

Asma infantil y acontecimientos vitales

M.J. Mardomingo* y M.S. Gallego**

Madrid

RESUMEN

Los autores aportan un trabajo en la línea de los acontecimientos vitales como vector de detonante, a través de una muestra de 50 niños seleccionando los efectos de asma. De ello se desprende que el grupo de asmático posee un nivel de acontecimientos vitales y reactividad a éstos más elevada que en otros grupos.

Palabras clave: Asma infantil. Acontecimiento vitales.

INTRODUCCIÓN

La interacción del dualismo soma-psi que en la génesis de las enfermedades viene siendo una constante a lo largo de la Historia. Numerosos autores han opinado al respecto pero la mayoría de las teorías emitidas care-

cen de fundamento científico.

Desde que Hans Selye en 1936 descubriera el «Síndrome General de Adaptación», como desencadenante del estrés, este concepto adquirió tal divulgación que supuso el inicio de una etapa de investigaciones y desarrollo de la teoría a escala internacional tanto en ramas de la medicina como, posteriormente en las ciencias sociales.

En la obra «Stress Without distress», Selye manifiesta que las tensiones mentales, las frustraciones, la inseguridad y la ausencia de objetivos, figuran entre los factores de estrés más nocivos y los estudios psicomáticos han demostrado la influencia que tienen en el origen de muchas enfermedades, y entre ellas el asma.

El asma bronquial ha sido una de las primeras entidades considerada como psicomática. Las sensaciones de miedo, pánico y ansiedad a menudo precipitan la aparición de síntomas asmáticos. Para Creer¹¹ se instauraría un círculo vicioso entre el estado de ansiedad y el asma con lo cual éste tendería a perpetuarse.

En algunos pacientes el poder de sugestión actúa como estímulo condicionado provocando la crisis, tal como demuestra Macken-

* Jefe Sección de Psiquiatría Infantil del Hospital Gral. Gregorio Marañón.

** Licenciada en Medicina y Cirugía.

zie¹⁸.

Durante años se ha observado que los síntomas de algunos niños asmáticos cedían o remitían cuando se les separaba de sus familias. Peshkin en 1968 ideó el término «Parentectomía» para referirse al tratamiento del asma mediante la separación del paciente de su núcleo familia²². La efectividad de este tipo de tratamiento se puso de manifiesto en su experimento realizado en Denver, donde los niños asmáticos eran enviados al National Asthma Center, sin embargo las causas del éxito fueron tergiversadas.

Purcell et al en 1969 realizaron un experimento similar obteniendo unos resultados beneficiosos ya que la frecuencia de los ataques de asma disminuyó considerablemente.²³.

Los rasgos de la personalidad también han sido estudiados. Así, Creer apunta que los sujetos asmáticos presentan una marcada hipersensibilidad y sobreprotección con una agresividad latente y manifiesta pasividad¹¹.

Los estudios psicofisiológicos han producido resultados más contundentes. Las observaciones clínicas demuestran que los ataques de asma parecen ser resultado de un estrés emocional¹³. Ciertamente estados de intensa ansiedad han provocado la aparición de síntomas asmáticos. Esto se ha comprobado en experimentos que utilizan fórmulas estresantes para el paciente tales como películas perturbadoras (Weiss, Lynees, Molk y Riley, 1976) o la sugestión bajo hipnosis de una discusión (Clarke, 1970) pero con ello sólo se han producido cambios en el patrón respiratorio o en los flujos ventiladores pero no se han desencadenado ataques asmáticos propiamente dichos.

Resulta ya clásico el estudio de Ress en 1964 que demostró la importancia de considerar el asma como una enfermedad multicausal en donde el factor emocional se presenta como causa dominante en el 37% de los casos.

En 1976, Tal A. realizó un interesante experimento en niños asmáticos encontrando que el volumen de aire espirado en el primer

segundo de una espiración forzada (F.E.VI) aumentaba tras la relajación y disminuía tras estados de ansiedad, agitación y temor hasta un 20% en el 38% de los sujetos²⁶.

Los aspectos socioculturales educacionales y medioambientales fueron puestos de manifiesto por Ballambathu y col. en 1978 que encontraron una estrecha relación entre el nivel socioeconómico y la gravedad de los síntomas asmáticos en la población infantil, así cuantos menores eran los ingresos familiares mayor era la intensidad del asma y menor su respuesta al tratamiento.

Uno de los trabajos más recientes ha sido el de Yujiro et al en 1982. Los resultados muestran que los niños asmáticos que estaban en remisión completa de la enfermedad se sentían más aceptados por sus madres que los niños que no habían experimentado cambios en la evolución y que se sentían rechazados y dominados por sus madres²⁷.

Afirman también que la ansiedad, la tensión y las emociones reprimidas pueden incrementar la sensibilidad bronquial bien estimulando el sistema nervioso parasimpático o inhibiendo el sistema nervioso simpático.

La relación existente entre el nivel de estrés y las hospitalizaciones pediátricas la estudió Kashani en 1981 encontrando mayor número de factores estresantes en los niños hospitalizados que en la población general¹⁷. Sin embargo Aagaard¹⁻² enfatiza que los factores sociales no son suficientes para predecir futuras hospitalizaciones.

La incidencia y epidemiología de las enfermedades psicósomáticas o psicofisiológicas en la infancia no se conoce bien. Según Pless y Roghmann un niño de cada diez sufre una enfermedad crónica antes de los diez años, siendo la más frecuente el asma. El objetivo del presente trabajo es encontrar la relación o influencia que ejercen los acontecimientos vitales en la aparición de determinadas enfermedades, en concreto el asma, en la población infantil.

El asma es una entidad que se caracteriza por su alta incidencia en la infancia, por sus

repercusiones en la vida diaria del niño y por tener unas características etiopatogénicas especialmente idóneas para este tipo de estudio.

Se establecen también comparaciones con otros tipos de enfermedades pediátricas tales como los trastornos gastrointestinales, las infecciones respiratorias, los procesos oncohematológicos y los traumatismos ya que son muy escasos los trabajos en los que se estudia la influencia de estrés en la aparición de estas enfermedades.

MATERIAL Y MÉTODOS

La muestra comprende 50 niños de ambos sexos, 27 varones y 23 hembras, de edades comprendidas entre los 6 y 14 años (media = 9.9 años) que acudieron al servicio de Urgencias del Instituto de Pediatría y Puericultura del Hospital Provincial de Madrid.

El criterio de selección de los niños integrantes de la muestra fue, en principio, a través del diagnóstico de presunción que después fue confirmado por un diagnóstico definitivo. Se incluyeron niños que presentaban síntomas referidos a alguna de las enfermeda-

des objeto de estudio tales como disnea, dolor abdominal, diarreas, vómitos, fracturas óseas, fiebre persistente y adenomegalias entre muchos otros síntomas.

Las enfermedades estudiadas se dividieron en los siguientes grupos:

- I. Asma
- II. Traumatismos
- III. Trastornos gastrointestinales
- IV. Enfermedades oncohematológicas
- V. Trastornos respiratorios de etiología infecciosa

En el grupo II se incluyen tanto los accidentes de tráfico como los accidentes caseros y escolares.

En el grupo III se incluyen las gastroenteritis agudas y los dolores abdominales agudos idiopáticos.

El grupo IV lo integran los linfomas de Hodgkin, y Leucemias Linfoblásticas Agudas.

La distribución de la muestra según edad y sexo en cada uno de los cinco grupos diagnósticos se expresa en la Tabla I.

Con el fin de establecer el nivel de estrés a que estaba sometido cada paciente se utilizó

TABLA I

DISTRIBUCION DE LA MUESTRA SEGUN EDAD Y SEXO EN CADA GRUPO DE ENFERMEDAD

	GRUPOS					Total Grupos
	Inf. Respiratorias (n=9)	Alt. Abdominales (n=12)	Traumatismos (n=7)	Enf. Oncohematol. (n=11)	Proc. Asmáticos (n=11)	
Edad (media= \bar{X})	10,8	9,7	9	10	10	9,9
Varones (n)	3	7	1	9	7	27
Hembras (n)	6	5	6	2	4	23

la Escala de Acontecimientos Vitales, (Mardomingo et al 1986) que consta de cuarenta situaciones o cambios vitales referidos tanto al área escolar como familiar y personal y que son capaces de originar estrés. Cada situación va acompañada de un valor medio o puntua-

ción que expresa el grado de influencia de ese acontecimiento en la aparición de una enfermedad¹⁹. Estos valores están representados en la Tabla II.

A cada niño se le preguntó si había experimentado o no cada uno de los acontecimen-

TABLA II

**ESCALA DE ACONTECIMIENTOS VITALES ADAPTADA A LA
POBLACION INFANTIL ESPANOLA (MARDOMINGO ET AL 1986)**

ACONTECIMIENTOS VITALES	PUNTUACION
Muerte de uno de los padres	90
Separación o divorcio de los padres	77
Abandono del hogar de uno de los padres	82
Abuso sexual del menor	84
Muerte de un hermano/a	79
Condena a prisión de uno de los padres por un año o más	67
Enfermedad grave del niño con necesidad de tratamiento hospitalario	65
Descubrimiento de ser adoptado	60
Nuevo matrimonio de uno de los padres	55
Enfermedad psiquiátrica de uno de los padres	64
Enfermedad grave de uno de los padres que necesita tratamiento hospitalario	70
Deficiente rendimiento escolar a lo largo de un año	54
Cambio de popularidad del niño entre los amigos	49
Muerte de un amigo íntimo o familiar	53
Comienzo de la escolarización	42
Aumento de las discusiones entre los padres	52
Suspensión de la escolarización	45
Aumento de las discusiones con los padres	54
Nacimiento de un hermano/a	47
Muerte de un abuelo	47
Pena de prisión inferior a 30 días de uno de los padres	42
Problemas con un profesor o materia escolar	45
Cambio de trabajo del padre con menos tiempo en el hogar	38
Cambio de colegio	51
Abandono del hogar de un hermano/a	46
Incorporación de la madre al trabajo a tiempo completo	46
Incorporación de un tercer adulto a la familia	31
Pérdida del trabajo de uno de los padres	42
Grave enfermedad de un hermano/a con necesidad de tratamiento hospitalario	50
Excelente éxito personal	39
Aumento de las discusiones con los hermanos	36
Embarazo de una hermana soltera	33
Cambio de nivel económico de los padres	44
Traslado a un domicilio nuevo	35
Descenso del número de discusiones entre los padres	24
Descenso del número de discusiones con los padres	23
Descenso del número de discusiones con los hermanos	22
Alcoholismo del padre o de la madre	79
Toxicomanía de un miembro de la familia	75
Separación del niño de los padres pasando a vivir con otras personas o instituciones	90

tos de la escala en los dos años previos al diagnóstico de su enfermedad.

Otros datos recogidos de los pacientes y que conforman el apartado de Factores Asociados fueron:

- Nivel socioeconómico.
- Existencia de aislamiento social.
- Ausencia de la figura paterna antes de los dos años previos al inicio de la enfermedad.
- Interferencias en la educación del niño de personas distintas a los padres.

El nivel socioeconómico se valoró en función de la profesión de los padres como:

- Nivel I: Profesionales con estudios universitarios o de grado medio.
- Nivel II: Obreros cualificados.
- Nivel III: Obreros no cualificados.

Se consideró que existía aislamiento social en los casos en que el núcleo familiar era cerrado y tenía escaso contacto con su entorno social.

Para el estudio estadístico se han utilizado métodos estandarizados como son el análisis de la varianza y el test de la *t* de student para la comparación de medias entre grupos y el test de la mínima diferencia significativa.

Estos métodos se han utilizado tanto para el estudio de las frecuencias de respuestas positivas a los acontecimientos vitales como para el estudio de valores totales una vez aplicada la escala en cada grupo de enfermedad.

Asimismo, el estudio de la influencia de los factores asociados (edad, sexo, nivel socioeconómico, aislamiento social, ausencia de la figura paterna e interferencia educacional) se ha realizado mediante el análisis de la varianza.

Posteriormente, las diferencias entre los grupos considerados se constató mediante la comparación de los grupos dos a dos.

El procesamiento de datos ha sido elaborado por medio de un paquete estadístico estandarizado en un ordenador Hewlett-Packard 9826.

RESULTADOS

1 — ESTUDIO DE LAS FRECUENCIAS OBTENIDAS PARA CADA ACONTECIMIENTO VITA L

Las frecuencias en el valor absoluto así como las frecuencias relativas (expresadas en porcentajes) para cada una de las preguntas realizadas se expresan en la Tabla III.

Examinando dicha tabla se observa que los sucesos más comúnmente referidos han sido el «deficiente rendimiento escolar a lo largo de un año» y «el excelente éxito personal» (cada uno con un 30% de respuestas afirmativas).

La muerte de personas más o menos allegadas también obtiene una frecuencia elevada. Así, la «muerte de un familiar o amigo íntimo» obtuvo respuesta afirmativa en el 24% de los niños estudiados y la «muerte de un abuelo» en el 20%.

Asimismo, han sido frecuentes las respuestas relacionadas con el cambio de situación laboral de los padres, bien expresadas como «pérdida del trabajo de uno de los padres» (20% de respuestas afirmativas), o bien como «cambio de trabajo del padre con menos tiempo en el hogar» (también con un 20% de respuestas afirmativas).

La frecuencia de respuestas afirmativas obtenidas para los acontecimientos vitales relacionados con el mundo escolar ha sido también considerable, aparte del deficiente rendimiento escolar, ya comentado, «Los problemas con un profesor o materia escolar» existían en un 20% de los niños estudiados, mientras que en un 16% se encontró el antecedente de «cambio de colegio».

Todas estas respuestas, que en conjunto constituyen más de la mitad de las respuestas afirmativas obtenidas, tienen una valoración muy similar en la Escala de Acontecimientos Vitales, encontrándose todas ellas dentro de un rango muy estrecho (entre 54 y 38 con una media de 46 dentro de una escala que oscila entre los 90 y 22).

TABLA III

FRECUENCIA Y PORCENTAJES DE ACONTECIMIENTOS VITALES POSITIVOS

ACONTECIMIENTOS VITALES ESTRESANTES	FRC. SI	% SI
Muerte de uno de los padres	0	0
Separación o divorcio de los padres	1	2
Abandono del hogar de uno de los padres	2	4
Abuso sexual del menor	0	0
Muerte de un hermano/a	2	4
Condena a prisión de uno de los padres por un año o más	0	0
Enfermedad grave del niño con necesidad de tratamiento hospitalario	4	8
Descubrimiento de ser adoptado	0	0
Nuevo matrimonio de uno de los padres	0	0
Enfermedad psiquiátrica de uno de los padres	3	6
Enfermedad grave de uno de los padres que necesita tratamiento hospitalario	7	14
Deficiente rendimiento escolar a lo largo de un año	15	30
Cambio de popularidad del niño entre los amigos	4	8
Muerte de un amigo íntimo o familiar	12	24
Comienzo de la escolarización	4	8
Aumento de las discusiones entre los padres	9	18
Suspensión de la escolarización	3	6
Aumento de las discusiones con los padres	4	8
Nacimiento de un hermano/a	2	4
Muerte de un abuelo	10	20
Pena de prisión inferior a 30 días de uno de los padres	0	0
Problemas con un profesor o materia escolar	10	20
Cambio de trabajo del padre con menos tiempo en el hogar	10	20
Cambio de colegio	8	16
Abandono del hogar de un hermano/a	0	0
Incorporación de la madre al trabajo a tiempo completo	4	8
Incorporación de un tercer adulto a la familia	5	10
Pérdida del trabajo de uno de los padres	10	20
Grave enfermedad de un hermano/a con necesidad de tratamiento hospitalario	6	12
Excelente éxito personal	15	30
Aumento de las discusiones con los hermanos	3	6
Embarazo de una hermana soltera	0	0
Cambio de nivel económico de los padres	6	12
Traslado a un domicilio nuevo	5	10
Descenso del número de discusiones entre los padres	3	6
Descenso del número de discusiones con los padres	1	2
Descenso del número de discusiones con los hermanos	0	0
Alcoholismo del padre o de la madre	3	6
Toxicomanía de un miembro de la familia	2	4
Separación del niño de los padres pasando a vivir con otras personas o instituciones	0	0

Frc. SÍ: Frecuencia de respuestas positivas para cada acontecimiento en la muestra (n=50) expresada en valor absoluto.

% SÍ: Frecuencia de respuestas positivas para cada acontecimiento en la muestra (n=50) expresada en porcentajes.

Por el contrario de las respuestas cuya valoración en la escala es extremadamente alta (80-90 puntos) o extremadamente baja ((20-30 puntos) resultaron afirmativas en muy pocos casos.

En efecto, considerando los acontecimientos estudiados en intervalos, de acuerdo con su puntuación, los porcentajes de resultados afirmativos obtenidos para cada intervalo sobre el total de respuestas afirmativas obtenidas (n=173), estos resultados se reflejan gráficamente en la Figura 1, donde se observa la agrupación de respuestas en torno a las puntuaciones de estrés que podrían considerarse de un valor medio.

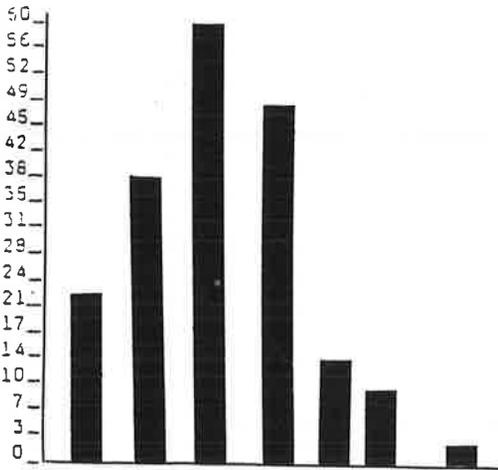


Fig. 1 — Representación gráfica de la relación entre frecuencia de respuestas positivas e intervalos de puntuación de la Escala

2 — ESTUDIO DE LA INFLUENCIA DE LOS ACONTECIMIENTOS VITALES EN LAS ENFERMEDADES CONSIDERADAS

El número de acontecimientos vitales presentados en cada tipo de enfermedad se refleja en la Tabla IV donde queda expresada la media y el error estándar para cada grupo

de enfermedad, así como el número de casos considerados para cada uno de los grupos.

TABLA IV

MEDIA DE FRECUENCIA DE ACONTECIMIENTOS, ERROR ESTANDAR PARA CADA GRUPO Y NIVEL DE SIGNIFICACION

GRUPOS DE ENFERMEDAD	N	X	S.E.
Procesos asmáticos	11	55	06
Trastornos gastrointestinales	12	28	05
Traumatismos	7	24	06
Enfermedades oncohematológicas	11	28	05
Infecciones respiratorias	9	32	08

SIGNIFICACIÓN	F=33	P<0.05
---------------	------	--------

n = Número de sujetos en muestra.

X = Media de frecuencia absolutas de acontecimientos positivos.

S.E. = Error estándar.

El análisis de la varianza ha demostrado que existe una influencia estadísticamente significativa del nivel de estrés, cuantificado por la frecuencia absoluta de acontecimientos vitales, sobre el tipo de enfermedad ($P < 0.05$).

En concreto destaca la elevada media de factores estresantes que posee el grupo de los procesos asmáticos ($5.5 \pm 0.8 = \text{Media} \pm \text{Error estándar}$) siendo además la media de este grupo significativamente diferentes a la de los traumatismos, trastornos gastrointestinales y enfermedades oncohematológicas. Por el contrario entre los restantes grupos no se han podido demostrar diferencias estadísticamente significativas.

Comparando el número de acontecimientos vitales en cada grupo de enfermedad y analizados éstos dos a dos se obtuvieron diferencias significativas entre el grupo de los asmáticos y el de los traumatismos, trastornos gastrointestinales y enfermedades oncohematológicas, no pudiendo demostrar diferencias significativas entre grupos restantes tal como se recoge en la Tabla V.

TABLA V

COMPARACION ENTRE LOS DIFERENTES GRUPOS DE ENFERMEDAD DEL NUMERO DE ACONTECIMIENTOS EXPRESADOS EN NIVEL DE SIGNIFICACION

	ASMA	TRAUMAT	GASTROINTES.	ONCOHEMATOL.	I. RESPIR.
Asma					
Traumatismos	P<0.025				
Trs. gastrointest.	P<0.01	N.S.			
Enf. Oncohematológ.	P<0.01	N.S.	N.S.		
Infecciones respirat.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	

N.S.: No significativo.

Además cabe destacar que todos los casos de respuestas afirmativas al acontecimiento «Alcoholismo del padre o de la madre», se encuadran en el grupo de los pacientes asmáticos. Igualmente, el porcentaje de respuestas afirmativas referidas al cambio de nivel económico de los padres es significativamente superior ($P<0.01$) entre el grupo de los asmáticos (36%) que en el resto de la muestra (2%).

También se ha estudiado la influencia del nivel de estrés en la enfermedad pero cuantificado por medio de la Escala de Acontecimientos Vitales, mostrando el análisis de la varianza un alto nivel de significación estadística ($P<0.0001$).

El análisis de la comparación entre los gru-

pos de enfermedad se realizó mediante el Test de la Mínima Diferencia Significativa que mostró un valor de 96,9 que corresponde a una ($P<0,05$).

De nuevo destaca una elevada media de puntuación en el grupo de los procesos asmáticos $286.5 \pm 47 = \text{Media} \pm \text{Error estándar}$, como se refleja en la Tabla VI

Comparando los medios de puntuación en los grupos dos a dos se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de los asmáticos y el de los traumatismos, trastornos gastrointestinales y enfermedades oncohematológicas; sin embargo entre éstos no han podido demostrarse diferencias estadísticamente significativas, tal y como se recoge en la Tabla VII.

TABLA VI

MEDIA Y ERROR ESTANDAR DE LAS PUNTUACIONES OBTENIDAS EN LA ESCALA (E.A.V.) PARA CADA GRUPO DE ENFERMEDAD Y NIVEL DE SIGNIFICACION

GRUPO DE ENFERMEDAD	N	X	S.E.
Procesos asmáticos	11	286.5	47
Trastornos gastrointestinales	12	129.5	24.9
Traumatismos	7	106.2	28.9
Enfermedades oncohematológicas	11	129.8	25.7
Infecciones respiratorias	9	158.5	42.6
Significación	F=4.29	P<0.01	

n = Número de sujetos en la muestra.

x = Media de las puntuaciones obtenidas en la escala.

S.E. = Error estándar.

TABLA VII

COMPARACION ENTRE LOS DIFERENTES GRUPOS DE ENFERMEDAD DEL NIVEL DE ESTRES EXPRESADA EN NIVEL DE SIGNIFICACION

	ASMA	TRAUMATI.	T. GASTROINTES.	ONCOHEMATOL.	V. RESPIR.
Asma					
Traumatismos	P<0.025				
Tnos. gastrointest.	P<0.01	N.S.			
Enf. Oncohematológ.	P<0.01	N.S.	N.S.		
Infecciones respirat.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	

N.S.: No significativo.

Los resultados gráficos del estudio comparativo entre las enfermedades se reflejan en la Figura 2.

PUNTUACIÓN

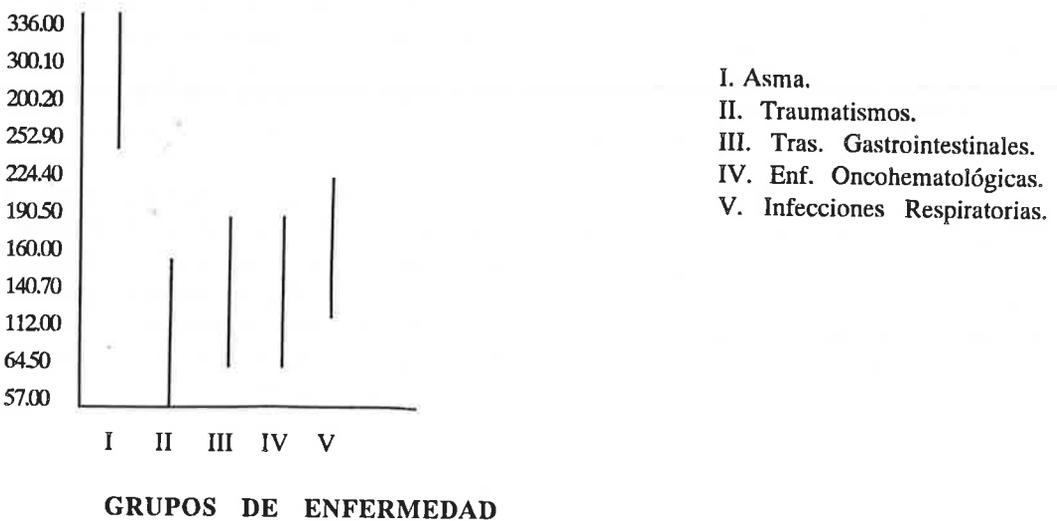


Fig. II — Representación gráfica de las puntuaciones medias obtenidas en la escala de Acontecimientos Vitales para cada grupo de enfermedad.

3 — ESTUDIO DE LOS FACTORES ASOCIADOS

Con el fin de estudiar la relación existente entre los diferentes factores considerados y el nivel de estrés cuantificado por medio de la escala (E.A.V.) se utilizó el análisis de la va-

rianza que mostró un alto nivel de significación en las variables de nivel socioeconómico (P<0,01) y ausencia de la figura paterna (P<0,05), sin embargo las variables edad, sexo, aislamiento social e interferencia educativa no fueron estadísticamente significativas. Estos resultados se muestran en la Tabla VIII.

TABLA VIII

**MEDIA DE ACONTECIMIENTOS VITALES
Y NIVEL DE SIGNIFICACION PARA
CADA FACTOR ASOCIADO**

FACTORES	N	X	SIGNIFICACION
Edad: menor de 9	16	166.7	No significativo
9-11	20	133.9	
mayor de 11	14	221.4	
Sexo: Varones	27	176.6	No significativo
Hembras	23	153.7	
Nivel socio-económico			
I	5	93	F = 4.10 P < 0.01
II	23	139.5	
III	21	218.8	
Ausencia fig. paterna			
Si	6	274.3	F = 5.47 P < 0.05
No	44	151.3	
Interferencia educación			
Si	18	212.2	No significativo
No	32	140.1	

n = Número de sujetos en la muestra.

X = Puntuación media de estrés en la Escala de Acontecimientos Vitales.

Los resultados del análisis de los factores nivel socioeconómico y ausencia de la figura paterna se recogen gráficamente en las Figuras 3 y 4.

DISCUSIÓN

Al intentar comparar los resultados obtenidos en este trabajo con los otros autores encontramos la primera dificultad en que la mayoría estudian poblaciones de edad adulta. La segunda dificultad reside en que no todos los estudios utilizan el mismo método de valoración de los acontecimientos vitales. Aunque la escala que hemos utilizado se basa en la de Coddington^{7,8}, difiere sensiblemente de ésta ya que ha sido adaptada a la población infantil española.

Teniendo esto en cuenta se comprende que el acontecimiento más frecuente referido en nuestro estudio, que es el «deficiente rendimiento escolar a lo largo de un año» no sea observado por la mayoría de los autores, tan sólo Greene¹³ lo encuentra en un 33.9% de los casos frente al 30% que reporta nuestro estudio.

Este mismo porcentaje 30% lo alcanza «el excelente éxito personal» y aunque en principio resulte paradójico lo cierto es que en ambos casos, el estrés a que está sometido el niño es elevado y tiende a perpetuarse en un caso por no alcanzar el nivel de exigencia de los padres y en otro por mantenerlo o superarlo. Gillium¹² refiere el excelente éxito personal en el 28%, similar al 30% encontrado por nosotros.

Queda patente en el hecho de que los asmáticos son el grupo que presenta mayor frecuencia de discusiones entre los padres. Destacan también por ser los únicos que presentan la circunstancia de tener un padre alcohólico y, junto con los pacientes oncohematológicos de tener algún familiar adicto a las drogas.

En nuestro estudio encontramos que los niños asmáticos son los que con mayor frecuencia presentan un bajo rendimiento escolar y más cambios de colegio. Esto podría estar determinado por el ámbito donde se desarrolla el niño pues los estímulos intelectuales repercuten directamente en el éxito escolar de los hijos. En la bibliografía revisada no hemos encontrado datos que puedan contrastarse con nuestros resultados.

También predominan en los grupos de los asmáticos los problemas de índole laboral o financiera. Desde esta perspectiva nos adherimos a la opinión de Ballambattu⁴ que relaciona directamente un nivel socioeconómico desfavorecido con una mayor gravedad de síntomas asmáticos y el fracaso del tratamiento médico.

El papel que desempeña el nivel socioeconómico como desencadenante de alteraciones ha sido puesto de manifiesto por Be-

dell⁶ y Gillium¹². Ambos sostienen que tanto los ingresos como la educación de los padres contribuyen, si son bajos, a incrementar el estrés.

En nuestro estudio el nivel socioeconómico más desfavorecido (el de los obreros no cualificados) es el que presenta una mayor incidencia de acontecimientos vitales. Asimismo, el grupo donde se detecta una mayor influencia de los bajos ingresos familia-

res es el de los niños asmáticos aunque no excluye que problemas de esta índole incidan en el resto de las enfermedades.

Es importante resaltar que las pérdidas afectivas en épocas tempranas de la vida son un factor determinante de las enfermedades crónicas que tendrán su expresión en la infancia o en la edad adulta; así, la ausencia de la figura paterna genera un mayor nivel de estrés en la población enferma estudiada.

PUNTUACIÓN



NIVEL SOCIO-ECONÓMICO

Fig. 3 — Representación gráfica de las puntuaciones medias obtenidas en la Escala de Acontecimientos Vitales en relación con el nivel socio-económico

- I. Profesionales universitarios o de grado medio.
- II. Obreros cualificados.
- III. Obreros no cualificados.

PUNTUACIÓN



AUSENCIA FIGURA PATERNA

Fig. 4 — Representación gráfica de las puntuaciones medias obtenidas en la Escala de Acontecimientos Vitales en relación con la ausencia de la figura paterna del ámbito familiar.

CONCLUSIONES

De acuerdo con los resultados obtenidos se deducen las siguientes conclusiones:

1.^a Los acontecimientos vitales están íntimamente relacionados con la génesis y desarrollo de las enfermedades en la infancia.

2.^a El asma es la entidad donde los conflictos emocionales derivados de cambios vitales ejercen una influencia significativa con respecto al resto de las enfermedades estudiadas.

3.^a La alteración del núcleo familiar unido a los problemas de índole económica y a un deficiente rendimiento escolar son los factores que predominan entre los niños asmáticos y suelen preceder el inicio o la reagudización de los síntomas.

4.^a Los pacientes afectos de traumatismos, trastornos gastrointestinales, enfermedades oncohematológicas e infecciones respiratorias presentan una moderada frecuencia de acontecimientos vitales que no elevan signifi-

cativamente el nivel de estrés antes de la aparición de los síntomas.

5.^a El deficiente rendimiento escolar se configura como el factor ocasionante de un mayor nivel de estrés en la población enferma estudiada.

6.^a Las diferencias de edad y sexo de los pacientes no influyen significativamente en la presentación de los acontecimientos vitales.

7.^a La interferencia en la educación de los niños de personas distintas de los padres y el aislamiento social de la familia no elevan significativamente el nivel de estrés en la población estudiada.

8.^a La ausencia de la figura paterna del medio familiar desde épocas tempranas de la vida se asocia a una mayor incidencia de conflictos emocionales y acontecimientos estresantes en la infancia y preadolescencia.

9.^a Existe una relación inversa entre el nivel socioeconómico familiar y el nivel de estrés del paciente ya que en los niveles socioeconómicos menos favorecidos la inciden-

cia de conflictos familiares y/o personales supera a la encontrada en los niveles más elevados.

Bibliografía

1. AAGAARD J. ET AL. *Social Factors and life events as predictor for children's health*. A one-year prospective study within a general practice. *Acta Paediatr. Scand.* 1983; 72 (2): 275-81.
2. AAGAARD J. *Social Factors and life events as predictor for children's health*. A one-year prospective study after discharge from hospital. *Scandin. J. Soc. Med.* 1982; 10 (3): 87-93.
3. AAGAARD J. *Social background and life events of children admitted to a pediatric department* *Acta Paediatr. Scand.* 1979; 68: 531-39.
4. BALLAMBATTU R. ET AL. *Study of social, educational environmental and cultural aspects of childhood asthma in clinic and private patients in the city of New York*. *An. Allergy* 1978; 41: 89-92.
5. BEAUTRAIS AL. ET AL. *Life events and childhood morbidity*. A prospective study *Pediatrics*. 1982; 70 (6): 953-40.
6. BEDELL JR, ET AL. *Life stress and the psychological and medical adjustment of chronically ill children* *J. Psychosom. Res.* 1977; 21: 237-41.
7. CODDINTONG RD. *The significance of life events as etiologic factors in the diseases of children*. I.A. survey of professional workers. *J. Psychosom. Res.* 1972; 16: 7-18.
8. CODDINTONG RD. *The significance of Life events as etiologic factors in diseases of children II*. A study of a normal population. *J. Psychosom Res.* 1972; 16: 205-13.
9. CRAIG TK Y BROWN GN. *Goal frustrating aspects of life event stress in aetiology of gastrointestinal disorders*. *J. Psychosom. Res.* 1984; 28: 411-21.
10. CREED F. *Life events and psysical illness*. *J. Psychosom. Res* 1985; 29 (2): 113-23.
11. CREER TL. *ASTHMA THERAPY : A behavioral health care system for respiratory disorders*. New York: Springer 1979.
12. GILLIUM RF. ET AL. *Recent life events in school children: Race socioeconomic status and cardiovascular risk factors*. The Minneapolis Children's Blood Pressure Study. *J. Chronic. Dis.* 1984; 37 (11): 839-51.
13. GREENE JW. ET AL. *Stressful Life events and somatic complaints in adolescents*. *Pediatrics*. 1985; 75 (1): 19-22.
14. GUTENSOHN N. ET AL. *Childhood social environment and Hodgkin's disease*. *N. Engl. J. Med.* 1981; 304 (3): 135-40.
15. HAGGERTY RJ. *Life stress, illness and social supports*. *Dev. Med. Child. Neurolog.* 1980; 22 (3): 391-400.
16. HOOGES K. et al. *Life events occurring in families of Children with recurrent abdominal pain*. *J. Psychosom. Res.* 1984; 28 (3): 185-88.
17. KASHANI IJH. ET AL. *Life events and hospitalitation in children: A comparisom with a general population*. *Br. J. Psychiat.* 1981; 139: 221-25.
18. MCKENZIE JN. *The production of «rese asthma» by an artificial rose*. *J. Med. Sci.* 1886; 91: 45-57.
19. MARDOMINGO M.J. KLOPPE S. Y GALLEGRO S. *Escala de Acontecimientos Vitales adaptada a la población infantil española*. *Rev. Psiquiatría Infanto-Juvenil* 1990: 1: 32-39
20. MARDOMINGO M.J. GONZALEZ S. *Escala de Acontecimientos Vitales adaptada a la población española de 12 a 18 años*. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil* 1990: 2: 123-134.
21. MATHE A.A. Y KNAPP PH. *Emotional and adrenal reactions to stress in bronchial asthma*. *Psychosom. Med.* 1971; 33: 323-38.
22. PESHKIN M.N. *Management of institutionalized child with intractable asthma*. *Ann. Allergy* 1960; 18: 75-79.
23. PUCELL ET AL. *The effect of asthma in children of experimental separation from family*. *Psychosom. Med.* 1969; 31: 144-64.
24. SELYE H. *The stress of life*. McGraw-Hills. New York. 1956.
25. SULS J. ET AL. *Self attention, life stress and illness: a prospective study* *Psychosom. Med.* 1985; 47 (5): 469-81.
26. TAL A. Y MICKULICH DR. *Emotionally induced Decreased in Pulmonary Flow Rates in asthmatic children's*. *Psychosom. Med.* 1976. 38 (3): 190-99.
27. YUJIRO I. ET AL. *Self-control over stress*. *J. Psychosom. Res* 1982; 26 (1): 51-56.