

**J. F. Lozano Oyola**  
**P. J. Mesa Cid**  
**A. Blanco Picabia**

Problemas de conducta en una  
muestra de niños asmáticos

Departamento de Psiquiatría, Personalidad, Evaluación y  
Tratamiento Psicológicos  
Facultad de Psicología, Sevilla

*Behavioral problems in a sample  
of asthmatic children*

**Correspondencia:**

J. F. Lozano Oyola  
Uña 5-1º A  
41005 Sevilla

**RESUMEN**

El asma bronquial es la enfermedad crónica más frecuente en la infancia, siendo muchas las investigaciones llevadas a cabo sobre aspectos psicológicos de ésta. Pero no todas las investigaciones han comparado los resultados obtenidos con grupos adecuados (de niños sanos y de niños con otras enfermedades crónicas), por lo que no es posible saber si las diferencias encontradas entre unos y otros niños, son debidas al asma en sí o al hecho de ser una enfermedad crónica. Estudiamos tres grupos de niños en los que evaluamos los problemas conductuales que presentaban según la opinión de uno de sus padres o de su profesor. El análisis estadístico de los resultados arrojó diferencias estadísticamente significativas.

**PALABRAS CLAVE**

Asma bronquial; Niños; Problemas de conducta.

**ABSTRACT**

*Bronchial asthma is the commonest chronic illness in childhood and many investigations have been made about its psychological aspects. But not every investigations have compared the results obtained with adequate control groups, so it is not possible to know if the differences between them are caused by the asthma itself, or because of being a chronic illness. We studied and assessed three groups of children with respect to behavioral problems (the parents' and teachers' opinion). Statistical analysis of the results showed statistically significant differences.*

**KEY WORDS**

*Bronchial asthma; Children; Behavioral problems.*

## INTRODUCCIÓN

Una de las últimas definiciones del asma bronquial internacionalmente aceptadas, es el «*International consensus report on diagnosis and management of asthma*»<sup>(1)</sup>: *el asma es una enfermedad inflamatoria crónica de las vías respiratorias en la que varias células juegan un papel, incluyendo los mastocitos y los eosinófilos. En los individuos susceptibles, esta inflamación produce síntomas que generalmente están asociados con una obstrucción variable al flujo aéreo que es reversible de forma espontánea o con medicación y produce un aumento de las respuestas de las vías aéreas a diversos estímulos.*

Pero los diferentes estudios que se han llevado a cabo acerca de las consecuencias de las enfermedades crónicas infantiles, no siempre han llegado a conclusiones tan unánimes. Generalmente, se han informado de problemas asociados en el niño y en la familia tales como ansiedad, depresión, dependencia, trastornos de conducta, etc., aunque otros estudios llegan a conclusiones casi opuestas. Ocurre que no siempre estos estudios han tenido un control experimental adecuado (muestras pequeñas, ausencia de grupos de control, escasos instrumentos psicológicos y a veces poco fiables, etc.) y esto ha hecho que los resultados hayan diferido bastante entre unos y otros estudios.

El centro de nuestro trabajo es el asma bronquial infantil, la enfermedad crónica más frecuente en la infancia y una de las más estudiadas, porque tanto desde el punto de vista médico como psicológico se ve cada vez menos como una entidad algo misteriosa, a pesar de todo el interés que su estudio siempre ha suscitado. Nosotros nos centramos en el estudio de problemas de conducta (excesos y déficits conductuales) para saber si la posible ocurrencia de los mismos era debida al asma en sí, o al hecho de ser una enfermedad crónica, con las implicaciones que esto conlleva. Además, queríamos estudiar la incidencia de estos problemas tanto desde la percepción de uno de los progenitores del niño, como desde la del profesor del mismo.

Para conseguir el objeto de nuestro trabajo, tomamos tres grupos independientes: uno de niños asmáticos, otro de niños con diversas enfermedades crónicas y otro de niños sanos. Además, también estudiamos tres grupos que se componían de uno de los padres, que normalmente eran madres, de cada uno de los niños de los grupos anteriormente mencionados.

## MATERIAL Y MÉTODO

El grupo de niños asmáticos fue recogido durante un período de un año consecutivo, de la Consulta de Alergia del Hospital Infantil Universitario "Virgen del Rocío" de Sevilla. El criterio que se siguió para conseguir la totalidad del grupo, fue temporal y no numérico. Esto fue debido a que si hubiéramos optado por esto último, pues el objetivo era conseguir unos 50 sujetos y sus respectivos progenitores, quizá se hubiera completado antes la muestra, pero no se habría podido tener en cuenta la posible influencia de los cambios estacionales en una enfermedad fluctuante según las condiciones climáticas como el asma. Los hermanos de los niños seleccionados no debían padecer ninguna enfermedad crónica, y los niños asmáticos ninguna otra aparte del asma.

El grupo de niños sanos y sus progenitores fue seleccionado a partir de una muestra homogénea de niños, en colegios de Sevilla y su provincia. Ni los niños ni sus hermanos debían padecer enfermedades crónicas. Aquí el criterio fue numérico, se pretendía tener 100 sujetos, aunque la negación a participar de dos colegios seleccionados hizo que esto no fuera viable y que sólo se tomaran 82.

Por último, el grupo de enfermedades crónicas fue seleccionado de un número de consultas en que se trataban enfermedades parecidas al asma en ciertas características importantes, como ser crónicas, tener un curso fluctuante, requerir ocasionalmente hospitalización, no afectar la movilidad del niño, etc. La elección de los sujetos se realizó por orden alfabético en los ficheros de las consultas participantes, y en principio estaba previsto conseguir 50 niños, pero la colaboración fue aquí escasa y sólo entrevistamos a 32 niños. Los hermanos de los niños de este grupo tampoco sufrían ninguna enfermedad crónica.

Fue tomado este último grupo de los siguientes Servicios -entre paréntesis figura el número de sujetos elegidos de cada consulta- y en este mismo orden de recogida: Medicina Interna (1), Cardiología (2), Nutrición (3), Hemodinámica (2), Gastroenterología (3), Endocrinología (21).

Todos los niños y niñas debían tener entre ocho y doce años de edad.

Fue un diseño de grupos naturales, en que los niños fueron seleccionados de modo que los grupos resultan diferentes respecto a ciertas características específicas, en este caso tener asma, otra enfermedad crónica o no

124

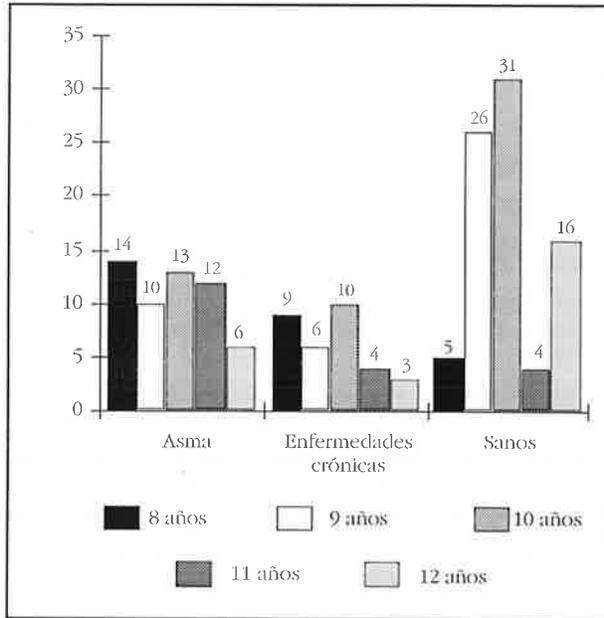


Figura 1. Edades.

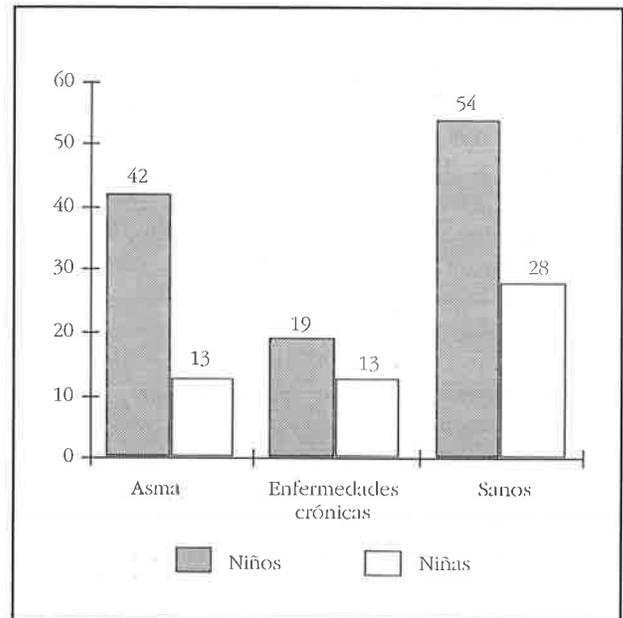


Figura 2. Sexo.

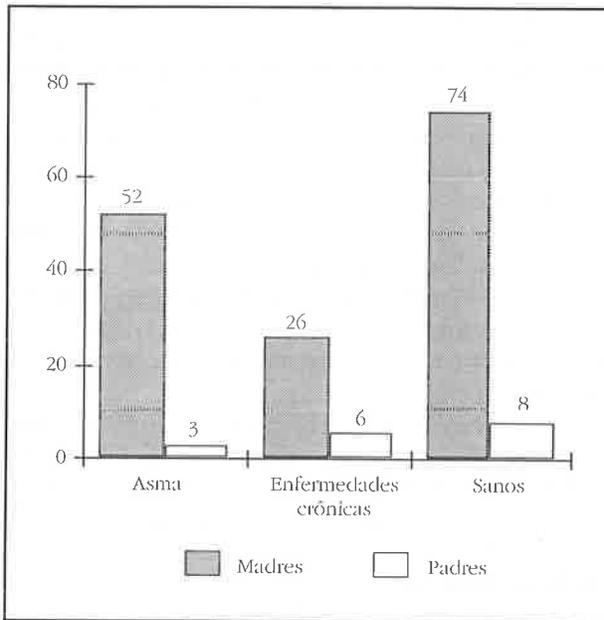


Figura 3. Sexo progenitor entrevistado.

tenerlas. A continuación se describen algunas características de la muestra.

*Edad de los niños:* las edades de los niños y niñas oscilaban entre 8 y 12 años. Puede observarse su distribución en los tres grupos en la figura 1. Predominan especialmente los niños con edades de 9 y 10 años en el grupo de niños sanos, ya que la recogida en los colegios fue mayoritariamente en los grupos de quinto de EGB. En el grupo de niños asmáticos hay más sujetos de 8 años y en el grupo de otras enfermedades crónicas, de 10.

*Sexo de los niños:* dado que en el asma hay un claro predominio de niños afectados respecto a las niñas, se intentó respetar esta proporción también en los otros dos grupos y como puede observarse en la figura 2, se consiguió especialmente en el grupo 3 (sanos).

*Sexo del progenitor entrevistado:* en los tres grupos, las madres fueron las que mayoritariamente contestaron todas las pruebas y cuestionarios, bien en consulta, bien en los colegios (Fig. 3).

*Lugar de residencia:* si bien en los grupos de niños enfermos hubo un ligero predominio de sujetos residentes en la provincia de Sevilla, en el grupo de niños sanos, predominaron los residentes en la capital (Fig. 4).

*Nivel económico* (Fig. 5): se pidió a los progenitores que clasificaran la situación económica familiar en fun-

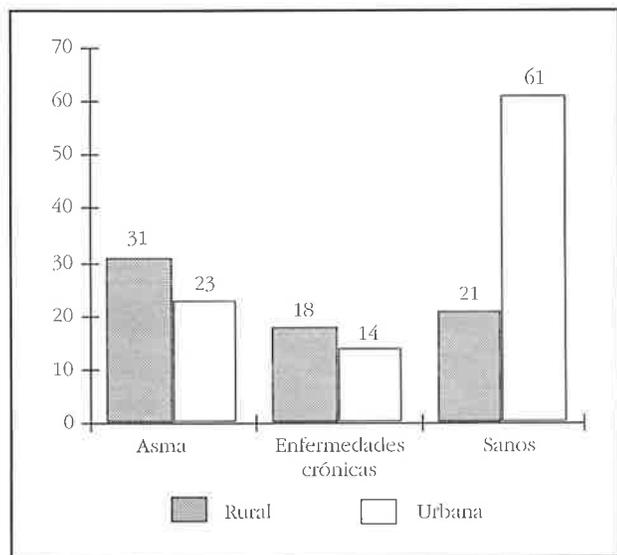


Figura 4. Lugar de residencia.

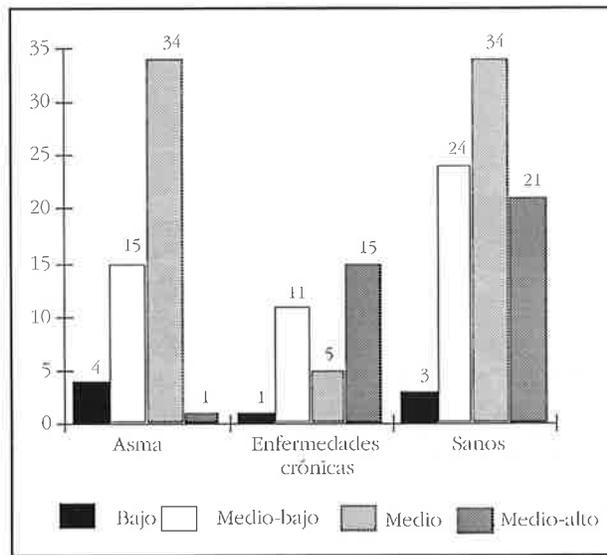


Figura 5. Nivel económico.

ción de cinco categorías, si bien ninguno de ellos se incluyó en la categoría de nivel económico alto; mayoritariamente los padres de niños asmáticos y sanos, se incluyeron en el nivel medio. Las otras categorías posibles eran medio-alto, medio, medio-bajo y bajo.

Por otro lado, el tiempo desde que se diagnosticaron las enfermedades fue similar en ambos grupos de enfermos.

Estos datos que acabamos de comentar se consiguieron porque a uno de los progenitores de cada niño, se le aplicaba una encuesta sociodemográfica al comienzo de la entrevista, que además de aclarar los objetivos de la investigación, facilitaba el adecuado rapport. Dicha encuesta aporta información acerca de datos familiares (edad y estudios de los padres, nivel socioeconómico...), los correspondientes al niño y su desarrollo y posibles problemas sufridos durante el mismo. En aquellos casos en que el niño tenía una enfermedad crónica, se preguntaba además sobre otros aspectos relacionados con la misma (reacción al diagnóstico, hospitalizaciones, adherencia al tratamiento...).

Para obtener información sobre los problemas conductuales desde el punto de vista de los progenitores, hemos utilizado la *Escala de Observación Conductual para Padres* de Achenbach y Edelbrock, adaptada por Fernández-Ballesteros<sup>(2)</sup>, dada la amplia gama de conductas que permite evaluar. Algunos autores han encontrado una mayor tasa de problemas conductuales en

niños enfermos crónicos<sup>(3,4)</sup> y en asmáticos, concretamente a través del Cuestionario de Achenbach y Edelbrock<sup>(5,6)</sup>. Para comprobar si esto ocurría en nuestro medio y la relación que esto tenía con los otros parámetros evaluados, decidimos utilizar dicho cuestionario con la adaptación mencionada anteriormente.

La *Escala de Observación Conductual para Profesores* de Achenbach y Edelbrock, adaptada por Fernández-Ballesteros<sup>(2)</sup> fue contestada por el profesor o el tutor de cada niño. Se compone de ítems-conducta muy parecidos a los que componen la Escala de Observación de Padres, pero lógicamente adaptados a la situación escolar. Al igual que en dicha escala, no conocíamos resultados de la adaptación mencionada, pero dado que nuestro objetivo era saber si determinadas conductas eran más frecuentes en uno u otro grupo, y que nos interesaba comparar estos posibles problemas de conducta en la escuela y en casa, sin que tuviéramos noticias de otros instrumentos de características semejantes y con mayores criterios de bondad, nos pareció oportuno aplicar esta prueba.

## RESULTADOS

Pasando a los análisis estadísticos realizados, diremos que se llevó a cabo un *análisis factorial de com-*

**Tabla 1 Escala de padres**

*Factor conducta disocial*

- 41. Ataca físicamente a la gente
- 73. Amenaza a la gente
- 71. Tiene ataques de ira o mal carácter
- 5. Desafía o contesta mal
- 27. Dice que los demás le tienen manía
- 3. Discute
- 47. Grita
- 31. Interviene en burlas
- 13. Se agita nerviosamente
- 30. Interviene en luchas físicas

**Tabla 2 t de Student: escala de padres**

Variable	t	Contrastes grupales (p)
Conducta disocial	0,95	G1-G2 (0,17)
	2,90	G1-G3 (0,004*)
	1,48	G2-G3 (0,7)

\* ( $p < 0,005$ ).

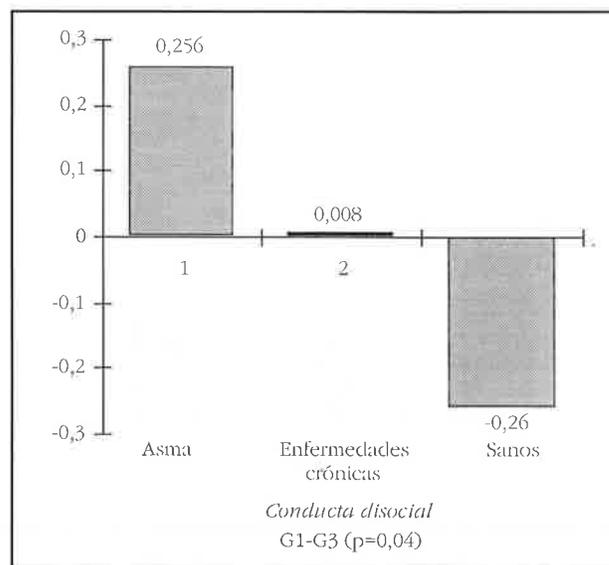
G1= Asma; G2= Enfermedades crónicas; G3= Sanos.

ponentes principales con los items de la Escala de Observación Conductual para padres. Dada la estructura factorial resultante, decidimos seleccionar un solo factor del análisis, al que llamamos *conducta disocial*, que explicaba el 20,7% de la varianza total de la prueba. Aun con un solo factor, pensamos que los resultados se pueden considerar válidos y útiles para diferenciar entre las tres muestras de nuestra investigación, e incluso entre las tres agrupaciones dentro del grupo de niños asmáticos, surgidas del análisis de clusters que hemos llevado a cabo y cuyos resultados publicaremos en breve.

Los items (precedidos del número de orden que ocupaban en la escala), que formaban este factor, una vez realizado el análisis factorial se recogen en la tabla 1. Con este factor se realizó un contraste de medias entre los tres grupos que componían el estudio. Las medias obtenidas por cada grupo pueden observarse en la figura 6.

Por otro lado, el contraste de medias realizado con la t de Student, arrojó los siguientes resultados (Tabla 2).

Estos resultados indican que son claramente las madres de los niños asmáticos las que evalúan a sus hijos como aquellos que tienen una *mayor conducta*



**Figura 6. Escala de padres.**

*disocial*, cuando se comparan con los otros dos grupos. Esta diferencia además, es estadísticamente significativa cuando se comparan estas puntuaciones con el grupo de niños sanos, algo que no sucede cuando la comparación es entre el grupo de niños con otras enfermedades y el de sanos. De todos modos, hay que decir que las madres de los niños con otras enfermedades crónicas, también encuentran una mayor frecuencia de problemas conductuales, que las de los niños sanos.

Al igual que con la Escala anterior, con los items del Cuestionario de Observación para el Profesor, se realizó un *análisis factorial de componentes principales*. Se tomaron los dos primeros factores resultantes del mismo, que explicaban el 45,7% de la varianza de la prueba (33,7 y 12% respectivamente).

También en este caso se realizó un análisis factorial de componentes principales para hallar aquellos factores que explicaran el mayor porcentaje posible de varianza, objetivo que creemos que se cumplió y que proporcionó dos factores que denominamos *Conductas no favorecedoras del aprendizaje y conducta disruptiva*. Silva y Martorell<sup>(7)</sup> en nuestro país, han adaptado y baremado una batería de pruebas (E.P.I.J.) entre las que se encuentra una muy parecida a esta adaptación utilizada por nosotros, informando también de buenos resultados y de factores similares.

**Tabla 3 Escala del profesor**

*Factor 1. Conductas no favorecedoras del aprendizaje*

78. No atiende, se distrae fácilmente  
 61. Se muestra pobre en sus trabajos escolares  
 72. Trabaja desorganizadamente  
 8. No puede concentrarse; no puede fijar la atención mucho tiempo  
 92. Vaguea; no trabaja todo lo que podría  
 49. Tiene dificultades en el aprendizaje  
 4. No termina las cosas que comienza  
 60. Apático o desmotivado  
 100. Falla en el desempeño de tareas que le han asignado  
 22. Tiene dificultades para seguir instrucciones  
 17. Sueña despierto o está perdido en sus pensamientos

*Factor 2. Conducta disruptiva*

24. Molesta a otros alumnos  
 67. Rompe la disciplina de la clase  
 39. Está siempre pegado a los que se meten en problemas  
 86. Es obstinado, rencoroso, irritable  
 3. Discute mucho  
 23. Es desobediente en la escuela  
 38. Interviene en burlas  
 53. Habla aun cuando no le toca su turno  
 73. Se comporta irresponsablemente  
 26. No parece sentirse culpable después de comportarse mal  
 41. Es impulsivo o actúa sin pensar  
 93. Habla demasiado  
 109. Se muestra amable, gentil

**Tabla 4 t de Student. Escala del profesor**

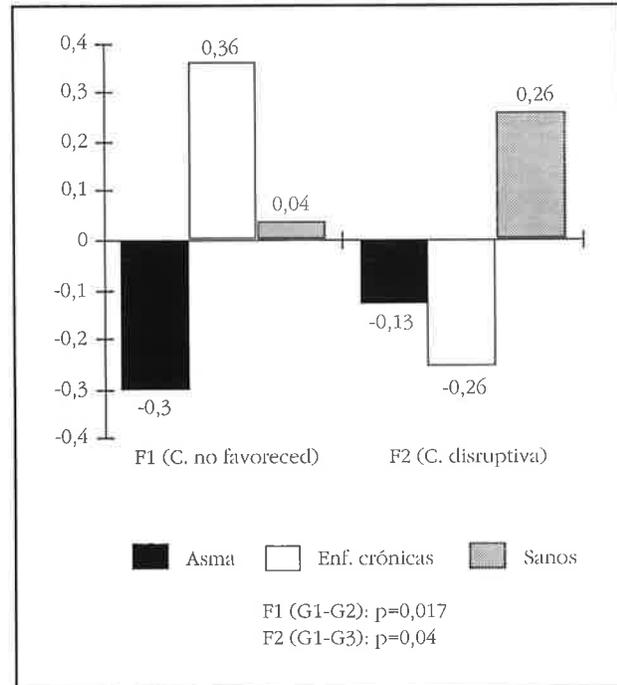
Variable	t	Contrastes grupales (p)
Conductas no favorecedoras del aprendizaje (F1)	-2,19	G1-G2 (0,017*)
	-1,31	G1-G3 (0,96)
	0,96	G2-G3 (0,17)
Conductas disruptivas (F2)	0,40	G1-G2 (0,34)
	-1,77	G1-G3 (0,4*)
	-1,47	G2-G3 (0,74)

\* ( $p < 0,05$ ).

G1=Asma; G2=Enfermedades crónicas; G3=Sanos.

Los items que componían estos dos factores se recogen en la tabla 3.

En lo que hace referencia a la existencia de problemas de conducta en clase, se compararon los tres grupos en función de las puntuaciones obtenidas en el Cuestionario de Observación del Profesor. Las puntuaciones medias de los dos factores se exponen en la figura 7.



**Figura 7. Escala del profesor.**

Al igual que hicimos con la anterior variable, llevamos a cabo un contraste de medias por pares de grupos a través de la t de Student-Fisher, cuyo resultado mostramos en la tabla 4.

Estos resultados muestran que son los niños del grupo 2 (enfermedades crónicas), los que *más alto* puntúan en el primer factor (conductas no favorecedoras del aprendizaje) y los asmáticos los que puntúan más bajo, siendo esta diferencia estadísticamente significativa al nivel de 0,05, que es el que nosotros tomamos como significativo.

En cuanto al factor 2, conducta disruptiva, son también los chicos asmáticos los que *menos problemas* plantean en clase y los sanos los que más, existiendo diferencias significativas entre ambos grupos de niños. Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas entre el grupo de enfermos crónicos y el de niños sanos en ninguno de los dos factores.

## DISCUSIÓN

La opinión de los progenitores sobre los "problemas conductuales infantiles" o *conducta disocial*, siguien-

128 do la nomenclatura utilizada tras el análisis factorial de la Escala de Observación Conductual, no concuerda con la que tienen los profesores de estos niños, comparando con el factor similar llamado *conducta disruptiva*. Podríamos pensar que la percepción de la conducta de los niños por parte de sus madres, o bien por parte de sus profesores, puede estar distorsionada. Pero también puede pensarse que ninguna está distorsionada, sino que el niño se comporta de modo distinto en casa y en clase, en todos y cada uno de los grupos, independientemente de la "fiabilidad" como observadores de madres y maestros. Esto ya ha sido informado por otros autores. Así, Fitzgerald<sup>(6)</sup> ha señalado que las madres de niños enfermos suelen referir más problemas conductuales en sus hijos que los propios profesores; en nuestro estudio, esto ocurre en los grupos de niños asmáticos y de enfermos crónicos, pero no en el de sanos, con lo que parece confirmarse lo expuesto por dicho autor.

Desde luego, lo que está claro es que las madres de los niños asmáticos eran las que más alto puntuaban a sus hijos en lo que hace referencia a los problemas de *conducta disocial*. Aunque esta diferencia entre las puntuaciones obtenidas no era estadísticamente significativa a un nivel de 0,05 cuando se comparaba con la obtenida por las madres de enfermos crónicos, sí lo era al compararla con la obtenida por las madres de niños sanos. Para Panides y Ziller<sup>(9)</sup>, esta mayor frecuencia de problemas de conducta en los niños asmáticos, puede tener relación con la presencia de depresión de sus madres que puede hacerlas menos sensibles a las demandas y necesidades del niño y que éste se comporte de modo que consiga llamar su atención. Por otro lado, el mismo comportamiento de estos chicos, no les sería útil en otros contextos como el colegio, donde tienen una baja puntuación en *conducta disruptiva*.

Cruz<sup>(10)</sup> cree que en los períodos iniciales de la enfermedad, los niños asmáticos son agresivos y asociales, volviéndose introvertidos e inseguros si la evolución de la enfermedad es mala y esto se confirma en nuestros resultados cuando realizamos el análisis de clusters, ya que los niños del grupo que llevaban un menor tiempo enfermos, eran los que tenían más problemas de conducta disocial, y aquéllos pertenecientes al grupo que tenían el mayor tiempo desde que se les diagnosticó la enfermedad, eran los que tenían la menor puntuación en esta variable y la mayor en depresión.

Nelms<sup>(11)</sup> sin embargo, encontró un nivel menor de agresión en niños asmáticos cuando se les comparaba con niños diabéticos y sanos, explicando esto por el hecho de que los niños asmáticos han podido aprender que determinadas conductas agresivas como gritar (que aparece en el factor de la Escala de Padres) pueden provocar un ataque, y que intenten reprimirlas. De todos modos, el factor de dicha Escala, no sólo mide conductas agresivas que incidan directamente en la respiración del niño y por ello, no son los resultados totalmente equiparables, ya que este autor utilizó una escala diferente. Hamlett y cols.<sup>(12)</sup> han informado recientemente de problemas de conductas internalizantes en niños asmáticos, pero en nuestro caso el factor del Cuestionario de Padres medía lo que se entiende por problemas de conducta externalizantes. Otros autores<sup>(6,13)</sup> han informado de una mayor incidencia de problemas de conducta en los niños asmáticos que en los sanos, especialmente en los que tenían asma grave.

En lo referente a la conducta de los niños en clase, el primer factor surgido del análisis factorial de componentes principales del Cuestionario del Profesor, *conductas no favorecedoras del aprendizaje*, diferenciaba significativamente entre el grupo de niños enfermos crónicos y el de asmáticos, siendo éstos los que puntuaban más bajo y aquéllos los que lo hacían más alto. Hagen y cols.<sup>(14)</sup> han informado que los niños con inicio temprano de la diabetes, y en grupo 2 la mitad son diabéticos, hay con mayor frecuencia deficiencias en el procesamiento cognitivo de la información, lo cual puede dar lugar a problemas de aprendizaje. Si el niño diabético además no tiene un buen balance insulina-glucosa en los días de colegio, no estará en condiciones físicas ni psíquicas de seguir el ritmo de la clase. En otros niños componentes del grupo 2 de nuestra muestra, los niños con PKU, se sabe que cuando no tienen el nivel de fenilalanina en el rango normal y lo superan, siendo esto último frecuente, aparecen problemas de impulsividad o de falta de atención. Son dos ejemplos de niños que han podido elevar el valor medio del factor. Además, estos niños con enfermedades crónicas se ven obligados a faltar a clase con cierta frecuencia debido a revisiones médicas, empeoramientos pasajeros de la enfermedad o alguna hospitalización, por lo que al volver a clase pueden acusar el proceso de readaptación a la dinámica escolar, y especialmente cuando se trata de niños diabéticos o hemofílicos, las ausencias suelen ser prolongadas.

Pero es que, como dijimos, el niño asmático ha podido interiorizar que ha de ser un "niño bueno" al escuchar de boca de sus padres los peligros de no portarse bien en casa, y haber generalizado las situaciones que pueden desencadenar sus ataques al contexto escolar, lo que resultaría en un cambio de comportamiento para ser él responsable de su enfermedad en el colegio, ya que difícilmente ahí podrá obtener la "atención" que consigue en su casa. Hay que tener en cuenta también que a veces los niños asmáticos están más limitados en cuanto a actividad física y esto puede influir para que intente destacar por otro lado más "intelectual" y de buen rendimiento académico, centrándose en realizar lo mejor posible las actividades escolares. En este sentido apuntan Celano y Geller<sup>(15)</sup>, cuando dicen que no hay una clara evidencia para pensar que el niño asmático deba tener una peor ejecución escolar. La comparación de los niños asmáticos con los sanos en este factor, no arrojó diferencias significativas, siendo también los asmáticos los que menos problemas presentaban.

En el factor *conducta disruptiva* escolar, los niños asmáticos también eran los que más bajo puntuaban, pero en este caso los sanos puntuaban más alto que los otros dos grupos, siendo significativa la diferencia con los asmáticos. Ya hemos dicho que las normas de comportamiento repetidas a los niños asmáticos para prevenir posibles ataques (algunas variables del factor son: no discutir, no irritarse, no pelear...) pueden haber sido interiorizadas por éstos y cambiar notablemente su comportamiento cuando cambian de ambiente. Es más probable que en el ambiente escolar, el niño asmático no pueda ejercer el dominio que ejercen en su casa muchos niños con enfermedades crónicas, reforzado por los beneficios secundarios que les proporciona la enfermedad y por las actitudes de pena que a veces provocan en sus familiares. Comportándose de un modo correcto, por ejemplo, puede el niño asmático reafirmarse en su papel de enfermo ante el profesor, esgrimiendo la excusa de que no se encuentra bien para quizá evitar tareas que no le resultan agradables. Además, los síntomas asmáticos suelen ser más espectaculares que los de las otras enfermedades crónicas, algo que quizá pueda condicionar la respuesta de los profesores.

Es posible también que los profesores puedan considerar la misma conducta como disruptiva en un niño sano, mientras que la consideraría normal o debida a su

enfermedad y a las consecuencias que ello conlleva, en un niño asmático, con lo que se sienten obligados a ser más tolerantes debido a sentimientos de lástima hacia los mismos, a posibles consecuencias si al niño le sucede algo durante un ataque o a creencias erróneas acerca del desencadenamiento de las crisis. De ahí la importancia de una adecuada comunicación entre los padres de estos niños y sus responsables escolares, que deberían estar informados de los aspectos básicos de la enfermedad. Esto contrasta con el hecho de que algunos progenitores entrevistados en los dos grupos de niños enfermos no dicen en el colegio que su hijo tiene una enfermedad crónica, por vergüenza en algunos casos o por una mal entendida pena hacia el niño en otros casos.

Enfermedades como la diabetes, fenilcetonuria o celiacía, al contrario que el asma, no tienen unos efectos secundarios inmediatos no asociados con lapsus dietarios que se traduzcan en *conductas disruptivas*<sup>(16)</sup>, por lo que la insistencia en prohibiciones o advertencias por parte de su familia, estará centrada en conductas relacionadas con la comida. En el asma, al ser los precipitantes emocionales y físicos (por ejemplo, correr en condiciones o ambientes inadecuados) importantes en muchos niños, sí es más probable esa insistencia y el consiguiente "buen comportamiento en clase y en el contexto escolar". Volviendo a lo expuesto por Fitzgerald<sup>(8)</sup> lo que resulta sugerente es que en ambos grupos de enfermos, las puntuaciones sobre problemas de conducta en casa y en clase sean tan diferentes, informando de una menor frecuencia siempre los profesores -puede que sus sentimientos hacia un niño con problemas, les haga ser más subjetivos al valorar la conducta del mismo-. En el grupo de sanos es al contrario, o sea, que las madres informan de una frecuencia menor de problemas de conducta que los profesores.

Por todo ello, parece recomendable una comunicación fluida entre todas las fuentes de cuidado del niño enfermo: profesor, médico, familia, etc., para evitar ciertas actitudes de pena o sobreprotección, con objeto de minimizar las consecuencias de la enfermedad y hacer del niño con enfermedad crónica un niño más, que no se sienta diferente a los demás. Para ello, bueno sería que esto comenzara desde los profesionales que estamos en contacto con estos niños y que esto pudiéramos generalizarlo a sus familias.

**BIBLIOGRAFÍA**

- 1 International Consensus Report on Diagnosis and Management of Asthma. *Allergy* 1992;47:1-61.
- 2 Fernández R. *Cuaderno de prácticas de Psicodiagnóstico*. Madrid: UNED, 1982.
- 3 Rubinstein B. Aspectos psiquiátricos de las incapacidades crónicas. En: Downey JA, Low NL. *Enfermedades incapacitantes en el niño, Principios de rehabilitación*. Barcelona: Salvat, 1987.
- 4 Minuchin S, Rosman B, Baker L. *Psychosomatic families*. Cambridge: Harvard University Press, 1978.
- 5 Furrow D, Hambley J, Brazil K. Behavior problems in children requiring inpatient rehabilitation treatment for asthma. *Journal of Asthma* 1989;26:123-132.
- 6 Hambley J, Brazil K, Furrow D, Yuen Chui Y. Demographic and psychosocial characteristics of asthmatic children in a Canadian rehabilitation setting. *Journal of Asthma* 1989;26:167-175.
- 7 Silva F, Martorell C. *E.P.I.J* Madrid: Mepsa, 1993.
- 8 Fitzgerald M. Behavioral deviance and maternal depressive symptoms in paediatric outpatients. *Archives of Disease in Childhood* 1985;60:560-562.
- 9 Panides WC, Ziller RC. The self-perceptions of children with asthma and asthma/enuresis. *Journal of Psychosomatic Research* 1981;25:51-56.
- 10 Cruz M. *Tratado de Pediatría* (vol II) Barcelona: Espaxs, 1994.
- 11 Nelms BC. Emotional behaviors in chronically ill children. *Journal of Abnormal Child Psychology* 1989;17:657-668.
- 12 Hamlett KW, Pellegrini DS, Katz KS. Childhood chronic illness as a family stressor. *Journal of Pediatric Psychology* 1992;17:33-47.
- 13 Hazzard A, Angert L. Knowledge, attitudes, and behavior in children with asthma. *J of Asthma* 1986;23:61-67.
- 14 Hagen JW, Barclay CR, Anderson BJ, Feeman DJ. Intellectual functioning and strategy use in children with insulin-dependent diabetes mellitus. *Child Development* 1990;6:1747-1727.
- 15 Celano MP, Geller RJ. Learning, school performance, and children with asthma: How much at risk? Special Series: pediatric chronic illness. *Journal of Learning Disabilities* 1993;26:23-32.
- 16 Lagreca AM, Stone WL. Behavioral pediatrics. En: Schneiderman N, Taps JT, eds. *Behavioral Medicine: The biopsychosocial approach*. Hillsdale NJ: Erlabum, 1985.