: An observational, descriptive prospective at UMF 80 in Morelia, in 43 patients 8-16 years of age who answered the ACT, IDAREN and CDI. We measured the perception of family functioning by mothers with FF-SIL.

We used chi-square and ANOVA to establish associations between variables, information was processed using the statistical package for Windows SPSS.V18.

Results: Depression was found in 86.1 % of the total, being more frequent in boys (60.5%) than girls (39.5%). There is an statistically significant relationship between state anxiety with gender and family functioning, finding significance with the control level.

Keywords: asthma, children, anxiety, depression, family functioning

III. ABREVIATURAS

ACT: Asthma Control Test.

ANOVA: Análisis de Varianza

CDI: Child Depression Inventory

CDS: Child Depression Scale

FEV1: Volumen de Espiración Forzada

FF-SIL: Test de funcionamiento familiar

GINA: Global Initiative for Asthma

IDAREN: Inventario De Autoevaluación Rasgo Estado en Niños

IgE: Inmunoglobulina E

IL-1 β : Interleucina Beta-1

IL-2: Interleucina 2

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social

INF- ϕ : Interferón gamma

ISAAC: International Study of Asthma and Allergy in Childhood

LTB4: Leucotrieno B4

LTC4: Leucotrieno C4

LTD4: Leucotrieno D4

LTE4: Leucotrieno E4

NK: Natural Killer

STAIC: State-Trait Inventory for Children

T CD8: Cytolytic T Lymphocyte 8

TNF- α : Factor de Necrosis Tumoral alfa

UMF: Unidad de Medicina Familiar

IV. GLOSARIO

Alergia: Enfermedad debida a una reacción exagerada del sistema inmunológico (hipersensibilidad) frente a determinadas sustancias que son inocuas para la mayoría de las personas. En una reacción alérgica el sistema inmunológico responde ante una sustancia inofensiva como si fuera una sustancia dañina y produce anticuerpos, con el fin de neutralizarla y proteger al organismo ante futuras exposiciones.

Asma: Es una alteración inflamatoria crónica de la vía aérea en la que participan muchas células y elementos celulares que desempeñan un rol. La inflamación crónica está asociada con una hiperactividad de la vía aérea que lleva a episodios recurrentes de sibilancias, dificultad para respiración, tiraje intercostal, y tos, particularmente en la noche o muy temprano por la mañana (GINA).

Autacoide: Del griego autós (por sí mismo) y ákos (remedio o agente medicinal) Es una variedad de sustancias que poseen una estructura química diversa y ejercen unas propiedades farmacológicas diferentes.

Enfermedad: Cualquier estado donde haya un deterioro de la salud del organismo humano, es una amenaza para la salud identificada desde la ciencia o desde el punto de vista ético, causado por un virus, bacteria, hongo, parásito u otro agente patógeno.

Disnea: Falta de aire o dificultad para respirar

Exacerbación: Es el aumento transitorio de la gravedad de un síntoma o de una enfermedad.

Familia: Los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción o matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos, a los que se destinen los datos y, por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial (OMS).

Funcionamiento Familiar: Aquellas actividades que de forma cotidiana realizan los miembros del grupo familiar, las relaciones sociales que establecen en dichas actividades intrafamiliares y extrafamiliares y los efectos producidos por ambas.

Inflamación: Es una reacción compleja en el tejido conjuntivo vascularizado de carácter protector cuyo objetivo final es librar al organismo de la causa inicial de la lesión celular (microorganismos patógenos-toxinas) y de las consecuencias (células/restos necróticos).

Inmunología: Es el estudio del sistema inmunológico del organismo. Inicialmente una rama de la medicina que estudiaba la defensa o resistencia frente a las infecciones, pero su campo de estudio se ha ampliado en el curso de las últimas cuatro décadas y ahora cubre todos los fenómenos y mecanismos que discriminan entre lo propio, es decir, los mecanismos, moléculas, células y tejidos del cuerpo y todo lo que pertenece a ellos, y lo ajeno; todo lo que procede de fuera del cuerpo, lo que le es extraño.

Metabólito: Es cualquier sustancia producida durante el metabolismo (digestión u otros procesos químicos corporales).

Reversibilidad: Aplicado a las mejoras del valor FEV1 (o FEP), el cuál es medido en los minutos después de la inhalación de un broncodilatador de rápida acción.

Sibilancia: También llamado estertor silbante, es el sonido que hace el aire al pasar por las vías respiratorias congestionadas; se trata de un sonido agudo y silbante. El sonido se detecta mejor durante la exhalación, si bien puede igualmente escucharse en la inhalación.

Somatizar: Convertir un estado psíquico en una enfermedad en una afección orgánica.

Variabilidad: Se refiere a la mejora o deterioro en los síntomas y la función pulmonar, la cual ocurre a través del tiempo. La variabilidad puede experimentarse durante el curso de un día (la cual se llama variabilidad diurna), día a día, de un mes a otro o anualmente con cambios de temporada. Obtener el historial de la variabilidad es un componente especial del diagnóstico del asma.

V.- RELACIÓN DE FIGURAS Y TABLAS

		PÁGINAS
FIGURA 1	Distribución por grupo de edad	38
FIGURA 2	Distribución por género	39
FIGURA 3	Distribución total de acuerdo al nivel de depresión	44
FIGURA 4	Distribución de funcionamiento familiar de acuerdo al cuestionario FF-SIL	45
TABLA I	Asociación entre grado de control de asma y rasgo de ansiedad.	40
TABLA II	Asociación entre grado de control de asma y estado de ansiedad.	41
TABLA III	Asociación entre ansiedad estado del niño con asma y su género.	42
TABLA IV	Asociación entre grado de control de asma y depresión.	43
TABLA V	Relación entre el nivel de depresión y la percepción de funcionamiento familiar.	46
TABLA VI	Relación entre el nivel de depresión y los dominios de la prueba de funcionamiento familiar.	47
TABLA VII	Relación entre el nivel de ansiedad-rasgo y la percepción de la función familiar.	48
TABLA VIII	Relación entre el nivel de ansiedad-estado y la percepción de la función familiar.	49
TABLA IX	Relación entre los grados de control de asma y la percepción de la función familiar.	50

VI. INTRODUCCIÓN

El asma es un trastorno inflamatorio crónico de las vías aéreas inferiores en el que intervienen varios tipos de células, que en individuos genéticamente predispuestos genera un aumento de la obstrucción de las vías aéreas a estímulos físicos, químicos y farmacológicos.

Se caracteriza por la presencia de episodios recurrentes de sibilancias, tos y disnea secundaria a obstrucción bronquial difusa, de intensidad variable, que revierte en forma espontánea total o parcialmente, o por la acción de drogas broncodilatadoras.

El diagnóstico de asma es puntualizado por los síntomas como sibilancias, tos, tiraje intercostal, y episodios de dificultad respiratoria, las mediciones de función pulmonar (espirometría o flujo espiratorio máximo) proporcionan una evaluación de la severidad de limitación de flujo aéreo, es reversible y variable, proporciona confirmación del diagnóstico de asma.

La familia es la base de bienestar de los niños en la medida en que garantice el crecimiento, el desarrollo normal y el equilibrio emocional que facilite su enfrentamiento a los hechos de la vida.

La evaluación familiar es un paso importante cuando se atiende el bienestar de los niños la influencia de la familia en el proceso salud-enfermedad es de vital importancia, ya que el grupo puede funcionar como fuente de salud o enfermedad, o viceversa, y el paciente puede llegar a comprometer la salud emocional de los individuos que componen la familia.

Bajo este enfoque sistemático, en la familia se encuentran las características que intervienen en el desarrollo de la enfermedad psicósomática y es protagonista de los síntomas que el paciente presenta.

La mayoría de las familias con trastornos psicossomáticos encierran un problema de pareja muy serio, tienden a ser parejas con dificultades desde el mismo momento de su constitución y el niño enfermo juega un papel muy importante en los patrones de evitación de conflicto de la familia, dicha función es una fuente importante de reforzamiento para sus síntomas.

Por otra parte, si hay alguien que presenta problemas, está triste, decaído o preocupado, por lo general no pide ayuda y no expresa libremente sus opiniones, situación que se relaciona con las deficiencias de comunicación. Entre los miembros de la familia consideran que sólo uno de ellos tiene disposición para escuchar, y que sólo algunos de los miembros se divierten y son alegres; las habilidades y aptitudes por lo general estimulan sólo a alguno de los padres, y en la solución de problemas graves solo interviene uno de ellos.

La ansiedad considerada como un mecanismo adaptativo natural que nos permite ponernos alerta ante sucesos comprometidos, ya que en un cierto grado de ansiedad proporciona un componente adecuado de precaución en situaciones especialmente peligrosas, por lo que nos ayuda a mantenernos concentrados y afrontar los retos que tenemos por delante, es una señal de alerta que advierte del peligro inminente y permite a una persona a tomar medidas contra la amenaza.

La ansiedad-estado es definida como "una condición o estado emocional transitorio del organismo humano, caracterizada por sentimientos de tensión y de aprehensión subjetivos conscientemente percibidos y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo".

El nivel de un estado de ansiedad debería ser alto en circunstancias que sean percibidas por el individuo como amenazantes y bajo en situaciones no amenazantes, o en circunstancias en que aun existiendo peligro, éste no es percibido como amenazante.

La ansiedad-rasgo "se refiere a las diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes, con elevaciones en la intensidad de la ansiedad-estado".

El rasgo de ansiedad se refiere a la tendencia del individuo a reaccionar de forma ansiosa. Hace referencia a la disposición del individuo para percibir situaciones como peligrosas o amenazantes y a la tendencia a responder ante estas situaciones con ansiedad. Las personas más ansiosas tienen un marcado rasgo de ansiedad, por lo que tienden a percibir un gran número de situaciones como peligrosas o amenazantes, y a responder a estas situaciones amenazantes con estados de ansiedad de gran intensidad.

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 depresión infantil es un desorden caracterizado por una alteración en el estado de ánimo, acompañada de cambios en el comportamiento a nivel escolar, familiar y social. Ha sido asociada a diversos factores precipitantes como los genéticos y psicosociales.

En el presente estudio se realizó una correlación entre el grado de control del asma y el grado de ansiedad tanto rasgo como estado. Se asoció además el nivel de depresión tanto con el grado de control como con la percepción del funcionamiento familiar debido a que se ha encontrado una relación importante entre las emociones y el desencadenamiento de las crisis asmáticas.

VII. ANTECEDENTES

El asma bronquial es una enfermedad inflamatoria crónica de las vías aéreas, caracterizada por la infiltración de la mucosa por células inmunes e inflamatorias, cuya prevalencia está aumentando en todo el mundo.

Se desconocen algunos aspectos sobre la naturaleza etiológica y se han planteado distintas propuestas de clasificación, datos recientes sugieren que la exposición a alérgenos de determinados individuos genéticamente susceptibles, conduce a su sensibilización.

Tradicionalmente el asma era clasificada según Rackerman (1982) en asma extrínseca (o asma alérgica). Posteriormente, Scandding dentro del asma alérgica distingue el asma atópica, caracterizada por presencia de IgE, y asma no atópica en la que no se presentan niveles elevados de IgE¹.

El asma se produce por el desarrollo de hiperreactividad bronquial frente a diferentes estímulos en individuos susceptibles^{1,2}. Dentro de los mediadores inflamatorios implicados en el asma se incluyen metabolitos del ácido araquidónico entre los que destacan los leucotrienos LTB₄, LTC₄, LTD₄ y LTE₄.

Existen factores que condicionan el desarrollo del asma, unos actúan como determinantes primarios aumentando la incidencia del asma, son los factores genéticos ligados a los cromosomas 5,11 y 12, la presencia de atopia en un individuo y la raza. Otros intervienen como determinantes secundarios como la humedad, higiene en el entorno, los factores socioeconómicos, infecciones virales, el consumo de tabaco o los alérgenos domésticos².

Los mecanismos que relacionan el asma y el estrés (definido como una alteración del equilibrio orgánico por estímulos adversos internos y externos, físicos, mentales o emocionales) son en realidad poco conocidos, e incluyen cambios neuroendocrinos e inmunológicos complejos, con liberación de distintas hormonas y autacoides.

Los factores emocionales, pueden provocar hiperventilación. En el asma inducida por ejercicio, la hiperventilación provoca un enfriamiento y sequedad relativa de las vías aéreas, con cambios secundarios en la osmolaridad de la mucosa que podrían inducir degranulación local de mastocitos y liberación de mediadores como histamina y triptasas, así como generación ulterior de autoacoides lípidos y citoquinas proinflamatorias.

El estrés psicológico se asocia además con alteraciones del sistema inmune que están bien reconocidas, tales como la disminución de la mitogénesis de células T y un incremento de células T CD8 y células NK, una alteración en la producción de citocinas IL-1 β , IL-2, INF- ϕ y TNF- α y un incremento en el riesgo de infecciones respiratorias, fundamentalmente virales³.

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.⁴

La remodelación de las vías respiratorias incluye cambios estructurales tales como: hiperplasia epitelial con incremento del número de células caliciformes productoras de moco, fibrosis subepitelial, hiperplasia del músculo liso, incremento del número y tamaño de las glándulas mucosas, angiogénesis bronquial y, en conjunto engrosamiento de la pared de la vía respiratoria.⁵

EPIDEMIOLOGÍA

El Estudio Internacional de Asma y Alergia en la Infancia (ISAAC), es un proyecto mundial de investigación sobre la prevalencia y factores de riesgo asociados a asma y enfermedades alérgicas en la infancia.

En Perú, en el año de 1995, el estudio fase I de ISAAC, basado en un cuestionario escrito, en niños de un colegio de Lima, se encontró una prevalencia de sibilancias en los últimos doce meses del 26%. En 1996, en colegios del distrito de Santiago de Surco en Lima, encontró que la prevalencia de asma era de 15,4% y 15,3% de escolares de los 6 a 7 años y de 13 a 14 años respectivamente.⁶ Se evaluó la prevalencia del asma a nivel mundial en los grupos de niños entre los 6-7 años y los 13-14 años. En escolares chilenos 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.⁷ Entre los resultados oficiales del estudio ISAAC, fases I y II en América Latina, se reportó una prevalencia media para asma de 17%. La prevalencia de sibilancias sugerentes de asma encontrada en edades pediátricas en nuestro estudio es en las grandes ciudades mexicanas de Guadalajara (12%), y Veracruz 13%.⁸

DIAGNÓSTICO

En pediatría el diagnóstico del asma bronquial es esencialmente clínico y se basa en dos aspectos: episodios reiterados de obstrucción bronquial y reversibilidad del cuadro en forma espontánea o por la administración de broncodilatadores.

El diagnóstico de asma se debe considerar en todo niño con episodios recurrentes (3 ó más) de sibilancias o disnea que responden a drogas broncodilatadoras independientemente de su edad.

Un pequeño porcentaje de niños con asma presenta, como único síntoma, tos seca, persistente o recurrente, de predominio nocturno⁹.

CLASIFICACIÓN DE GRAVEDAD DEL ASMA GINA 2008

CLASIFICACIÓN	FRECUENCIA DE LOS SINTOMAS	FUNCION PULMONAR
Asma intermitente	<ul style="list-style-type: none"> • Síntomas < 1 vez por semana • Exacerbaciones breves • Síntomas nocturnos no más de 2 veces por mes 	<ul style="list-style-type: none"> • Variabilidad del FEV1 ó PEF < 20% • FEV1 ó PEF > 80% del predicho
Asma leve persistente	<ul style="list-style-type: none"> • Síntomas > 1 vez por semana pero < 1 vez al día • Las exacerbaciones pueden afectar la actividad y el sueño • Síntomas nocturnos > 2 veces al mes 	<ul style="list-style-type: none"> • FEV1 ó PEF > 80% del predicho • Variabilidad del FEV1 ó PEF 20-30%.
Asma moderada persistente	<ul style="list-style-type: none"> • Síntomas diariamente • Las exacerbaciones pueden afectar la actividad y el sueño • Síntomas nocturnos > 1 vez a la semana • Uso diario de β2-agonista inhalado, de acción rápida 	<ul style="list-style-type: none"> • FEV1 ó PEF 60 - 80% del predicho • Variabilidad del FEV1 ó PEF > 30%
Asma grave	<ul style="list-style-type: none"> • Síntomas diariamente • Exacerbaciones frecuentes • Síntomas nocturnos frecuentes • Limitación de actividades físicas 	<ul style="list-style-type: none"> • FEV1 ó PEF ≤ 60% Persistente • Variabilidad FEV1 ó PEF >30%

ANSIEDAD EN NIÑOS

La ansiedad es una reacción emocional implicada en los procesos de adaptación ante eventos adversos o peligros reales o imaginarios, que prepara al organismo para reaccionar ante esa situación de peligro o amenaza dirigida contra su cuerpo o modo de vida¹⁰.

El problema psicopatológico más importante del mundo actual son los trastornos de ansiedad, por lo tanto, el estudio de la ansiedad constituye unos de los problemas más importantes para las ciencias médicas y psicológicas en los últimos años. Dentro de los trastornos emocionales que más frecuentemente se asocian a las enfermedades médicas se encuentran los trastornos de ansiedad; caracterizados por síntomas físicos y psicológicos que dificultan o agravan la patología médica.¹¹

Se ha construido una gran variedad de instrumentos para su diagnóstico, pero fue Charles D. Spielberger quien destacó la necesidad de distinguir entre la ansiedad como un rasgo de personalidad relativamente estable (ansiedad-rasgo) y como un estado emocional transitorio (ansiedad-estado).

En 1973 Spielberger y sus colaboradores diseñaron el State-Trait Inventory for Children (STAIC) para evaluar la ansiedad en niños estadounidenses de escuelas elementales, cuya versión al español (IDAREN) fue traducida y adaptada por el psicólogo J.J. Bauermeister y sus colaboradores.

IDAREN es un inventario autodescriptivo se aplica en las edades de 7 a 16 años esta subdividido en dos partes. La primera pretende medir la ansiedad como *estado* (escala de estado), con veinte proposiciones y tres posibles respuestas: "nada", "algo" y "mucho", valoradas con 1, 2 y 3, respectivamente; en las instrucciones se requiere que los sujetos indiquen cómo se sienten en ese momento, "ahora mismo". En la segunda parte se pretende medir la ansiedad como *rasgo* (escala de rasgo); también tiene veinte proposiciones con tres posibles respuestas: "casi nunca", "a veces" y "a

menudo”, valoradas desde 1 hasta 3; sin embargo, las instrucciones indican aquí que los sujetos describan como se sienten “generalmente”.¹²

La calificación del cuestionario se realiza por una parte ansiedad-rasgo con la suma de ítems por puntuación directa con los siguientes niveles de ansiedad-rasgo:

- Bajo: por debajo de 29 puntos
- Medio: Entre 29 y 41 puntos
- Alto: por encima de 41 puntos

Para la calificación de ansiedad-estado:

Ítems (+): 2, 3, 5, 7, 12, 14, 15, 17, 19, 20 (X)

Ítems (-): 1, 4, 6, 8, 9, 10, 11, 13, 16, 18 (Y)

Fórmula: $(X - Y) + 40 = \text{Puntuación}$

Niveles de ansiedad-estado

- Bajo: Por debajo de 24 puntos
- Medio: Entre 24 y 38 puntos
- Alto: Por encima de 38 puntos¹².

Dentro de los factores evaluados se hacen referencia para ansiedad-estado el temor y tranquilidad, los factores que hacen referencia para ansiedad-rasgo son preocupación, evitación, somatización, ira y tristeza, teniendo un total de 6 factores¹³.

La ansiedad-estado es definida como “una condición o estado emocional transitorio del organismo humano, caracterizada por sentimientos de tensión y de aprehensión subjetivos conscientemente percibidos y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo”.

La ansiedad rasgo “se refiere a las diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes, con elevaciones en la intensidad de la ansiedad-estado”¹⁴.

DEPRESIÓN EN NIÑOS

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 terapéutico¹⁵.

El test de depresión: CDI

En la evaluación de la depresión infantil son fundamentalmente dos los instrumentos de mayor uso: el Child Depression Inventory CDI (Kovacs y Beck, 1977) y el Child Depression Scale CDS (Tisher y Lang, 1974). En la actualidad el cuestionario más utilizado es el modificado de M. Kovacs CDI de 1992.

El CDI es el instrumento más utilizado y mejor aceptado para la depresión infantil, ha mostrado un comportamiento muy sólido desde el punto de vista psicométrico. Se aplica y esta validada en la población infantil de 7 a 17 años, evalúa la presencia y severidad del trastorno depresivo. Es un cuestionario auto administrado que consta de 27 ítems cada uno de ellos desglosado en tres opciones de respuesta, evaluando la sintomatología depresiva.

Las opciones de respuesta para cada ítem son:

0=Ausencia de sintomatología

1=Sintomatología leve

2=Sintomatología grave

El total del puntaje va de 0 a 54 puntos. Las respuestas de los ítems 1,3, 4, 6, 9, 12, 14, 17, 19, 20, 22, 23, 26, y 27 puntúan 0, 1 y 2; mientras que las restantes puntúan 2, 1 y 0.

De acuerdo al puntaje obtenido:

-Menor de 7 se considera niño sin depresión

-7 a 12 depresión ligera

-13-17 depresión moderada

-Igual o mayor a 18 puntos depresión grave

La prueba de control del asma (ACT- Asthma Control Test) es una determinación validada del control del asma que el paciente responde directamente y se compone de 5 preguntas que evalúan, las limitaciones de la actividad, la disnea, los síntomas nocturnos, el uso de medicación de rescate y la calificación general del paciente respecto al control del asma en el transcurso de 4 semanas previas.

Las preguntas se califican de 1 (peor) a 5 (mejor) y el puntaje de ACT es la suma de las respuestas, lo cual arroja un puntaje máximo de 25.

Para evaluar el control de asma existe un test para niños de 4 a 11 años de edad y uno para mayores de 12 años, ambos se evalúan con los mismos puntos.

De acuerdo al puntaje obtenido:

>25 = "Control total"

20-24= "Bien controlada"

16-19= "Asma con algún grado de control"

<15= "Asma pobremente controlada"¹⁶

El FF-SIL es un instrumento construido por Master en Psicología de Salud útil para medir cuanti-cualitativamente el funcionamiento familiar integrado por 14 reactivos que miden las áreas de cohesión (reactivos 1 y 8), armonía (reactivos 2 y 13), comunicación (reactivos 5 y 11), afectividad (reactivos 4 y 14), permeabilidad (reactivos 7 y 12) roles (reactivos 3 y 9) y adaptabilidad (Reactivos 6 y 10).¹⁷

Cohesión: Unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas.

Armonía: Correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.

Comunicación: Los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias de forma clara y directa.

Permeabilidad: Capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones.

Afectividad: Capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.

Roles: Cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.

Adaptabilidad: Habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiere.

El FF-SIL se califica con los siguientes criterios:

57-70 puntos Funcional

43-56 puntos Moderadamente Funcional

28-42 puntos Disfuncional

14-26 puntos Severamente Disfuncional¹⁷

VIII. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La incidencia del asma se ha visto incrementada de forma importante en nuestro medio para Michoacán se estima en 2008 una incidencia en el grupo de edad de 5 a 14 años de 254.52 por 100,000 habitantes, mientras que para 2012 se tienen 277.12 por 100,000 habitantes¹⁸, al igual que un aumento en la presentación de crisis asmáticas, por lo que es necesario que el médico familiar conozca de forma detallada como realizar un diagnóstico correcto al igual que otorgar a cada uno de los pacientes el tratamiento adecuado.

Es importante además el conocer cuáles son los factores que lo llevan a la presentación de crisis o recaídas, y de la falta de control de la enfermedad, afectando no solo al paciente sino también al funcionamiento familiar.

La importancia del asma como problema de salud radica no sólo en que afecta a muchas personas y por su índice de mortalidad, sino por el impacto socioeconómico en todas las edades¹⁹.

Por otra parte no existe un estudio en nuestra población en el cuál se haya estudiado la relación que existe entre la ansiedad y depresión en los niños y el nivel de control del asma así como la relación con la percepción del funcionamiento familiar por lo que surge la pregunta de investigación.

¿Existe alguna relación entre el nivel de ansiedad y depresión en los niños con diagnóstico de asma y el nivel de control del asma?

IX JUSTIFICACIÓN

La presente investigación es conveniente realizarla ya que en nuestra unidad no se ha caracterizado hasta el momento la ansiedad y depresión en los niños en relación con el nivel del control del asma.

Por medio de este estudio es posible el detectar a aquellos niños en los cuáles el descontrol del asma esté relacionado con la presencia de ansiedad y depresión, así como poder evaluar cuál es la repercusión o impacto que se tiene sobre el funcionamiento familiar.

Se podrá de esta forma ofrecer a la sociedad de nuestro medio la información sobre todos aquellos factores que influyen sobre el control del asma, y al detectar estos factores poder ofrecer un tratamiento de forma más integral y multidisciplinario.

Con los resultados obtenidos se podrá además ofrecer a nuestros pacientes el apoyo necesario para mejorar el control del asma y en consecuencia el funcionamiento familiar en caso de que el mal control del asma haya impactado de forma negativa. Se verán beneficiados los propios pacientes así como las familias de los mismos. Se beneficiará además a la unidad ya que contará con información relevante de su población sobre este rubro de la cual no se tiene antecedente.

El impacto del proyecto radica en que es posible incidir en aquellos pacientes en los que el descontrol se asocie a depresión y ansiedad sobre estos rubros, logrando de esta forma que se llegue a un buen control y por tanto mejorar su funcionamiento familiar.

Ayudará a resolver las interrogantes tanto de los padres como de los pacientes acerca de si el control del asma depende de otros factores fuera del solo apego al tratamiento, y que al considerarlos y mejorar esos aspectos nos llevarán a un mejor control del asma.

Es trascendental para el médico el que consideremos los factores emocionales que se relacionan con el descontrol del asma y además esta situación nos altere el funcionamiento familiar.

Se aportará a esta unidad la información de su población en cuanto a la presencia de ansiedad y depresión en niños relacionado a su descontrol, tema del cuál no se han realizado estudios de investigación y que es importante considerar.

Además dichos resultados pueden llegar a generalizarse con grupos de las mismas características en otras unidades. Conociendo el comportamiento de las variables empleadas y la relación entre ellas. Siendo posible aplicar los instrumentos de medición con el apoyo de los padres de familia y con la participación de los pacientes.

De acuerdo a los resultados, con la información obtenida podrá difundirse la importancia que tiene el considerar el entorno psicosocial de nuestro paciente como factor para control del asma y a su vez hacer recomendaciones necesarias para el equipo de salud en nuestra unidad.

X. HIPÓTESIS

La ansiedad y depresión en los niños con asma influyen sobre su nivel de control.

OBJETIVOS

GENERAL:

Encontrar la relación entre ansiedad y depresión en niños de 8 a 16 años con asma y el nivel de control.

ESPECÍFICOS:

- ▶ Determinar la relación que existe entre la ansiedad en niños de 8 a 16 años con asma y el nivel de control.

- ▶ Determinar la relación que existe entre depresión en niños de 8 a 16 años con asma y el nivel de control.

- ▶ Conocer la percepción del funcionamiento familiar mediante la aplicación del cuestionario FF-SIL.

- ▶ Conocer el grado de depresión en niños con diagnóstico de asma mediante la encuesta CDI.

- ▶ Conocer el rasgo de ansiedad en los niños con asma mediante el Inventario de autoevaluación rasgo-estado para niños y adolescentes (IDAREN).

XI MATERIALES Y METODOS:

TIPO DE ESTUDIO:

Se trata de un estudio observacional, de tipo descriptivo, retrospectivo y transversal.

UNIVERSO DE ESTUDIO:

Población derechohabiente pediátrica del IMSS, adscrita a las UMF 80 de la ciudad de Morelia, Michoacán con diagnóstico de asma.

Según la estadística de SIMO, dicho universo está compuesto por 2075 niños de 8 a 16 años con diagnóstico de asma.

TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Se obtuvo con la fórmula para calcular el tamaño de la muestra para población finita:

$$n = \frac{N}{1 + (e)^2 (N)}$$

Donde:

n: el tamaño de la muestra a obtener

N: Población finita o número de casos

e: Error de estimación que está en condiciones de aceptar= 15%

n=43.51

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Edad de los 8 a 16 años
- Ambos géneros
- Diagnosticados con asma
- Derechohabientes del IMSS adscritos a la UMF 80 en la ciudad de Morelia

CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN:

- Sin diagnóstico confirmado de asma
- Alguna otra patología cardiopulmonar

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

- Sin consentimiento informado
- Que no se presenten con un padre o tutor
- Entrega de cuestionarios incompletos

VARIBALE INDEPENDIENTE:

-Control del asma

VARIABLE DEPENDIENTE:

-Depresión en niños

-Ansiedad en niños

-Funcionamiento familiar

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

-Edad

-Género

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES:

Variable	Tipo	Definición operacional	Clasificación	Escala de Medición	Análisis/ Control
Control de Asma	Independiente	Ninguna limitación para las actividades. Ausencia de síntomas.	Ordinal	ACT	25 asma controlada 24-20 bien controlada 19-16 con algún grado de control 15-5 pobremente controlada
Ansiedad	Dependiente	Reacción emocional implicada en los procesos de adaptación ante eventos adversos o peligros reales o imaginarios	Ordinal	IDAREN	RASGO: -Bajo: <29 puntos -Medio: Entre 29 y 41 puntos -Alto: >41 puntos ESTADO: -Bajo: <24 puntos -Medio: Entre 24 y 38 puntos -Alto: >38 puntos
Depresión	Dependiente	Puede definirse como una situación afectiva de tristeza mayor en intensidad y duración.	Ordinal	CDI	Menor de 7 se considera niño sin depresión -7 a 12 depresión ligera -13-17 depresión moderada -Igual o mayor a 18 puntos depresión grave
Función Familiar	Dependiente	Percepción de un buen ambiente familiar interpersonal	Ordinal	FF-SIL Cohesión 1,8 Armonía 2,13 Comunicación 5,11 Afectividad 4,14 Permeabilidad 7,12 Adaptabilidad 6,10	57-70 puntos Funcional 43-56 puntos Moderadamente Funcional 27-42 puntos Disfuncional 14-26 puntos Severamente Disfuncional ¹⁷
Edad	Sociodemográfica	Tiempo vivido en años	Ordinal	Historia Clínica	8 a 16 años
Género	Sociodemográfica		Cualitativa	Historia Clínica	Masculino Femenino

SELECCIÓN DE MUESTRA:

Se obtuvo la muestra de sujetos por muestreo no probabilístico por conveniencia.

DESCRIPCIÓN OPERATIVA DEL ESTUDIO.

Se tomaron en cuenta para participar en dicho estudio 43 pacientes entre los 8 y 16 años de edad, que acudieron a la consulta de alergología, neumología y pediatría con diagnóstico de asma, haciendo del conocimiento de los padres, tutor o cuidador del menor que acudió a acompañarlo, sobre el estudio de investigación a realizar, previa autorización por el comité de investigación en salud, explicándole en qué consistía y solicitándole datos generales de la hoja de recolección : nombre, edad, número de afiliación, tiempo del diagnóstico, nombre del padre o tutor, domicilio y número telefónico para posteriormente reunirse en la Unidad de Medicina Familiar #80, para la realización de los cuestionarios correspondientes, se aplicaron el TEST DE CONTROL DE ASMA (ACT Nathan et al 2004) para mayores de 12 años de edad (Anexo I), ACT para edades de 4 a 11 años (Anexo II), IDAREN para medición del grado de ansiedad rasgo y estado en niños (Anexo III) , y el inventario de depresión infantil (CDI) Anexo IV, mismos que son de autoaplicación que se contestaron con la supervisión y la asesoría del investigador consistente en aclarar las dudas que existieran con el planteamiento de las preguntas o en las instrucciones de cada cuestionario. Se eligieron estas edades porque los cuestionarios IDAREN y CDI han sido validados para ese rango de edades. Excluyendo los niños que entreguen cuestionarios incompletos.

Los resultados se dividieron por grupo de edad el primero de 8 a 11 años de edad, y el segundo de 12 a 16 años de edad, esto en base al cuestionario de ACT diseñado para cada grupo de edad.

El cuestionario FF-SIL (Anexo V) se aplicó para estimar estructura de la familia y la percepción del funcionamiento familiar el cuál se aplicó al padre o tutor.

La prueba de control del asma (ACT- Asthma Control Test) el paciente la responde directamente y se compone de 5 preguntas que evalúan las limitaciones de la actividad, la disnea, los síntomas nocturnos, el uso de medicación de rescate y la calificación general del paciente respecto al control del asma en el transcurso de 4 semanas previas.

Se califica cada pregunta de 1 (peor) a 5 (mejor) y el puntaje de ACT es la suma de las respuestas, lo cual arroja un puntaje máximo de 25.

Para evaluar el control de asma existen un test para niños de 4 a 11 años de edad y uno para mayores de 12 años, ambos se evalúan con los mismos puntos:

>25 = "Control total"

20-24= "Bien controlada"

16-19= "Asma con algún grado de control"

<15= "Asma pobremente controlada"

IDAREN es un inventario autodescriptivo se aplica en las edades de 7 a 16 años esta subdividido en dos partes. La primera pretende medir la ansiedad como *estado* (escala de estado), con veinte proposiciones y tres posibles respuestas: "nada", "algo" y "mucho", valoradas con 1, 2 y 3, respectivamente; en las instrucciones se requiere que los sujetos indiquen cómo se sienten en ese momento, "ahora mismo". En la segunda parte se pretende medir la ansiedad como *rasgo* (escala de rasgo); también tiene veinte proposiciones con tres posibles respuestas: "casi nunca", "a veces" y "a

menudo”, valoradas desde 1 hasta 3; sin embargo, las instrucciones indican aquí que los sujetos describan como se sienten “generalmente”.

La calificación del cuestionario se realiza por una parte ansiedad-rasgo con la suma de ítems por puntuación directa con los siguientes niveles de ansiedad-rasgo:

-Bajo: por debajo de 29 puntos

-Medio: Entre 29 y 41 puntos

-Alto: por encima de 41 puntos

Para la calificación de ansiedad-estado:

Ítems (+): 2, 3, 5, 7, 12, 14, 15, 17, 19, 20 (X)

Ítems (-): 1, 4, 6, 8, 9, 10, 11, 13, 16, 18 (Y)

Fórmula: $(X - Y) + 40 = \text{Puntuación}$

Niveles de ansiedad-estado

-Bajo: Por debajo de 24 puntos

-Medio: Entre 24 y 38 puntos

-Alto: Por encima de 38 puntos

El CDI es el instrumento más utilizado y mejor aceptado para la depresión infantil, ha mostrado un comportamiento muy sólido desde el punto de vista psicométrico. Se aplica y esta validada en la población infantil de 7 a 17 años, evalúa la presencia y severidad del trastorno depresivo. Es un cuestionario auto administrado que consta de 27 ítems cada uno de ellos desglosado en tres opciones de respuesta, evaluando la sintomatología depresiva.

Las opciones de respuesta para cada ítem son:

0=Ausencia de sintomatología

1=Sintomatología leve

2=Sintomatología grave

El total del puntaje va de 0 a 54 puntos. Las respuestas de los ítems 1,3, 4, 6, 9, 12, 14, 17, 19, 20, 22, 23, 26, y 27 puntúan 0, 1 y 2; mientras que las restantes puntúan 2, 1 y 0.

De acuerdo al puntaje obtenido:

-Menor de 7 se considera niño sin depresión

-7 a 12 depresión ligera

-13 a 17 depresión moderada

-Igual o mayor a 18 puntos depresión grave

Además de dichos cuestionarios se realizó historia clínica de cada uno de los niños previa firma de consentimiento informado.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los cuestionarios de estudio se validaron en su consistencia interna con alfa de Conbrach y se reconfirmó por el método de mitades de Gutman obteniéndose los siguientes valores para el cuestionario FF-SIL con un alfa de Conbrach de 0.735, IDAREN de 0.688, CDI de 0.853, ACT de 0.754, y ACT para menores de 11 años de 0.832. Se usó X^2 para establecer la existencia de asociaciones entre percepción de funcionamiento familiar, con ansiedad-rasgo, ansiedad-estado y depresión, se aceptó un nivel de significación de $p < 0.05$.

Las diferencias en las medias de las variables continuas con más de 2 categorías fueron analizadas con análisis de varianza (ANOVA). Se utilizó para la correlación de del nivel de depresión, ansiedad rasgo-estado con los diferentes dominios de la escala FF-SIL de funcionamiento familiar.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El protocolo cumple con la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos en Materia de Investigación para la salud y con la Declaración de Helsinky de 1975, así como los códigos y normas internacionales vigentes para las buenas práctica en la investigación clínica, el protocolo fue aprobado por los comités de ética e investigación.

Se realizó el estudio de acuerdo al Reglamento de la Ley General en Salud en materia de investigación, donde se estipula en su Capítulo I. Artículo 13.- En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Artículo 17.- Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que es sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este estudio y apegados a este reglamento, la investigación se clasifica en la siguiente categoría:

Categoría II. Investigación con riesgo mínimo: ya que se trata de un estudio descriptivo, observacional y transversal, con cuestionarios autoaplicables.

Capítulo III Artículo 34 al 39 que toda investigación en menores de 16 años se requiere del consentimiento informado de quienes ejercen la patria potestad o la representación

legal del menor y en caso de que la ejerzan 2 personas solo será admisible el consentimiento de una de ellas si se demuestra la imposibilidad fehaciente o manifiesta de la otra. Además de que la intervención del procedimiento tiene altas probabilidades de obtener conocimientos generalizables sobre la condición o enfermedad del menor, que son de gran importancia para comprender el trastorno o para lograr su mejoría en otros sujetos.

De acuerdo a la Declaración de Helsinki se protege ante todo la vida, la salud, la dignidad, la integridad y el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación.

XII. ANALISIS DE RESULTADOS

Se incluyeron un total de 43 pacientes mismos que se dividieron en 2 grupos de edad encontrando de los 8 a los 11 años un 53.5% con una media de 9.43 ± 1.23 , y de los 12 a los 16 años un 46.5% con una media de 12.40 ± 1.81 . (Figura 1.)

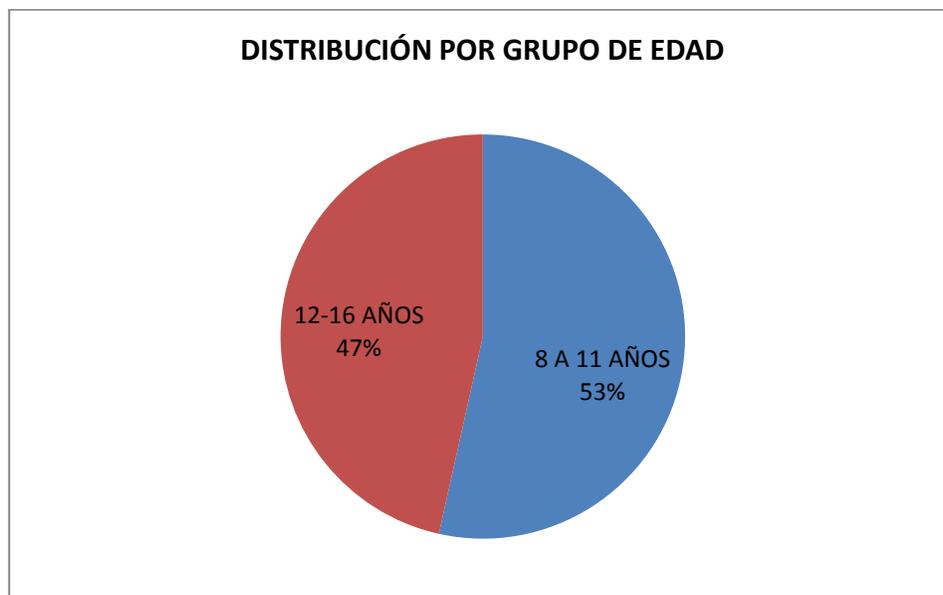


FIGURA 1. DISTRIBUCIÓN POR GRUPO DE EDAD

En la figura 2 se representa la distribución del total de los cuáles el 60.5 % (26) correspondieron al sexo masculino y el 39.5% (17) al sexo femenino.

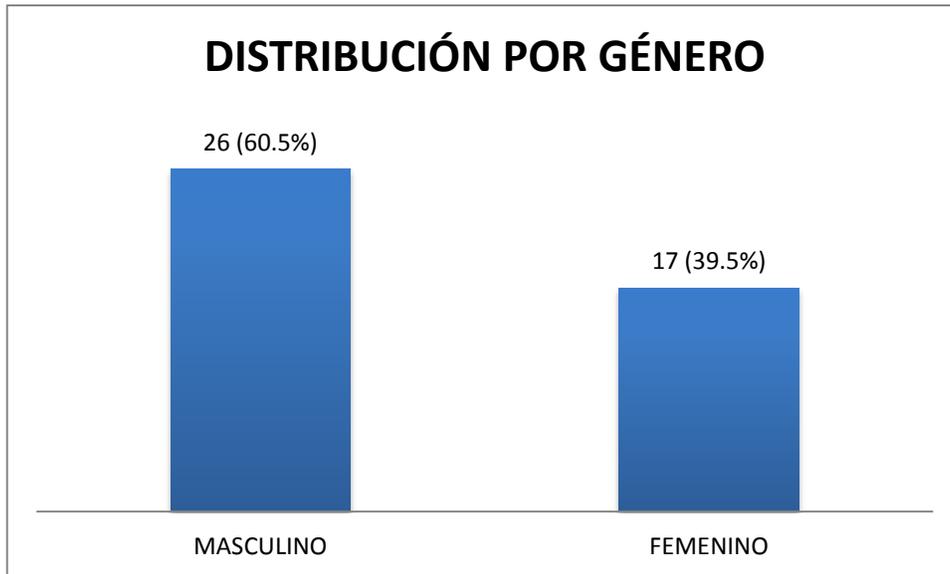


FIGURA 2. DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO

Como se muestra en la Tabla I. No se encontró relación entre el grado de control de asma y rasgo de ansiedad, se muestran los valores por grupos de edad para el primer grupo con $X^2 = 2.218; p = 0.696$, y para el segundo grupo de $X^2 = 3.590; p = 0.732$. Los 3 pacientes con asma pobremente controlada se encontraron en el grupo de edad de 12 a 16 años, con rasgo de ansiedad medio, sin embargo el 44.2% de los pacientes con asma bien controlada también presentan rasgo de ansiedad en nivel medio.

TABLA I. ASOCIACIÓN ENTRE GRADO DE CONTROL DE ASMA Y RASGO DE ANSIEDAD

NIVEL CONTROL DEL ASMA						
VARIABLE	CONTROL TOTAL	BIEN CONTROLADA	ALGÚN GRADO DE CONTROL	POBREMENTE CONTROLADA	X^2	Sig
ANSIEDAD RASGO	n= 5 (%)	n= 27 (%)	n=8 (%)	n= 3 (%)		
8 A 11 AÑOS DE EDAD					2.218	0.696
ALTO	0	2(4.6)	0	0		
MEDIO	4 (9.3)	11 (25.6)	5(11.6)	0		
BAJO	0	1 (2.3)	0	0		
12 A 16 AÑOS DE EDAD					3.590	0.732
ALTO	0	2(4.6)	0	0		
MEDIO	1(2.3)	8(18.6)	3(7.0)	3(7.0)		
BAJO	0	3(7.0)	0	0		
TOTAL	5 (11.6)	27 (62.7)	8 (18.6)	3 (7.0)		

* Cifra estadísticamente significativa ($P < 0.05$)

En la tabla II se muestra la asociación entre el grado de control del asma y ansiedad estado donde se encuentra una asociación estadísticamente significativa ($X^2=14.098$; $p=0.003$) al compararlos de forma general. Al realizar la asociación por grupos de edades encontramos en el grupo de 8 a 11 años ($X^2=4.107$; $p=0.128$), mientras que para el grupo de 12 a 16 años se encuentra ($X^2=1.55$; $p=0.669$), sin mostrar significancia estadística. El total de los paciente con control total presentan un estado de ansiedad medio, de los 3 pacientes con pobre control de asma, 2 presentaron un estado de ansiedad alto, no se reportó ningún paciente con estado de control bajo.

TABLA II. ASOCIACIÓN ENTRE GRADO DE CONTROL DE ASMA Y ESTADO DE ANSIEDAD

NIVEL CONTROL DEL ASMA						
VARIABLE	CONTROL TOTAL	BIEN CONTROLADA	ALGÚN GRADO DE CONTROL	POBREMENTE CONTROLADA	X^2	Sig
ANSIEDAD ESTADO	n= 5 (%)	n= 27 (%)	n=8 (%)	n= 3 (%)		
8 A 11 AÑOS DE EDAD					4.107	0.128
ALTO	0	5 (11.6)	0	0		
MEDIO	4 (9.3)	9 (20.9)	5 (11.6)	0		
BAJO	0	0	0	0		
12 A 16 AÑOS DE EDAD					1.55	0.669
ALTO	0	6 (14)	1(2.3)	2 (4.6)		
MEDIO	1(2.3)	7(16.3))	2(4.6)	1(2.3)		
BAJO	0	0	0	0		
TOTAL	5 (11.6)	27 (62.8)	8 (18.6)	3 (7.0)		

* Cifra estadísticamente significativa ($P<0.05$)

En la Tabla III se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el género del niño y ansiedad estado ($\chi^2 = 6.486$; $p = 0.011$). Encontramos que en el género femenino un 88.8% presentan una ansiedad estado en nivel medio.

TABLA III. ASOCIACIÓN ENTRE ANSIEDAD ESTADO DEL NIÑO CON ASMA Y SU GÉNERO

VARIABLE	Alto n = 14 (%)	Medio n = 29 (%)	Bajo n = 0 (%)	χ^2	Sig
Género				6.486	.011*
Masculino	12(27.9)	13 (30.2)			
Femenino	2(4.6)	16(37.2)			
Total	14 (32.6)	29(67.4)			

* Cifra estadísticamente significativa ($P < 0.05$)

En la tabla IV se muestra que no se reporta significancia entre el grado de control de asma del niño y su nivel de depresión, en el primer grupo de edad se encontró ($X^2=7.00;p=0.321$), mientras que para el segundo grupo encontramos ($X^2=16.49;p=0.057$). El total de pacientes con pobre control presentan depresión grave y los encontramos en el grupo de edad de los 12 a 16 años. La depresión grave en el primer grupo de edad se encontró distribuida entre los pacientes con control total, bien controlado y algún grado de control, mientras que en el segundo grupo predominó en los pacientes con un buen control. El total de pacientes con pobre control presentaron depresión grave.

TABLA No. IV ASOCIACIÓN ENTRE GRADO DE CONTROL DE ASMA Y DEPRESIÓN

NIVEL CONTROL DEL ASMA						
VARIABLE	CONTROL	BIEN	ALGÚN GRADO	POBREMENTE	X^2	Sig
DEPRESIÓN	TOTAL	CONTROLADA	DE CONTROL	CONTROLADA		
	n= 5	n= 27	n=8	n= 3		
	(%)	(%)	(%)	(%)		
8 A 11 AÑOS DE EDAD					7.00	0.321
SIN	1 (2.3)	1 (2.3)	0	0		
DEPRESIÓN						
DEPRESIÓN	2 (4.6)	6 (14)	1 (2.3)	0		
LIGERA						
DEPRESIÓN	0	3(7.0)	0	0		
MODERADA						
DEPRESIÓN	1 (2.3)	4 (9.3)	4 (9.3)	0		
GRAVE						
12 A 16 AÑOS DE EDAD					16.49	0.057
SIN	1 (2.3)	3 (7.0)	0	0		
DEPRESIÓN						
DEPRESIÓN	0	3 (7.0)	3 (7.0)	0		
LIGERA						
DEPRESIÓN	0	2 (4.6)	0	0		
MODERADA						
DEPRESIÓN	0	5 (11.6)	0	3 (7.0)		
GRAVE						
TOTAL	5 (11.6)	27 (62.8)	8 (18.6)	3 (7.0)		

* Cifra estadísticamente significativa ($P<0.05$)

En la figura 3 se muestran los totales de la muestra de acuerdo a los niveles de depresión, en el que se muestra que el 86% del total de los niños presentan algún nivel de depresión. Encontrando un 34.9 % para depresión ligera, 16.3% en depresión moderada y un 34.9% para depresión grave.

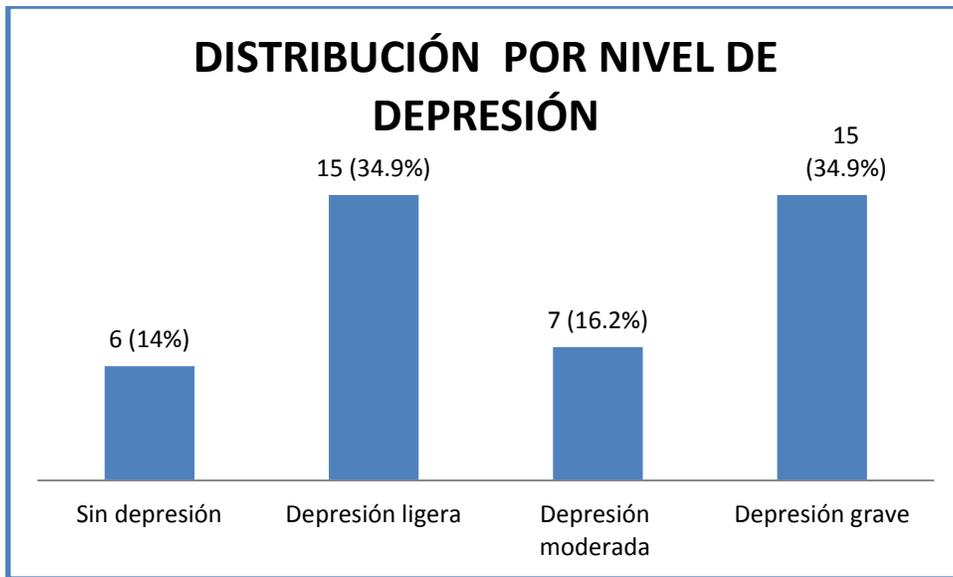


FIGURA 3. DISTRIBUCIÓN TOTAL POR NIVEL DE DEPRESIÓN

En la figura 4 se muestra la distribución total de la percepción del funcionamiento familiar obteniendo en 6 (14 %) familias funcionales, dentro del grupo moderadamente funcional encontramos 24(55.8%) y 13(30.2%) familias disfuncionales, ninguna de las familias puntuó en el grupo de severamente disfuncional.

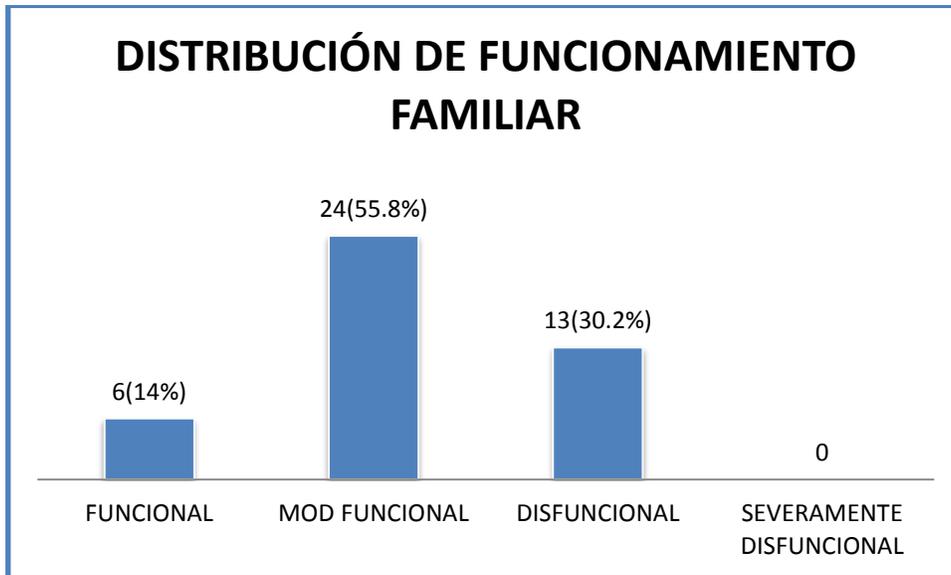


FIGURA 4. DISTRIBUCIÓN DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR DE ACUERDO AL CUESTIONARIO FF-SIL

En la Tabla V se describe la relación entre el nivel de depresión y la percepción del funcionamiento familiar, por grupos de edades, encontrando una relación estadísticamente significativa en el grupo de 12 a 16 años con una $X^2 = 13.3; p = 0.038^*$. En el grupo I, en la familia funcional predominó la depresión grave al igual que en el grupo de las familias disfuncionales. En el segundo grupo, en las familias disfuncionales predominó la depresión grave, mientras que en las moderadamente funcionales se encontró el mismo porcentaje de pacientes sin depresión y con depresión moderada.

TABLA V RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE DEPRESIÓN Y LA PERCEPCIÓN DE LA FUNCIÓN FAMILIAR

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR						X ²	Sig
VARIABLE	FUNCIONAL	MODERADAMENTE FUNCIONAL	DISFUNCIONAL	SEVERAMENTE DISFUNCIONAL			
DEPRESIÓN	n= 6 (%)	n= 24 (%)	n=13 (%)	n= 0 (%)			
8 A 11 AÑOS DE EDAD						7.606	0.268
SIN DEPRESIÓN	0	2 (4.6)	0	0			
DEPRESIÓN LIGERA	1 (2.3)	6 (14)	2 (4.6)	0			
DEPRESIÓN MODERADA	1 (2.3)	2 (4.6)	0	0			
DEPRESIÓN GRAVE	2 (4.6)	2 (4.6)	5 (11.6)	0			
12 A 16 AÑOS DE EDAD						13.3	0.038*
SIN DEPRESIÓN	0	4 (9.3)	0	0			
DEPRESIÓN LIGERA	2 (4.6)	2 (4.6)	2 (4.6)	0			
DEPRESIÓN MODERADA	0	4 (9.3)	0	0			
DEPRESIÓN GRAVE	0	2 (4.6)	4 (9.3)	0			
TOTAL	6 (13.9)	24 (55.8)	13 (30.2)	0			

Los grupos se compararon entre sí con ANOVA *cifra estadísticamente significativa (P<0.05)

En la Tabla VI se describe la relación entre el nivel de depresión con los diferentes dominios de la prueba de funcionamiento familiar donde se encuentra una relación significativamente estadística en los dominios de cohesión, armonía, afectividad y permeabilidad al compararse entre sí con ANOVA. Dentro del grupo sin depresión el grupo de cohesión presentó la media más alta, mientras que la más baja corresponde a comunicación, para el grupo de depresión ligera la media más alta se encuentra en el dominio de cohesión mientras que la más baja es para roles. Respecto al grupo de depresión moderada la media más alta la encontramos en armonía y la más baja para roles. Por último en depresión grave la media más alta es para permeabilidad y la más baja para permeabilidad.

TABLA VI RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE DEPRESIÓN Y LOS DOMINIOS DE LA PRUEBA DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR	NIVEL DE DEPRESIÓN				F	P
	SIN DEPRESIÓN	DEPRESIÓN LIGERA	DEPRESIÓN MODERADA	DEPRESIÓN GRAVE		
	n= 6	n= 7	n=15	n= 15		
COHESIÓN	8.66±1.96	8.00±1.06	7.14±1.67	6.60±1.40	4.058	0.013*
ROLES	7.00±1.09	6.40±1.91	6.57±0.97	5.93±1.53	0.746	0.531
ARMONÍA	8.50±0.83	8.20±1.42	7.71±1.38	6.53±1.64	4.395	0.009*
COMUNICACIÓN	7.33±0.51	7.13±1.18	6.14±1.46	6.33±1.17	2.293	0.093
AFECTIVIDAD	7.00±0.89	7.40±1.05	7.00±1.15	5.93±0.79	6.099	0.002*
PERMEABILIDAD	7.83±0.75	8.06±1.33	6.42±1.98	6.44±1.06	5.010	0.005*
ADAPTABILIDAD	8.33±1.21	7.26±1.43	7.00±1.41	6.60±1.05	2.706	0.058

Los grupos se compararon entre sí con ANOVA *cifra estadísticamente significativa (P<0.05)

En la tabla VII se muestra la asociación entre el nivel de ansiedad rasgo y la percepción del funcionamiento familiar encontrando relación significativa entre el nivel de ansiedad estado y funcionamiento familiar en el grupo de edad de los 12 a 16 años con $X^2=11.944$; $p=0.018^*$. Dentro de los niveles de ansiedad rasgo bajo encontramos mayor porcentaje en los niños de 12 a 16 años a pesar de encontrarse dentro de familias disfuncionales. En las familias funcionales el rasgo de ansiedad predominó en nivel medio.

TABLA VII RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE ANSIEDAD-RASGO Y LA PERCEPCIÓN DE LA FUNCIÓN FAMILIAR

VARIABLE	FUNCIONAMIENTO FAMILIAR				X ²	Sig
	FUNCIONAL	MODERADAMENTE FUNCIONAL	DISFUNCIONAL	SEVERAMENTE DISFUNCIONAL		
ANSIEDAD RASGO	n= 6 (%)	n= 24 (%)	n=13 (%)	n= 0 (%)		
8 A 11 AÑOS DE EDAD					2.971	0.563
ALTO	1 (2.3)	1 (2.3)	0	0		
MEDIO	3 (7.0)	10 (23.2)	7 (16.3)	0		
BAJO	0	1 (2.3)	0	0		
12 A 16 AÑOS DE EDAD					11.944	0.018*
ALTO	1 (2.3)	1(2.3)	0	0		
MEDIO	1 (2.3)	11 (25.5)	3 (7.0)	0		
BAJO	0	0	3 (7.0)	0		
TOTAL	6 (13.9)	24 (55.8)	13(30.2)	0		

*cifra estadísticamente significativa (P<0.05)

En la tabla VIII se muestra la asociación del nivel de ansiedad estado con la percepción del funcionamiento familiar, sin encontrar significancia estadística entre ellas en ninguno de los 2 grupos de edad, cabe señalar que en el 14% que corresponde a las familias funcionales los niños presentan un nivel de ansiedad estado medio o alto. En el primer grupo podemos observar que todas las familias funcionales tienen un estado de ansiedad en nivel medio, en las familias disfuncionales predomina el estado de ansiedad medio. En el segundo grupo las familias moderadamente funcionales se distribuyen en igual porcentaje para nivel alto y medio de ansiedad estado.

TABLA VIII RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE ANSIEDAD-ESTADO Y LA PERCEPCIÓN DE LA FUNCIÓN FAMILIAR

VARIABLE	FUNCIONAMIENTO FAMILIAR				X ²	Sig
	FUNCIONAL	MODERADAMENTE FUNCIONAL	DISFUNCIONAL	SEVERAMENTE DISFUNCIONAL		
ANSIEDAD ESTADO	n= 6 (%)	n= 24 (%)	n=13 (%)	n= 0 (%)		
8 A 11 AÑOS DE EDAD					2.288	0.319
ALTO	0	4 (9.3)	1(2.3)	0		
MEDIO	4 (9.3)	8 (18.6)	6 (7.0)	0		
BAJO	0	0	0	0		
12 A 16 AÑOS DE EDAD					0.471	0.790
ALTO	1(2.3)	6(7.0)	2(4.6)	0		
MEDIO	1(2.3)	6(7.0)	4(9.3)	0		
BAJO	0	0	0	0		
TOTAL	6 (14)	24 (55.8)	13 (30.2)	0		

*cifra estadísticamente significativa (P<0.05)

En la tabla IX se muestra la asociación entre el grado de control del asma y la percepción del funcionamiento familiar, encontrando significancia estadística solo para el primer grupo de edad con $X^2=10.36$; $p= 0.035^*$. Los pacientes con pobre control de asma se encontraron en el segundo grupo de edad y presentan familias moderadamente funcionales.

TABLA IX RELACIÓN ENTRE LOS GRADOS DE CONTROL DE ASMA Y LA PERCEPCIÓN DE LA FUNCIÓN FAMILIAR

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR						
VARIABLE	FUNCIONAL	MODERADAMENTE	DISFUNCIONAL	SEVERAMENTE	X^2	Sig
		FUNCIONAL		DISFUNCIONAL		
CONTROL DE ASMA	n= 6 (%)	n= 24 (%)	n=13 (%)	n= 0 (%)		
8 A 11 AÑOS DE EDAD					10.368	0.035*
CONTROL TOTAL	0	3 (6.9)	1 (2.3)	0		
BIEN CONTROLADA	1 (2.3)	9 (20.9)	4(9.3)	0		
ALGÚN GRADO DE CONTROL	3 (6.9)	0	2 (4.6)	0		
POBREMENTE CONTROLADA	0	0	0	0		
12 A 16 AÑOS DE EDAD					5.128	0.527
CONTROL TOTAL	0	1 (2.3)	0	0		
BIEN CONTROLADA	2 (4.6)	7 (16.2)	4 (9.3)	0		
ALGÚN GRADO DE CONTROL	0	1 (2.3)	2 (4.6)	0		
POBREMENTE CONTROLADA	0	3(6.9)	0	0		
TOTAL	6 (14)	24 (55.8)	13 (30.2)	0	0	

* Cifra estadísticamente significativa ($P<0.05$)

XIII. DISCUSIÓN

Los factores psicosociales pueden influir en la patogenia y fisiopatología del asma, dada una alta comorbilidad con trastornos de ansiedad y estado de ánimo²⁰.

Los jóvenes con asma tienen con frecuencia niveles más altos de ansiedad y depresión que los grupos controles sin asma²¹, en este estudio se encontró una asociación estadísticamente significativa entre asma y ansiedad estado.

La presencia de depresión fue encontrada en el 86.1 % del total de los pacientes con la siguiente distribución 34.9% con depresión ligera, depresión moderada 16.3% y depresión grave en el 34.9%.

En este estudio la depresión fue mucho mayor en niños 60.5% que en niñas 39.5%. Existen estudios donde se ha reportado que los niños son más vulnerables que las niñas a las dificultades psicológicas y sociales²².

En nuestro estudio de acuerdo a la percepción de la madre es un mayor problema para socializar en los niños que en las niñas con una percepción de disfunción familiar en el género masculino del 16.3% mientras que en el género femenino fue del 14%. Por su parte Lahaye y Cols. (2012) han subrayado la importancia de examinar a los niños con diagnóstico de asma y en riesgo de tener problemas psicosociales, y que los niños con el diagnóstico de asma al ser evaluados por sus padres estos los perciben con mayor problema para socializar y de atención esto debido a una menor competencia en las actividades que los niños sanos, siendo esto significativo en el género masculino.

En nuestro caso se obtuvo una relación significativa entre el género de los pacientes con el estado de ansiedad, mientras que para ansiedad rasgo también se obtuvo un mayor número de casos en el sexo masculino sin embargo no se encontró

significancia estadística en este último caso. En un estudio realizado en Australia (2008), se encontró un mayor comportamiento problemático en niños con asma que en las niñas, tal como conducta de oposición, agresión y ansiedad, esto asociado con mayor nivel de dificultad para la crianza y familias con mayor disfuncionalidad²³

En el Departamento de Psiquiatría de Wisconsin se evaluó la especificidad de las relaciones entre la ansiedad y los síntomas depresivos, con cada uno de los principales trastornos atópicos incluyendo el asma, los resultados indicaron que la ansiedad se asoció con una historia de vida de trastornos atópicos. Entre los trastornos atópicos "puro" la ansiedad se asocia con el asma y la rinitis alérgica. No se encontró una asociación significativa del asma con la depresión²⁴; al igual que en nuestro medio ya que la relación entre depresión y control de asma no resultó significativa ($X^2=3.163$; $p=0.367$), sin embargo para el rubro de ansiedad estado y su asociación con el nivel del control del asma se obtuvieron resultados estadísticamente significativos ($X^2=14.098$; $p=0.003^*$).

En un estudio realizado en la ciudad de Morelia (2008) por Rodríguez y Cols en 20 familias con un hijo asmático de entre 6 y 12 años, se encontró que tres de las grandes áreas en que se presentó menos funcionabilidad en las familias estudiadas fueron comunicación, afecto y recursos estos evaluados con la escala de funcionalidad de Emma Espejel²⁴. En nuestro estudio se encontró significancia entre el nivel de ansiedad estado con los dominios de roles, y comunicación, y en el caso de depresión con armonía, permeabilidad, afectividad y comunicación, en estos 2 últimos rubros se encuentra coincidencia significativa.

Rodríguez y Cols en 2008 al analizar los datos obtenidos del funcionamiento familiar se observa que es poco frecuente encontrar familias que califiquen en las categorías extremas de las áreas evaluadas, es decir, funcionales o disfuncionales lo que apunta

a un estado predominante de poco movimiento, de estancamiento²⁵. Esta situación también se observa en nuestro estudio donde predominó la percepción de moderadamente funcional en un 55.8% no se encontraron casos de disfunción severa.

XIV. CONCLUSIONES

- Existe relación significativa entre ansiedad estado y el nivel de control del asma.
- No existe relación entre ansiedad rasgo y el nivel de control del asma.
- La percepción del funcionamiento familiar se distribuyó en 14% familia funcional, 55.8% moderadamente funcional, 30.2% familia disfuncional.
- Se encontró depresión en un 86% de los niños, del cuál un 34.9% correspondió a depresión ligera, 16.2% depresión moderada y 34.8% depresión severa.
- La ansiedad rasgo se distribuyó en un 9.3% en el nivel alto, 81.4% para el nivel medio, y un 9.3% nivel bajo.

XV. RECOMENDACIONES

A los médicos familiares se sugiere investigar de forma intencionada, la presencia de ansiedad ya sea como rasgo o estado, así como nivel de depresión en los niños, ya que estos pacientes requieren de un manejo multidisciplinario.

Al departamento de enseñanza con la finalidad de que se den a conocer los resultados del presente estudio a los médicos de la unidad a fin de informar la situación en nuestro universo de trabajo y así poder empezar a tratar no solo a la entidad de asma sino a visualizarlo de forma integral.

A Departamento Clínico para contar con el apoyo de psicoterapia en la unidad para las familias de los niños que presentan disfunción familiar, ya que hay evidencia de que al mejorar está se asocia a un mayor control y disminución de los niveles de ansiedad y depresión.

XVI. BIBLIOGRAFIA

- 1.-Fasciglione MP, Castañeiras C.E. Bronchial asthma today: a psychosocial perspective. AAIC 2007;38(1):12-18.
- 2.- Carreño M, Ferreiro A. Uso de antileucotrienos en el asma. Inf Ter Sist Nac Salud 2002;26: 152-157.
- 3.- Jáuregui I, Tejedor M. Asma y factores psicosociales. Alergol Inmunol Clin 2004;19:101-109
- 4.- Fabr  D, Caraballo M, et al. Factores psicológicos que contribuyen al asma en niños y adolescentes asmáticos y sus padres. Revista Alergia México 2005;52(4):161-70
- 5.-Barb n R.  Podemos modificar el remodelado bronquial en el asma? Arch Bronconeumol 2005;41 (Supl 5):3-9.
- 6.-Munayco C., Aran J. et al. Prevalencia y factores asociados al asma en niños de 5 a 14 años de un área rural del sur del Perú. Rev. Perú med exp salud publica 2009;26(3):307-313.
- 7.- Vidal A, Gastón D. Calidad de vida en el niño asmático y su cuidador. Rev Chil Enf Respir 2007;23:160-166.
- 8.- Rodríguez OAR, Pérez SG, Cardoso ASA, Reyes RAI. Prevalencia comparada de asma y rinitis alérgica entre niños y adolescentes michoacanos provenientes de escuelas públicas de Morelia. Rev Invest Clín 59(1):90-92.
- 9.- Balanzant A, Urrutigoity J, *Consensus on Bronchial Asthma. 2007. 1st. Part.* Arch Argent Pediatr 2008;106(1):61-68
- 10.-G nzaez Anido A.,Pérez Cabeza L., et al. Ansiedad en niños y cuidadores que acuden a un servicio de urgencias pediátricas hospitalarias. Norte de Salud mental 2009; 35:20-29.
- 11.-Ascencio HL. Trastornos de ansiedad y enfermedades médicas concomitantes. Experiencia clínica. Rev Hosp Jua Mex 2007;74(2):81-92
- 12.-Ruíz L, Grau J,et. al. Validación del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado para Niños en adolescentes cubanos. Psicología y Salud 2003;13(2):203-214.

- 13.-Castrillón A. Validación del Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAIC) en niños escolarizados entre los 8 y 15 años. *Acta colombiana de Psicología* 2005;13:79-90.
- 14.-Rojas CKE. Validación del Inventario de Ansiedad Rasgo –Estado en padres de un hijo en terapia intensiva. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2010;48(5):491-496.
- 15.- Galil N. Depression and asthma in children. *Curr Opin Pediatr.* 2000;12(4):331-335.
- 16.- Thomas M, Stephen K, et al. La prueba de Control Del Asma (ACT) como herramienta para predecir el control Del asma definido por las directrices de GINA: análisis de una encuesta multinacional transversal. *Primary Care Respiratory Journal* 2009;18(1):41-49.
- 17.-Louro I, Infante O, et al. Evaluación de la salud familiar. Izquierdo M./Sánchez T. Manual para la intervención en salud familiar. Ed. 2002. La Habana. Ciencias Médicas; 2002. p 13-31.
- 18.-Roa CFM, Toral FS, et al. Estimaciones sobre La tendencia del asma en México para el período 2008-2012. *An Med (Mex)* 2009;54(1):16-22.
- 19.-Figueredo MM, Ortíz F, et al. Evaluación del impacto de un programa educativo en algunos factores emocionales de niños asmáticos y sus padres. *Rev Alergia Mex* 2011;58(3):155-161.
- 20.- Ritz T, Meuret A, et. al. Psychosocial Factors and Behavioral Medicine Interventions in Asthma. *J. Consult Clin Psychol* 2012
- 21.- Olazagasti RA, Shrout PE, et al. The longitudinal between parental reports of asthma and anxiety and depression symptoms among two groups of Puerto Rican youth. *J. Psychosom Res* 2012;73(4):283-8.
- 22.-Lehay M, Luminet O, et al. Psychological, social and school implications of asthma: a comparison of Belgian French-speaking children having asthma with healthy children. *Acta clin Belg* 2012;67(1):25-29.
- 23.- Morawska A, Stelzer J, et al. Parenting asthmatic children: identification of parenting challenges. *Journal of Asthma* 2008;45(6):465-472.
- 24.- Slattery MJ, Essex MJ. Specificity in the association of anxiety, depression, and atopic disorders in a community sample of adolescents. *J. Psychiatric Res.* 2011;45(6):788-795.
- 25.-Rodríguez OA, Kanán CG, et al. Perfil organizativo-funcional de la familia nuclear psicósomática con un hijo asmático. *Salud Ment* 2008;31(1):63-68.

XVII RELACIÓN DE ANEXOS

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO			
Lugar y fecha	MORELIA MICH., A	DE	DE 2012
Por medio de la presente autorizo que mi	HIJO (A)		
participe en el protocolo de investigación titulado:	ANSIEDAD Y DEPRESION EN NIÑOS DE 8 A 16 AÑOS DE EDAD CON DIAGNÓSTICO DE ASMA Y SU RELACION CON EL NIVEL DE CONTROL Y EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR		
Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número: _____			
El objetivo del estudio es	ENCONTRAR UNA RELACION DIRECTA ENTRE EL MAL CONTROL DEL ASMA Y EL NIVEL DE ANSIEDAD Y DEPRESION EN NIÑOS, ASI COMO EVALUAR EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR		
Se me ha explicado que mi participación consistirá en	APLICACIÓN DE CUESTIONARIOS EN PRESENCIA DE		
ALGUNO DE LOS PADRES O TUTOR			
Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:			
CONOCER EL GRADO DE ANSIEDAD Y/O DEPRESION QUE PRESENTA MI HIJO, ASI COMO EL MANEJO POSTERIOR			
<p>El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.</p> <p>Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento, en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.</p> <p>El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia de mi representado (a) en el mismo.</p>			
_____ Nombre y firma de ambos padres o tutores o del representante legal			
_____ Nombre, firma y matrícula del Investigador Responsable.			
Números telefónicos a los cuales se puede comunicar en caso de emergencia y/o dudas y preguntas relacionadas con el estudio:			
TEL CEL	DRA PAULINA	4432545261	TESTIGOS: _____

Asthma Control Test™ –ACT (La prueba de Control del Asma) es:

- ▶ Una prueba rápida que produce un resultado numérico para evaluar el control del asma.
- ▶ Reconocida por los Institutos Nacionales de la Salud (National Institutes of Health - NIH) en sus directrices sobre el asma de 2007.¹
- ▶ Convalidada clínicamente por espirometría y evaluaciones de especialistas.²

PACIENTES:

1. Contesten cada pregunta y escriban el número de la respuesta en el cuadro que aparece a la derecha de la pregunta.
2. Sumen sus respuestas y escriban el puntaje total en el cuadro del **TOTAL** que se muestra abajo.
3. Hablen con su doctor sobre sus resultados.

1. En las últimas 4 semanas , ¿cuánto tiempo le ha impedido su asma hacer todo lo que quería en el trabajo, en la escuela o en la casa?						PUNTAJE				
Siempre	1	La mayoría del tiempo	2	Algo del tiempo	3	Un poco del tiempo	4	Nunca	5	<input type="text"/>
2. Durante las últimas 4 semanas , ¿con qué frecuencia le ha faltado el aire?						<input type="text"/>				
Más de una vez al día	1	Una vez al día	2	De 3 a 6 veces por semana	3	Una o dos veces por semana	4	Nunca	5	<input type="text"/>
3. Durante las últimas 4 semanas , ¿con qué frecuencia sus síntomas del asma (respiración sibilante o un silbido en el pecho, tos, falta de aire, opresión en el pecho o dolor) lo/la despertaron durante la noche o más temprano de lo usual en la mañana?						<input type="text"/>				
4 o más noches por semana	1	De 2 a 3 noches por semana	2	Una vez por semana	3	Una o dos veces	4	Nunca	5	<input type="text"/>
4. Durante las últimas 4 semanas , ¿con qué frecuencia ha usado su inhalador de rescate o medicamento en nebulizador (como albuterol)?						<input type="text"/>				
3 o más veces al día	1	1 ó 2 veces al día	2	2 ó 3 veces por semana	3	Una vez por semana o menos	4	Nunca	5	<input type="text"/>
5. ¿Cómo evaluaría el control de su asma durante las últimas 4 semanas ?						<input type="text"/>				
No controlada en absoluto	1	Mal controlada	2	Algo controlada	3	Bien controlada	4	Completamente controlada	5	<input type="text"/>
TOTAL										

Prueba de control del asma de la infancia para niños/as de 4 a 11 años

Esta prueba le dará un puntaje que puede ayudar al médico a evaluar si el tratamiento para el asma de su niño/a está funcionando o si puede ser el momento adecuado para cambiarlo.

Cómo contestar la prueba de control del asma de la infancia

Paso 1 Deje que su niño/a conteste las primeras cuatro preguntas (de la 1 a la 4). Si su niño/a necesita ayuda para leer o entender alguna pregunta, usted puede ayudar pero deje que él/ella sea quien elija la respuesta. Conteste usted las tres preguntas restantes (de la 5 a la 7) y no permita que las respuestas de su niño/a afecten sus respuestas. No hay respuestas correctas o incorrectas.

Paso 2 Escriba el número de cada respuesta en el cuadrado de puntaje que se encuentra a la derecha de cada pregunta.

Paso 3 Suma cada uno de los puntajes de los cuadrillos para obtener el total.

Paso 4 Enseñe la prueba a su médico para hablar sobre el puntaje total de su niño/a.

19
o MENOS

Si el puntaje de su niño/a es 19 o menos, puede ser una señal de que el asma de su niño/a no está tan bien controlada como podría estar. Sin importar el resultado, lleve esta prueba a su médico para hablar sobre los resultados de su niño/a.

Deje que su niño/a conteste estas preguntas.

1. ¿Cómo está tu asma hoy?

 0 Muy mala	 1 Mala	 2 Buena	 3 Muy buena	PUNTAJE <input type="text"/>
----------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------

2. ¿Que tan problemática es tu asma cuando corres, haces ejercicio o practicas algún deporte?

 0 Es un problema grande, no puedo hacer lo que quiero hacer.	 1 Es un problema y no me siento bien.	 2 Es un problema pequeño pero está bien.	 3 No es un problema.	<input type="text"/>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------

3. ¿Tienes tos debido a tu asma?

 0 Sí, siempre.	 1 Sí, la mayoría del tiempo.	 2 Sí, algo del tiempo.	 3 No, nunca.	<input type="text"/>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------

4. ¿Te despiertas durante la noche debido a tu asma?

 0 Sí, siempre.	 1 Sí, la mayoría del tiempo.	 2 Sí, algo del tiempo.	 3 No, nunca.	<input type="text"/>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------

Por favor conteste usted las siguientes preguntas.

5. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuántos días tuvo su niño/a síntomas de asma durante el día?

5 Nunca	4 De 1 a 3 días	3 De 4 a 10 días	2 De 11 a 18 días	1 De 19 a 24 días	0 Todos los días	<input type="text"/>
------------	--------------------	---------------------	----------------------	----------------------	---------------------	----------------------

6. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuántos días tuvo su niño/a respiración sibilante (un silbido en el pecho) durante el día debido al asma?

5 Nunca	4 De 1 a 3 días	3 De 4 a 10 días	2 De 11 a 18 días	1 De 19 a 24 días	0 Todos los días	<input type="text"/>
------------	--------------------	---------------------	----------------------	----------------------	---------------------	----------------------

7. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuántos días se despertó su niño/a durante la noche debido al asma?

5 Nunca	4 De 1 a 3 días	3 De 4 a 10 días	2 De 11 a 18 días	1 De 19 a 24 días	0 Todos los días	<input type="text"/>
------------	--------------------	---------------------	----------------------	----------------------	---------------------	----------------------

TOTAL

NOMBRE:		
NSS:		
EDAD:	FECHA:	CONSULTORIO:

INVENTARIO DE AUTOEVALUACION RASGO-ESTADO			
PRIMERA PARTE			
	NADA	ALGO	MUCHO
1.-Me siento calmado	1	2	3
2.-Me siento inquieto	1	2	3
3.-Me siento nervioso	1	2	3
4.-Me encuentro descansado	1	2	3
5.-Tengo sueño	1	2	3
6.-Estoy relajado	1	2	3
7.-Estoy preocupado	1	2	3
8.-Me encuentro satisfecho	1	2	3
9.-Me siento feliz	1	2	3
10.-Me siento seguro	1	2	3
11.-Me encuentro bien	1	2	3
12.-Me siento molesto	1	2	3
13.-Me siento agradablemente	1	2	3
14.-Me encuentro atemorizado	1	2	3
15.-Me encuentro confuso	1	2	3
16.-Me siento animoso	1	2	3
17.-Me siento angustiado	1	2	3
18.-Me encuentro alegre	1	2	3
19.-Me encuentro contrariado	1	2	3
20.-Me siento triste	1	2	3
SEGUNDA PARTE	CASI NUNCA	ALGO	A MENUDO
1.-Me preocupa cometer errores	1	2	3
2.-Siento ganas de llorar	1	2	3
3.-Me siento desgraciado	1	2	3
4.-Me cuesta tomar una decisión	1	2	3
5.-Me cuesta enfrentarme a mis problemas	1	2	3
6.-Me preocupo demasiado	1	2	3
7.-Me encuentro molesto	1	2	3

8.-Pensamientos sin importancia me vienen a la cabeza y me molestan	1	2	3
9.-Me preocupan las cosas de la escuela	1	2	3
10.-Me cuesta decidir en lo que tengo que hacer	1	2	3
11.-Noto que mi corazón late más rápido	1	2	3
12.-Aunque no lo digo tengo miedo	1	2	3
13.-Me preocupo por las cosas que puedan ocurrir	1	2	3
14.-Me cuesta quedarme dormido por las noches	1	2	3
15.-Tengo sensaciones extrañas en el estómago	1	2	3
16.-Me preocupa lo que otros piensen de mí	1	2	3
17.-Me influyen tantos problemas que no puedo olvidarlos durante un tiempo	1	2	3
18.-Tomo las cosas demasiado en serio	1	2	3
19.-Encuentro muchas dificultades en mi vida	1	2	3
20.-Me siento menos feliz que los demás chicos	1	2	3

CUESTIONARIO – CDI Población infantil

NOMBRE _____ EDAD: _____

NÚMERO DE AFILIACION: _____ FECHA: _____

INSTRUCCIONES

Los chicos y chicas como tú tienen diferentes sentimientos e ideas. En este Cuestionario se recogen esos sentimientos e ideas. De cada grupo, señala una frase que sea **LA QUE MEJOR DESCRIBA** cómo te has sentido durante las **DOS ÚLTIMAS SEMANAS**. Una vez que termines con un grupo de frases, pasa al siguiente.

No hay respuestas correctas o incorrectas. Únicamente señala la frase que describa mejor **CÓMO TE HAS SENTIDO** últimamente. Pon una equis (x) en el círculo que hay junto a tu respuesta.

Hagamos un ejemplo. Pon una equis junto a la frase que MEJOR te describa:

EJEMPLO:

- Siempre leo libros
- De vez en cuando leo libros
- Nunca leo libros

RECUERDA QUE DEBES SEÑALAR LAS FRASES QUE MEJOR DESCRIBAN TUS SENTIMIENTOS O TUS IDEAS EN LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS. DE LAS TRES FRASES QUE SE PRESENTAN EN CADA PREGUNTA ESCOGE SÓLO UNA, LA QUE MÁS SE ACERQUE A CÓMO ERES O TE SIENTES.

<p>1.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Estoy triste de vez en cuando. ----- <input type="radio"/> Estoy triste muchas veces. ----- <input type="radio"/> Estoy triste siempre. ----- 	<p>8.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Todas las cosas malas son culpa mía. ----- <input type="radio"/> Muchas cosas malas son culpa mía. ----- <input type="radio"/> Generalmente no tengo la culpa de que ocurran cosas malas. -----
<p>2.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Nunca me saldrá nada bien ----- <input type="radio"/> No estoy seguro de si las cosas me saldrán bien--- <input type="radio"/> Las cosas me saldrán bien----- 	<p>9.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> No pienso en matarme----- <input type="radio"/> Pienso en matarme pero no lo haría----- <input type="radio"/> Quiero matarme. -----
<p>3.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Hago bien la mayoría de las cosas. ----- <input type="radio"/> Hago mal muchas cosas. ----- <input type="radio"/> Todo lo hago mal----- 	<p>10.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Tengo ganas de llorar todos los días ----- <input type="radio"/> Tengo ganas de llorar muchos días----- <input type="radio"/> Tengo ganas de llorar de cuando en cuando-----
<p>4.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Me divierten muchas cosas----- <input type="radio"/> Me divierten algunas cosas----- <input type="radio"/> Nada me divierte----- 	<p>11.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Las cosas me preocupan siempre----- <input type="radio"/> Las cosas me preocupan muchas veces----- <input type="radio"/> Las cosas me preocupan de cuando en cuando-----
<p>5.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Soy malo siempre----- <input type="radio"/> Soy malo muchas veces----- <input type="radio"/> Soy malo algunas veces----- 	<p>12.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Me gusta estar con la gente----- <input type="radio"/> Muy a menudo no me gusta estar con la gente---- <input type="radio"/> No quiero en absoluto estar con la gente. -----
<p>6.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> A veces pienso que me pueden ocurrir cosas malas ----- <input type="radio"/> Me preocupa que me ocurran cosas malas. ----- <input type="radio"/> Estoy seguro de que me van a ocurrir cosas terribles----- 	<p>13.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> No puedo decidirme----- <input type="radio"/> Me cuesta decidirme----- <input type="radio"/> Me decido fácilmente-----
<p>7.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Me odio----- <input type="radio"/> No me gusta como soy ----- <input type="radio"/> Me gusta como soy----- 	<p>14.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Tengo buen aspecto----- <input type="radio"/> Hay algunas cosas de mi aspecto que no me gustan--- <input type="radio"/> Soy feo-----

<p>15.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Siempre me cuesta ponerme a hacer los deberes---- ○ Muchas veces me cuesta ponerme a hacer los deberes. ----- ○ No me cuesta ponerme a hacer los deberes----- 	<p>22.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Tengo muchos amigos. ----- ○ Tengo muchos amigos pero me gustaría tener más--- ○ No tengo amigos. -----
<p>16.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Todas las noches me cuesta dormirme----- ○ Muchas noches me cuesta dormirme. ----- ○ Duermo muy bien. ----- 	<p>23.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Mi trabajo en el colegio es bueno. ----- ○ Mi trabajo en el colegio no es tan bueno como antes----- ○ Llevo muy mal las asignaturas que antes llevaba bien-----
<p>17.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Estoy cansado de cuando en cuando----- ○ Estoy cansado muchos días----- ○ Estoy cansado siempre----- 	<p>24.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Nunca podré ser tan bueno como otros niños. ----- ○ Si quiero puedo ser tan bueno como otros niños- ----- ○ Soy tan bueno como otros niños. -----
<p>18.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ La mayoría de los días no tengo ganas de comer--- ○ Muchos días no tengo ganas de comer. ----- ○ Como muy bien. ----- 	<p>25.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Nadie me quiere. ----- ○ No estoy seguro de que alguien me quiera. ----- ○ Estoy seguro de que alguien me quiere. -----
<p>19.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ No me preocupa el dolor ni la enfermedad. ----- ○ Muchas veces me preocupa el dolor y la enfermedad. ----- ○ Siempre me preocupa el dolor y la enfermedad. --- ---- 	<p>26.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Generalmente hago lo que me dicen. ----- ○ Muchas veces no hago lo que me dicen. ----- ○ Nunca hago lo que me dicen. -----
<p>20.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Nunca me siento solo. ----- ○ Me siento solo muchas veces----- ○ Me siento solo siempre----- 	<p>27.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Me llevo bien con la gente----- ○ Me peleo muchas veces.----- ○ Me peleo siempre.-----
<p>21.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Nunca me divierto en el colegio----- ○ Me divierto en el colegio sólo de vez en cuando ○ Me divierto en el colegio muchas veces. ----- - 	

FF-SIL	CASI NUNCA	POCAS VECES	A VECES	MUCHAS VECES	CASI SIEMPRE
1.-Se toman decisiones para cosas importantes de la familia	1	2	3	4	5
2.-En mi casa predomina la armonía	1	2	3	4	5
3.-En mi casa uno cumple sus responsabilidades	1	2	3	4	5
4.-Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana	1	2	3	4	5
5.-Nos expresamos sin insinuaciones de forma clara y directa	1	2	3	4	5
6.-Podemos aceptar los defectos de los demás	1	2	3	4	5
7.-Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles	1	2	3	4	5
8.-Cuando alguno de la familia tiene un problema, los demás lo ayudan	1	2	3	4	5
9.-Se distribuyen las tareas de forma que nadie este sobrecargado	1	2	3	4	5
10.-Las costumbres familiares pueden modificarse antes determinadas situaciones	1	2	3	4	5
11.-Podemos conversar diversos temas sin temor	1	2	3	4	5
12.-Ante una situación difícil familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas	1	2	3	4	5
13.-Los intereses y las necesidades de cada cuál son respetados por el núcleo familiar	1	2	3	4	5