



Vol. 16 No. 4

Diciembre de 2013

EVALUACIÓN DE LA RELACIÓN ENTRE DEPRESIÓN, ASMA BRONQUIAL Y CALIDAD DE VIDA EN NIÑOS MEXICANOS

Georgina Eugenia Bazán Riverón¹, Ana Consuelo Almeida Rosales²,
Maricela Osorio Guzmán¹ y Blanca Estela Huitrón Vázquez³
Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Iztacala

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue evaluar la relación entre calidad de vida (CV) y depresión en 300 niños con asma de 7 a 15 años. Las variables CV y depresión se evaluaron mediante los cuestionarios PAQLQ y CDI respectivamente. También se exploraron las variables edad, género, grado de afectación y morbilidad. Los resultados muestran que el asma repercute en la calidad de vida de los niños, identificando mayor deterioro en el dominio limitación de actividades. La relación PAQLQ con el grado de afectación fue significativa mientras que los indicadores de morbilidad mostraron relaciones negativas. El género no mostró diferencias significativas. Los participantes presentan síntomas depresivos mayormente en los dominios: sentimiento de inutilidad, humor negativo y anhedonia. La relación CDI con grado de afectación fue significativa, en cuanto a la morbilidad, el número de visitas a urgencias se relaciona con el dominio sentimientos de inutilidad. Por último, en la relación depresión y género, se observa que las niñas

¹ Grupo de Investigación: Enfermedades Crónicas. Unidad de Investigación Interdisciplinaria en Ciencias de la Salud y la Educación (UIICSE). División de Investigación y Postgrado. Facultad de Estudios Superiores Iztacala U.N.A.M. TEL. (55)56231333 ext.39806. Correo electrónico: gebrmx@yahoo.com.mx

² Egresada de la carrera de psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, TEL: 0445531215836. Correo electrónico: ana_26smile@hotmail.com.

³ Facultad de Psicología. Facultad de Estudios Superiores Iztacala U.N.A.M. TEL. (55)56231333 ext.39806.

tienen mayor percepción de síntomas depresivos, problemas interpersonales y baja autoestima, en comparación con los niños. Se concluye que existe una afectación moderada en la calidad de vida de los niños, y que la presencia de síntomas depresivos, puede estar asociada a aspectos relacionados con el mal manejo de la enfermedad, pues los sentimientos de inutilidad, el humor negativo y la anhedonia, pueden relacionarse con la limitación de actividades, el aislamiento y la fatiga que suelen padecer estos pacientes.

Palabras clave: asma pediátrica, calidad de vida, depresión.

EVALUATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN DEPRESSION BRONCHIAL ASTHMA AND QUALITY OF LIFE IN MEXICAN CHILDREN

ABSTRACT

The aim of this study was to evaluate the relationship between quality of life (QOL) and depression in 300 children with asthma from 7 to 15 aged, CV variables and depression were evaluated using questionnaires PAQLQ and CDI respectively. Were also scanned, age, gender, degree of involvement and morbidity variables. The results showed that asthma impacts on quality of life of children, identifying greater deterioration in activity limitation dominance, PAQLQ relationship with the degree of damage was significant while morbidity indicators showed negative relationships. Gender showed no significant differences. Participants showed depressive symptoms mainly in the domains: feelings of worthlessness, negative mood and anhedonia. CDI relationship with degree of damage was significant, in regard to morbidity, the number of emergency visits is related to the feelings of worthlessness dominance. Finally in depression and gender relations, it is observed that girls have greater perception of depressive symptoms, low self-esteem and interpersonal problems compared with boys. The conclusion was that there exists a moderate affectation in quality of life of children, and the presence of depressive symptoms. That even if its presence is moderate-low may be associated with related aspects of the disease mishandling, because mainly related domains are feelings of worthlessness, negative mood and anhedonia, aspects that may relate to the limitation of activities, isolation and fatigue that these patients often suffer.

Key words: pediatric asthma, life quality, depression.

El asma es una enfermedad crónica, que consiste en la inflamación de las vías aéreas, desencadenando crisis recurrentes con respiración sibilante, disnea,

opresión torácica y tos, estos episodios recurrentes de disnea y sibilancias varían en severidad y frecuencia de una persona a otra; es reversible por el tratamiento médico o de forma espontánea (Contreras, Zuluaga, Casa y Plaza, 2007). Algunos de los factores desencadenantes de dicha enfermedad son los estímulos físicos, exposición a sustancias químicas o los factores biológicos y/o fisiológicos (Martín, 2008).

Actualmente se calcula que 300 millones de personas padecen dicha enfermedad a nivel mundial (Piedras y Huerta, 2011), sin embargo, para conocer con más precisión la prevalencia del asma se realizan diferentes estudios, uno de los más representativos es el ISAAC (*The International Study of Asthma and Allergies in Childhood*) desarrollado a nivel mundial; este esfuerzo internacional proporciona cifras en cuanto a la prevalencia de síntomas de asma mayores del 30% en países como Reino Unido, Nueva Zelanda, Australia e Irlanda; en países latinoamericanos (México, Chile y Argentina) la prevalencia se estima entre el 5 - 10% y la prevalencia más baja (1.1- 2.2%) se da en países como Indonesia, Rusia y Albania; (Huerta, Jiménez, Gómez, Tavera y López, 2011).

Suárez, Huerta y Del Olmo (2010, p.19), mencionan que “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 grado de afectación leve y 2% con grado de afectación grave. La mortalidad por asma se reporta en 14 por cada 100,000 pacientes asmáticos”.

Ésta problemática, se ve reflejada en la utilización de servicios de salud que a su vez es un indicador indirecto de la morbilidad; en un estudio realizado por Gallardo, Arias, González y Galindo (2007), se señala que en México los costos anuales se estiman entre los 32 y 35 millones de dólares.

Las cifras mencionadas son indicadores de la gravedad de la situación y no se puede ver como un suceso aislado que sólo afecte a la economía del país, sino, se debe ir más allá, considerando las consecuencias que puede tener en la calidad de vida de los pacientes pediátricos y sus familias, quienes suelen verse restringidos en las actividades escolares, extraescolares y sociales frecuentemente. Un ejemplo de lo anterior es el alto porcentaje de ausentismo

escolar debido a las constantes crisis asmáticas, que también alteran la calidad de vida de los padres ya que tienen que estar constantemente atendiendo a sus hijos llevándolos a urgencias, lo que provoca múltiples permisos o faltas en el trabajo (Bazán, Torres, Prat, Sandoval y Forns, 2009; Bazán, Prat, Torres, Sandoval y Forns, 2010).

Torres *et al.* (2010), señalan que existe una estrecha relación en cuanto al funcionamiento familiar y la función emocional del paciente pediátrico, así mismo sus resultados muestran que existe relación entre la cohesión familiar y la preocupación que el paciente siente acerca de su enfermedad. Otro estudio realizado por Hinojos, Martínez, Upton y Cisneros (2010), señala que existe una fuerte relación entre la disfunción familiar y el nivel de gravedad del asma, ya que el 50% de los participantes que presentó disfunción familiar mostraron síntomas severos de asma.

Como se puede observar, la familia juega un papel muy importante en cuanto al impacto que tendrá la enfermedad en el niño, otro aspecto muy relevante es el estilo de crianza de los padres, quienes pueden llegar a ser sobreprotectores y causar en el niño un elevado grado de dependencia hacia ellos, con dicha actitud los padres mandan mensajes a los niños acerca de la incapacidad de hacer las cosas por sí solos (Caso, 2006), asimismo los padres tienden a restringir ciertas actividades físicas (como jugar con sus amigos, practicar algún deporte e inclusive salir a la calle) por miedo a que se den episodios de asma, lo cual obviamente repercute en la autonomía del niño.

Los factores psicológicos han adquirido gran importancia dentro del desarrollo y mantenimiento de dicha enfermedad, debido a que juegan un papel importante. Algunos de estos factores relacionados con el asma son: la ansiedad, ataques de pánico y depresión (Suárez *et al.*, 2010). No obstante, existe poca investigación pediátrica en torno a la comorbilidad asma-depresión, siendo más frecuentes los estudios en adultos.

El estudio realizado por Lavoie *et al.* (2006), acerca de la comorbilidad entre asma-depresión en población adulta norteamericana, evaluó el impacto en el control del asma y la calidad de vida al padecer un trastorno depresivo, sus

resultados sugieren que existe relación entre el trastorno de depresión y una peor calidad de vida en pacientes asmáticos, relacionado con el control deficiente del asma. En otro estudio realizado con personas mayores en España (Díez *et al.*, 2011), analizaron la prevalencia de la depresión en pacientes con asma, los resultados obtenidos indicaron que la depresión la padecen el 9% de las personas con asma en comparación del 5.5% en personas sin asma.

En población latinoamericana, Espinosa, Parra, Segura, Toledo, Menez, Sosa y Torres (2006), llevaron a cabo un estudio en el cual el objetivo fue comparar la frecuencia de la depresión en pacientes asmáticos adultos y pacientes sanos, también pretendían determinar la relación del trastorno psicológico con la gravedad de la enfermedad. Ellos encuentran en sus resultados que existe fuerte relación entre la gravedad del asma y la depresión, lo cual puede tener un importante impacto en la calidad de vida de los pacientes. Por último, Ortega, Mcquaid, Canino, Goodwin y Fritz (2004), realizaron un estudio que evaluó la relación entre asma- depresión, en niños de 6 - 10 años junto con sus padres por medio de entrevistas utilizando el DSM- IV, sus resultados muestran que de la población total (1891 niños) el 32% reportaron un diagnóstico de asma y el 22% informaron que la ocurrencia de ataques de asma, los ingresos familiares y la zona de residencia se encontraron asociados; finalmente, de los niños con diagnóstico de asma, el 5.6% tenía algún trastorno depresivo y eran más propensos a sufrir síntomas depresivos en comparación con los niños sanos.

Dado lo anterior, se hace necesario realizar estudios que puedan dar cuenta de la comorbilidad entre asma y depresión en población infantil, por lo que el objetivo del presente estudio fue evaluar la relación entre depresión e impacto en la calidad de vida en niños con asma bronquial en población mexicana.

MÉTODO

Participantes

Para estudiar la relación entre asma y depresión la investigación fue evaluada por el comité ético de los hospitales vinculados a la Universidad

Autónoma del Estado de México (UAEM). Participaron 300 niños con asma, y sus cuidadores primarios quienes firmaron el consentimiento informado.

Criterios de inclusión: Participaron niños y adolescentes diagnosticados con asma bronquial por un neumopediatra (por lo menos un año antes a la fecha del estudio), que en el momento del estudio residían en el Distrito Federal o en el área metropolitana de la Ciudad de México. Se excluyeron los niños menores a 7 años y mayores a 15 años, y los que presentaban otros padecimientos agudos, crónicos o que estaban bajo tratamiento psicológico para evitar sesgos en la investigación.

Instrumentos

La variable grado de afectación asmática fue evaluada por un Neumólogo Pediatra estableciendo tres grados de severidad asmática: asma episódica, asma persistente moderada y asma persistente grave de acuerdo con los criterios establecidos por *Global Initiative for Asthma* (GINA, 2012), así mismo la espirometría fue realizada por personal médico. La variable morbilidad se evaluó mediante cuatro indicadores: absentismo escolar, permanencia en casa en días festivos o vacaciones, visitas de urgencia (tanto a su médico tratante como al servicio de urgencias) y hospitalizaciones, empleando el número de días como unidad de análisis.

Se aplicaron dos instrumentos, uno para evaluar la calidad de vida (CV) y el otro para evaluar la depresión, la primera variable se evaluó a través del "Cuestionario de calidad de vida para pacientes pediátricos con asma" que es la versión para México del PAQLQ (del inglés *Paediatric Asthma Quality of Life Questionnaire*). Este cuestionario está dirigido a los pacientes con edades entre 7 y 17 años y se compone de 23 ítems distribuidos en tres dominios: síntomas (ítems 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20 y 23), limitación de actividades (ítems 1 a 3, 19 y 22) y función emocional (ítems 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17 y 21). Sus categorías de respuesta están codificadas en una escala Likert con opciones que van de uno (menor calidad de vida) hasta 7 (mayor calidad de vida). Este instrumento fue proporcionado (mediante correo postal) y autorizado (vía correo electrónico) para

su uso en esta investigación por la Dra. Juniper. En el manual de aplicación se especifica que para interpretar los resultados sobre CV de los niños, se debe considerar el punto medio de la escala (que es el valor 4) y sugiere emplear las categorías indicadas en la propia escala para evaluar los valores superiores (5, 6 y 7 que indican menor deterioro en la CV) e inferiores a dicho punto medio (1, 2 y 3 que indican mayor deterioro en la CV).

La variable depresión fue evaluada mediante el instrumento de auto-informe CDI (del inglés, *Children's Depression Inventory*) versión española realizada por Del Barrio y Carrasco (2004) que como afirma Figueras, Amador y Perú (2008), es el instrumento más usado para la evaluación de la depresión en niños y adolescentes de 7 a 17 años; consta de 27 ítems que miden sintomatología depresiva, mediante las siguientes dimensiones: el estado de ánimo deprimido, problemas interpersonales, sentimientos de incapacidad, anhedonia y autoestima baja o negativa. Es una prueba sensible a los cambios de la sintomatología depresiva a través del tiempo, lo que le hace adecuado para el uso en estas edades por su fácil administración y puntuación. Existen dos tipos de puntuación: 1) Puntuación directa: por la suma del total de los puntos obtenidos en las 27 preguntas. Siendo la puntuación máxima posible de 54 puntos y la mínima de 0; y 2) Puntuación media: obteniendo el promedio total y por escala de acuerdo al número de ítems con valores mínimos de 0 y máxima de 2.

Procedimiento

Se pidió la autorización del comité de ética de los hospitales participantes y el consentimiento informado de los cuidadores. Los pacientes fueron recibidos por el equipo médico, quien recogió los datos de gravedad y los indicadores de morbilidad. Los niños informaron sobre la edad y el género, y fueron evaluados en el tiempo de espera de consulta por los investigadores capacitados para responder dudas sin inducir respuestas.

La administración del PAQLQ a los niños, cumplió con las recomendaciones de la guía de administración de los autores, donde se establece que los padres no deben estar presentes durante la entrevista, que se debe aclarar a los niños que

no hay respuestas correctas, así como asegurarse de una buena comprensión del niño sobre la tarea a realizar.

La aplicación del CDI, se realizó siguiendo las recomendaciones de los autores, los niños respondieron de manera independiente de sus padres. Todos los padres recibieron y firmaron su consentimiento informado.

Análisis Estadístico

Se inició con el análisis descriptivo de la muestra y de los resultados de cada una de los cuestionarios valorando la calidad de vida de los niños y la presencia de síntomas depresivos, posteriormente se evaluó mediante el coeficiente de correlación “r” de Pearson la relación entre los dominios de cada cuestionario y su puntaje global. Para conocer el papel del grado de afectación se aplicó un ANOVA. Para identificar el grado de asociación de calidad de vida con depresión y con los indicadores de morbilidad se hizo nuevamente un estudio de correlación mediante el coeficiente “r” de Pearson.

RESULTADOS

Se comenzó por analizar la variable grado de afectación a través de su distribución de frecuencias, se observó que la gravedad de los pacientes se distribuye de manera similar dentro de los tres grados que la componen: asma episódica (30.70%), asma persistente moderada (31.70%) y asma persistente grave (37.70%).

En relación a los indicadores de morbilidad, se tomó en cuenta la ocurrencia del indicador, el rango por ausentismo escolar va de 0-29 días (media=5.42, DT=5.62); el rango de permanencia en casa días festivos va de 0-15 (media= 3.25, DT= 2.97); el rango de días que han hecho por lo menos una visita de urgencias 0-5 días (media=.24, DT=.68) y por último el rango de frecuencia de hospitalizaciones va de 0-6 días (media=.15, DT= .58).

En cuanto a la variable calidad de vida se puede afirmar que el asma repercute moderadamente en la vida de los niños, debido a que la media obtenida

por la muestra en el puntaje total del PAQLQ es de 3.56 (DT=1.13) valor que se encuentra por debajo de la media teórica de la escala que es igual a cuatro.

Respecto a la primera parte del instrumento, donde los niños deben elegir de un listado de actividades, aquellas que se han visto entorpecidas por su padecimiento jerarquizándolas (en primer lugar -las actividades más afectadas-, segundo lugar -las actividades moderadamente afectadas- y en tercer lugar -las actividades levemente afectadas), los niños informan que las actividades con afectación más severa son dormir (16.3%) la segunda actividad que los niños sienten moderadamente afectada por el asma es levantarse en las mañanas (6.7) y por último la tercera actividad que los niños identifican como levemente afectada por su enfermedad es: brincar (10%), cabe señalar que la actividades marcadas con mayor afectación tiene que ver con la aparición de síntomas nocturnos y de madrugada típicos del asma con deficiente control.

Con relación al impacto percibido por los pacientes en los diferentes dominios del PAQLQ, se observa que el mayor deterioro se presenta en el dominio limitación de actividades (media=3.29, DT=1.18), en seguida el dominio función emocional (media= 3.56, DT=1.03) y por último en el dominio de síntomas (media= 3.70, DT= 1.25). En cuanto a la correlación entre los dominios de la misma prueba y el puntaje global, se puede mencionar que existe una alta correlación (síntomas $r = .987$, $p < 0.01$; inactividad $r = .950$, $p < 0.01$ y la función emocional $r = .965$, $p < 0.01$). Así mismo, se observa que el dominio inactividad está fuertemente relacionado con el de síntomas ($r = .923$, $p < 0.01$), que el dominio de función emocional está relacionado con el de síntomas ($r = .927$, $p < 0.01$) y con el de inactividad ($r = .878$, $p < 0.01$).

Para evaluar si el grado de afectación genera diferencias en la calidad de vida de los niños se aplicó un ANOVA, donde se pudo observar que respecto al puntaje total del PAQLQ y sus tres dominios -síntomas, inactividad y función emocional las diferencias son significativas, ($F = 2179.76$, $F = 1821.20$, $F = 780.19$, 979.05 ; $p < 0.0001$), observándose mayor afectación de acuerdo al grado de severidad del asma (ver Tabla 1).

Análisis de varianza				
Dominios		Grado de afectación		
		A.E. N=92	A.P.M. N=95	A.P.G. N=113
		Media(DT)	Media(DT)	Media(DT)
Limitación de actividades		4.83(0.46)	3.10(0.5)	2.20(0.46)
Síntomas		5.40(0.30)	3.53(0.0)	2.49(0.03)
Función emocional		4.85(0.35)	3.58(0.3)	2.50(0.41)
PQALQ TOTAL		5.08(0.27)	3.46(0.2)	2.43(0.3)
	F			780.19***
				1821.20***
				979.05***

Tabla 1. Análisis de varianza de los dominios y puntaje total del PAQLQ con el grado de afectación.

AE = Asma episódica, APM=Asma Persistente Moderada, APG= Asma Persistente Grave.

P < 0.0001***

La relación entre morbilidad y calidad de vida, fue evaluada a través del coeficiente de correlación “r” de Pearson, obteniendo relaciones negativas bajas significativas para absentismo escolar y permanecer en casa (valores que oscilan entre $r=-0.50$ a $r=-0.62$; $p<0.01$), en cuanto a visitas de urgencias y hospitalizaciones, se muestran relaciones significativas negativas bajas (valores que van de $r=-0.16$ a $r=-0.28$, $p<0.01$) (ver Tabla 2). Por último, al evaluar la relación del instrumento PAQLQ y sus distintos dominios con la influencia del género, se halló que ésta no fue significativa.

Coeficiente de correlación de Pearson				
Indicadores de morbilidad				
Dominios	Absentismo escolar	Permanecer en casa	Visitas de urgencia	Hospitalización
Síntomas	-0.57**	-0.59**	-0.28**	-0.20**
Inactividad	-0.52**	-0.54**	-0.24**	-0.16**
Función emocional	-0.56**	-0.62**	-0.28**	-0.20**
Total PAQLQ	-0.57**	-0.60**	-0.28**	-0.20**

Tabla 2. Relación entre los dominios y el puntaje total del PAQLQ con los indicadores de morbilidad (N=300), en donde ** $P<0.01$

Por otro lado, al evaluar el grado de depresión, se puede afirmar que los niños de esta muestra tienen síntomas moderados, debido a que la media

obtenida por la muestra en el puntaje total del CDI es de 1.05 (DT=1.45) valor que se encuentra por arriba del punto de corte de la escala que es mayor a 1 para considerar presencia de sintomatología depresiva, de igual manera, se encontró que los dominios más afectados son sentimientos de inutilidad (media=1.48, DT=.1286), humor negativo (media=1.08, DT=.1205) y anhedonia (media=1.01, DT=.1286), siendo los dominios menos afectados problemas interpersonales (media=.7840, DT= .1552) y baja autoestima (media=.7239,DT=.099).

En cuanto a la relación entre el puntaje global y los distintos dominios del CDI, se puede mencionar que la relación más fuerte significativa se halló entre puntaje global y el dominio humor negativo ($r=.853$, $p<0.01$). Mientras que el puntaje global con problemas interpersonales y baja autoestima mostró relaciones medias significativas (respectivamente $r=.401$, $p<0.01$; $r=.284$, $p<0.01$;). Las relaciones significativas bajas encontradas corresponden al puntaje global con el dominio de sentimientos de inutilidad y anhedonia (respectivamente: $r=.198$, $p<0.01$; y $r=.181$, $p<0.05$).

Con relación a la asociación entre los demás dominios, se puede señalar que sólo problemas interpersonales se relaciona de manera débil pero significativa con el dominio humor negativo ($r=.116$, $p<0.05$) y con el dominio sentimientos de inutilidad ($r=.125$, $p<0.05$), las demás relaciones no fueron significativas.

Por otro lado, para evaluar si el grado de afectación genera diferencias en la sintomatología depresiva, se aplicó un ANOVA, encontrando que las diferencias fueron significativas en cuanto al puntaje total del CDI ($F=7.40$, $p<0.05$), como en los dominios que lo componen humor negativo ($F= 11.367$, $p<0.05$), problemas interpersonales ($F=5.058$, $p<0.05$), sentimientos de inutilidad ($F=4.219$, $p<0.05$) y anhedonia ($F=3.710$, $p<0.05$), exceptuando el dominio de baja autoestima ($F=1.539$, $p>0.05$), en el cual no existen diferencias significativas (ver Tabla 3).

Análisis de varianza			
	Grado de afectación		
	A.E.	A.P.M.	A.P.G.
Dominios	N=92	N=95	N=113
	Media(DT)	Media(DT)	Media(DT)
Humor negativo	1.03(.13)	1.11(.12)	1.08(.089)
Problemas interpersonales	.76(.11)	.82(.15)	.766(.173)
Sentimientos de inutilidad	1.48(.06)	1.46(.11)	1.49(.023)
Anhedonia	1.04(.14)	1.00(.17)	1.00(.00)
Baja autoestima	.71(.08)	.73(.13)	.716(.079)
CDI Total	26.13(1.43)	26.91(1.58)	26.39(1.25)

Tabla 3. Análisis de varianza de los dominios y puntaje total del CDI con el grado de afectación AE=Asma episódica, APM=Asma Persistente Moderada, APG= Asma Persistente Grave. $P<0.05$.

El análisis de los indicadores de morbilidad y depresión, llevado a cabo mediante el coeficiente de correlación “r” de Pearson, muestra que no existe relación significativa con los dominios del CDI ni con su puntaje total, exceptuando el dominio sentimientos de inutilidad relacionado de manera significativa pero débil, con el número de visitas a urgencias ($r = .126$, $p > 0.05$), es decir, parece estar relacionado un mayor número de visitas a urgencias, con la presencia de sentimientos de inutilidad.

Por último, se analizó la influencia de la variable género en las variables calidad de vida y depresión, a través de la prueba estadística “t” de student, se puede mencionar que las niñas (media=26.81, DT=1.49) tienden ligeramente a tener mayor percepción de síntomas depresivos en comparación con los niños (media=26.31, DT=1.41; $t=2.82$, $p<0.05$) en el dominio problemas interpersonales existen diferencias entre niños (media= .7129, DT=0.12; $t= 15.126$, $p<0.05$) y niñas (media= .9306,DT=0.10); al igual que el dominio baja autoestima, donde las niñas (media=.8197,DT=0.05 $t=15.792$, $p<0.05$) presentan mayor índice de baja autoestima en comparación con los niños (media= .6774, DT=0.07); mientras que en los demás dominios (humor negativo, sentimientos de inutilidad, anhedonia) no muestran relaciones significativas. Así mismo, al evaluar la relación del PAQLQ y sus distintos dominios con la influencia de género, se halló que ésta no es significativa.

DISCUSIÓN

El presente estudio constituye avances en la investigación del asma pediátrica sobre factores psicológicos, como la depresión y la calidad de vida en pacientes mexicanos. Los resultados en cuanto al grado de afectación mostraron que el número de niños en cada categoría fue similar. Sin embargo, se reporta un 6% más de niños con asma persistente grave que con asma episódica o moderada; lo que sugiere un sesgo natural en la muestra, que podría estar relacionado con la mayor motivación por participar que manifiestan los padres de niños con síntomas más severos (Bazán, 2009, Bazán *et al.*, 2009, Bazán *et al.*, 2010). Lo cual significa que la calidad de vida de dos terceras partes de la población encuestada correspondiente a los rubros de asma persistente moderada y grave se encuentra deteriorada.

En cuanto a los indicadores de morbilidad, se identifica que los más frecuentes son: el ausentismo escolar y número de días festivos que permanecen en casa, concordando con estudios anteriores de la literatura en general y en particular con estudios previos hechos en México (Bazán *et al.*, 2009 y Bazán *et al.*, 2011). Paralelo a estos resultados, en el presente estudio también se encontró una estrecha relación entre un mayor número de visitas a urgencias, con la presencia de sentimientos de inutilidad, apoyando lo que dicen Benítez *et al.*, (2005) donde mencionan que las visitas a los servicios de urgencias y los ataques nocturnos se agregan al sentimiento de vulnerabilidad y al estrés emocional.

Se puede mencionar, que el asma repercute moderadamente en la calidad de vida de los pacientes, observando que el dominio más afectado es el de limitación de actividades. En el presente estudio se identificaron el dormir y el correr como las que causan mayor molestia, la primera puede estar relacionada con las características mismas del asma pues sus síntomas se presentan con mayor frecuencia de noche y madrugada (Contreras *et al.*, 2007; Bazán, 2009, Zúñiga *et al.*, 2007). En su estudio Torres *et al.*, (2010) reportan que el padecimiento limita las actividades físicas de un poco más de la cuarta parte de los pacientes de su muestra; Bazán *et al.*, (2010) y Benítez *et al.*, (2005) refieren que

los pacientes presentan frustración y enojo por no poder desempeñarse igual que sus pares y se ven restringidos en el aspecto social.

Por otro lado, los niños del estudio presentan síntomas moderados de depresión, manifestándose mayormente con humor negativo y problemas interpersonales, en menor grado se presenta la baja autoestima; en cuanto al primer rubro (humor negativo) Contreras *et al.*, (2007) señalan que debido a los síntomas recurrentes (ocasionados por el mal control de la enfermedad), los niños presentan fatiga diurna, insomnio y disminución de la actividad y por tanto suelen tener poca energía, humor negativo y quizá problemas interpersonales, con relación a estos últimos, diversos estudios mencionan que las familias se ven afectadas por el carácter impredecible de la enfermedad provocando tensión familiar, discusiones entre los padres, lo cual puede repercutir en la vida del paciente (Bazán *et al.*, 2011); de igual manera los niños se pueden sentir aislados socialmente que aunado a las ausencias escolares, puede conducir a relaciones con sus compañeros deficientes (Nocon, 1991; en Martin, 2008).

En cuanto al grado de afectación-depresión, se encontró similitud con el estudio realizado por Espinosa *et al.*, (2006) ya que entre mayor es el grado de afectación, mayor es la percepción de depresión, lo cual se corrobora en este estudio.

Referente al género se puede mencionar que la población femenina obtuvo mayores índices de depresión al igual que de baja autoestima y problemas interpersonales, lo cual se puede atribuir a aspectos culturales que tienen que ver con patrones de género que se transmiten a los niños desde pequeños, en los cuales es totalmente aceptable que las mujeres expresen sus sentimientos y malestares, en comparación con los varones que se ven sumamente reprimidos en esta cuestión, por lo que se sugiere seguir haciendo estudios en donde se revise más a fondo el papel del género.

El hecho de que los niños se vean limitados en sus actividades cotidianas, podría coadyuvar a la incapacidad que el niño siente y a padecer sintomatología depresiva, por no poder realizar las mismas actividades de sus pares de manera cotidiana, no obstante, se sugiere que se realicen un mayor número de estudios

en donde se pueda explorar más profundamente dichas variables. Por último, es relevante mencionar que el presente artículo sienta precedentes importantes para futuros estudios al igual que para programas de intervención que puedan apoyar al niño y su familia en el manejo de su enfermedad para mantener una mejor calidad de vida sin limitaciones y con adecuada adherencia al tratamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bazán, R.G.E. (2009). Evaluación del impacto familiar del asma bronquial infantil en población mexicana. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Bazán, R.G.E., Torres, V., Prat, R., Sandoval, N. y Forns, D. (2009). Impacto familiar del asma pediátrica. Versión Mexicana del Cuestionario IFABI-R. **Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias México**, **22**, 115-125.
- Bazán, R.G.E., Prat, R. Torres, V. Sandoval, J. y Forns, D. (2010). Asma pediátrica: calidad de vida del paciente relacionada con el impacto familiar. **Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias México**, **69** (2), 75-83.
- Bazán, R.G.E., Osorio, G. (2011). Impacto del asma infantil en familias mexicanas: Dos instrumentos para su evaluación. **Revista Electrónica de Psicología Iztacala**, **14** (4), 160 -173.
- Benítez, M. A., Molina, R.W. y Camps, R.T. (2005). Aspectos psicológicos del asma infantil. **Revista Pediátrica Atención Primaria**, **7** (2), 137-149.
- Caso, E. (2006). La sobreprotección parental como factor asociado en el asma bronquial en niños. **Psicología y salud**, **16** (001), 33-39.
- Contreras, Z. E., Zuluaga, M. S., Casa, Q. I. y Plaza, R. B. (2007) Patologías obstructivas de la vía aérea: Crisis asmática. **Medigraphic**, **66** (4), 161-173.
- Del Barrio, V. y Carrasco, M.A. (2004). **CDI. Inventario de depresión infantil**. Madrid: TEA.
- Díez, J. M., Barrera, H.V., Maestu, P.L., Garrido, C. P., García, G.T. y García, J.R. (2011). Psychiatric Comorbidity in Asthma Patients. Associated Factors. **Journal of Asthma**, **48**, 253-258.

- Espinosa, L.F.D., Parra, R.M., Segura, M.N.H, Toledo, N.D.A., Menez, D.D., Sosa, E.E., Torres, SAB. (2006). Ansiedad y depresión en asmáticos adultos en comparación con sujetos sanos. **Revista Alergia México**, **53** (6), 201-235.
- Figueras, M.A., Amador, C.J. y Però, C. (2008). Características psicométricas de la Reynolds Adolescent Depression Scale en población comunitaria y clínica. **International journal of clinical and health psychology**, **8** (001), 247-266.
- Gallardo, M.G., Arias, C.A., González, D.S. y Galindo, R.G. (2007). Costos derivados de la atención médica del asma en un grupo de niños del Noreste de México. **Revista Alergia México**, **54** (3), 82-85.
- Hinojos, G.L., Martínez, G.I., Upton, R. T. y Cisneros, C. M. (2010). Disfunción familiar y nivel de control de asma en pacientes pediátricos. **Acta Pediátrica de México**, **31** (6), 293-296.
- Huerta, L. J., Jiménez, G. C., Gómez, G. D., Tavera, R. M. y López, A.J. (2011). Evaluación de la calidad clínica y metodológica de las guías de práctica clínica para el manejo del asma en pacientes pediátricos. **Medigraphic**, **20** (1), 5-28.
- Lavoie, K.L., Bacon, S.L., Barone, S., Cartier, A., Ditto, B. y Labrecque, M. (2006). What Is Worse for Asthma Control and Quality of Life*: Depressive Disorders, Anxiety Disorders, or Both? **Original Research**, **130** (4), 1039-1047. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17035436>
- Martín, M.R. (2008). Estudio de las variables psicológicas, calidad de vida e intervención psico-educativa en el asma bronquial infantil. Tesis doctoral. Universidad de Salamanca.
- Ortega, A.N., Mcquaid, EL., Canino, G., Goodwin, R.D., Fritz, G.K. (2004). Comorbidity of Asthma and Anxiety and Depression in Puerto Rican Children. **Psychosomatics**, **45**, 93-99.
- Piedras, M. P. y Huerta, L. J. (2011). Mortalidad por asma. **Medigraphic**, **20** (3), 107-119.
- Suárez, I. L., Huerta L.J. y Del Olmo, T.H. (2010). Aspectos psicológicos del asma. **Medigraphic**, **19** (1), 18-22.
- Torres, F.A., Vázquez, N.F., Beltrán, G.F., Lin, O.D., Martínez, P.G., Magal, L. E. M. y Calderón, V. (2010). Evaluación de la calidad de vida de pacientes pediátricos con asma y su relación con el funcionamiento familiar. **Revista Medicina Salud y Sociedad**, **1** (1), 1-1.