



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

“ALTERACIONES DEL COMPORTAMIENTO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON ENFERMEDAD ATOPICA”

JUAN CARLOS GUERRA ORTÍZ

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Medicina, Departamento de Pediatría
Bogotá, Colombia
2013

**“ALTERACIONES DEL COMPORTAMIENTO Y LA
CONDUCTA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON
ENFERMEDAD ATOPICA”**

JUAN CARLOS GUERRA ORTÍZ

Tesis o trabajo de investigación presentada(o) como requisito
parcial para optar al título de:

Especialista en Pediatría

Director:

Dr. Rafael Vázquez

Colaboración:

Dra. Sonia Restrepo Gualteros

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Medicina, Departamento de Pediatría

Bogotá, 2013

Agradecimientos

A MI DIRECTOR: DR. RAFAEL VASQUEZ MD. PSIQUIATRA INFANTIL

Por su paciencia, valiosos aportes y enseñanzas, elementos claves para la culminación de este proyecto.

A MI COLABORADORA: DRA. SONIA MARIA RESTREPO GUALTEROS

MD. NEUMOLOGA PEDIATRA

Por el acompañamiento, disposición de colaboración permanente e interés en este trabajo.

A TODOS MIS COMPAÑEROS

Por su apoyo e impulso constante.

Contenido

	Página
Agradecimientos	
Resumén	
Summary	
1. Introducción.....	10
2. Marco teórico.....	12
3. Justificación.....	18
3.1 Pregunta de Investigación.....	18
4. Objetivos.....	21
4.1 General.....	21
4.2 Específicos.....	21
5. Metodología.....	22
5.1 Tipo de Estudio.....	22
5.2 Población Objeto.....	22
5.3 Tamaño de la muestra.....	22
5.4 Criterios de inclusión.....	22
5.5 Criterios de exclusión.....	23
5.6 Definiciones operacionales.....	23
5.7 Instrumentos y Materiales.....	24
5.8 Procedimiento metodológico.....	28
6. Resultados.....	30

7. Discusión.....	42
8. Conclusiones.....	44
9.. Anexos.....	45
<i>Anexo 1. CBCL 6-18.....</i>	<i>45</i>
<i>Anexo 2. Consentimiento informado.....</i>	<i>47</i>
<i>Anexo 3. Base de datos.....</i>	<i>49</i>
10. Bibliografía.....	50

Lista de figuras

	Página
<i>Gráfico 1. Características modelo dimensional de evaluación.....</i>	25
<i>Gráfico 2. Dimensiones evaluadas a través del CBCL 6-18.....</i>	27
<i>Gráfico 3. Hand scoring profile para calificación de cuestionario.....</i>	29
<i>Gráfico 4. Distribución por sexo de la muestra.....</i>	30
<i>Gráfico 5. Distribución de la muestra por edades.....</i>	31
<i>Gráfico 6. Niños con test positivo para síntomas.....</i>	35
<i>Gráfico 7. Niñas con test positivo para síntomas.....</i>	35
<i>Gráfico 8. Puntuaciones positivas por sub-escalas.....</i>	36
<i>Gráfico 9. Evaluación sub-escala Comportamiento agresivo.....</i>	37
<i>Gráfico 10. Evaluación sub-escala aislamiento/depresión.....</i>	38
<i>Gráfico 11. Evaluación sub-escala Ansiedad-Depresión.....</i>	39
<i>Gráfico 12. Evaluación sub-escala problemas sociale.....</i>	40
<i>Gráfico 13. Evaluación sub-escala Problemas de atención.....</i>	41

Lista de tablas

	Página
<i>Tabla 1. Clasificación del Asma según guías GINA 2006.....</i>	23
<i>Tabla 2. Fiabilidad CBCL 6-18.....</i>	28
<i>Tabla 3. Consistencia interna CBCL 6-18.....</i>	28
<i>Tabla 4. Tests con puntuación positiva.....</i>	31
<i>Tabla 5. Test positivo distribuido por sexo.....</i>	32
<i>Tabla 6. Síntomas positivos DSM orientados de mayor frecuencia.....</i>	33
<i>Tabla 7. Evaluación positiva para Sub-Escalas.....</i>	35
<i>Tabla 8. Evaluación sub-escala comportamiento agresivo.....</i>	37
<i>Tabla 9. Sub –escala comportamiento agresivo por sexo.....</i>	37
<i>Tabla 10. Evaluación sub-escala aislamiento depresión.....</i>	38
<i>Tabla 11. Sub –escala aislamiento depresión por sexo.....</i>	38
<i>Tabla 12. Evaluación sub-escala ansiedad/depresión.....</i>	39
<i>Tabla 13. Sub –escala ansiedad/depresión.....</i>	39
<i>Tabla 14. Evaluación sub-escala problemas sociales.....</i>	40
<i>Tabla 15. Sub –escala problemas sociales.....</i>	40
<i>Tabla 16. Evaluación sub-escala problemas de atención.....</i>	41
<i>Tabla 17. Sub –escala problemas de atención.....</i>	41

Resumen

Objetivo: Evaluación e identificación de síntomas relacionados con alteraciones del comportamiento y la conducta referidos por padres en pacientes con atopia severa entre los 6-15 años, atendidos en la consulta de neumología pediátrica de la Fundación Hospital La Misericordia.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo. Aplicación del *Child Behavior Checklist (CBCL) 6-18 de Achenbach*, tomando como puntos de corte positivos calificaciones ≥ 93 en las subescalas y/o puntuación ≥ 40 en la prueba global.

Resultados: Se realizaron 48 evaluaciones de las cuales 16 fueron positivas con puntaje >40 y 27 fueron positivas para síntomas que corresponde al 33% y al 57% respectivamente de la población estudiada.

Conclusiones: Hay un registro elevado de indicadores de malestar e interferencia en los pacientes con enfermedad atópica severa, tendiendo estos síntomas en común el aumento de la actividad. Se recomienda la ampliación de estudios para a través de otras herramientas verificar cuántos de estos niños presentan alteración del comportamiento.

Palabras clave: atópía, asma, rinitis, child behavior checklist, salud mental, trastornos del comportamiento.

Summary

Objective: Evaluation and identification of symptoms related with behavior problems referred by parents of subjects between the ages of 6-15 years with severe atopic disease, seen in the ambulatory service of pediatric pneumology of the Misericordia Hospital..

Materials and Methods: Descriptive study. Application of the Child behavior checklist (CBCL) 6-18 of *Achenbac* , considering as positive cut points punctuations ≥ 93 in each of the sub scales and/or punctuations ≥ 40 in total test evaluation.

Results: Of 48 evaluations,16 were positive in the total punctuation and 27 were positive for symptoms subscale punctuation, corresponding to a 33% and 57% respectively of the total studied population.

Conclusions: There is a high record of indicators for discomfort and interference between families with children who have severe atopic disease, having in common symptoms related with increase of activity. We recommend the development of studies trying to determine how many of these children really have a behavior disease.

Key Words: Atopy, Asthma, Rhinitis, Child Behavior Checklist, Mental Health, Behavior Problems.

1.Introducción

La enfermedad atópica es la patología crónica más frecuente en la edad pediátrica a nivel mundial. Al hablar de atopia nos referimos a entidades como el *Asma*, *Rinitis Alérgica* y *Dermatitis Alérgica*, todas con bases fisiopatológicas similares y las cuales no son excluyentes, por el contrario la presencia de una aumenta exponencialmente el riesgo de padecer las otras, encontrando asociaciones tan altas por ejemplo de hasta un 90 -95% entre asma y rinitis alérgica[12].

El Asma es la que mayor interés ha despertado probablemente por su mayor impacto en el estado de salud de los pacientes y compromiso funcional, si bien retomando lo expuesto en el primer párrafo al hablar de asma casi se puede afirmar que están implícitas las demás. Se calcula por ejemplo que el ASMA afecta a por lo menos 300 millones de personas a nivel mundial, convirtiéndose desde hace ya varios años en un serio problema de salud pública. Al revisar la literatura se encuentran diferencias amplias de la prevalencia en la edad entre 1-18 años, tan altas como 18,8% reportada en Colombia [18], o del 9,5% en el resumen de 2012 del CDC para Estados Unidos [19].

Extrapolado de estudios en adultos en donde es clara la asociación entre enfermedades crónicas y problemas de salud mental, se ha despertado el interés de buscar esa misma asociación en la población pediátrica, más cuando en las últimas 2 décadas ha habido un aumento muy significativo en la prevalencia de estas enfermedades en especial el asma y la rinitis alérgica, convirtiéndose en verdaderos problemas de salud pública.

Es por esto que desde hace varios años se despertó el interés de estudiar la posible asociación y comorbilidad que hay entre enfermedades de curso crónico y problemas mentales en pediatría, impulsados en su mayoría por ramas de la medicina con importante influencia de las ciencias sociales y humanas como la psiquiatría y psicología, habiendo resultados variables pero que generalmente muestran una asociación positiva con diferencias significativas en comparación con grupos de control, tanto para síntomas de comportamiento y conducta “internalizantes” como “externalizantes”[13], aclarando que estos síntomas denotan características sintomáticas y no necesariamente la presencia de un trastorno.

Al obtener los datos sobre los síntomas y analizarlos, es importante darles a estos un valor en cuanto al grado de compromiso funcional que estos producen dentro del desempeño en los distintos contextos sociales del paciente, siendo esperable que si estas conductas escapan a la media esperada para esa edad tengan repercusión.

La importancia de todo lo anterior radica en que de asociarse síntomas de alteración del comportamiento y la conducta en el curso clínico de la enfermedad atópica, muy seguramente va a ver un impacto psicosocial negativo no solo en los pacientes sino en sus familias, favoreciendo por un lado la no adherencia al tratamiento con el riesgo de la exacerbación de los síntomas[14] y por el otro, el deterioro en la relación y funcionalidad de los pacientes con los subsistemas en el que se desarrolla como el hogar, escuela y comunidad entre otros[16], aumentando el riesgo de situaciones adversas como fracaso escolar, disfunción familiar y en el peor de los casos conductas de riesgo como vandalismo, consumo de alcohol y sustancias psicoactivas entre otras.[20]

2.Marco teórico

Se estima que aproximadamente que entre un 8 - 15% de los niños(as) y adolescentes padecen de algún tipo de enfermedad crónica, según datos estadísticos de estudios realizados en países industrializados. Todo esto a consecuencia no solo del avance que ha habido en el tratamiento de las enfermedades, sino también como en el caso de la atopia, al desarrollo industrial que ha llevado a modificaciones medioambientales las cuales están claramente involucradas en la incidencia y prevalencia de este tipo de patología.

Al revisar datos de diferentes países, es llamativo ver como en la mayoría sino todos, se hace referencia al Asma como la patología crónica más frecuente en la edad pediátrica, con una prevalencia que oscila entre un 9.5 -18% similar a la reportada en nuestro país, habiéndose prácticamente duplicado esta cifra en los últimos 20 años, dando cuenta de aproximadamente 350 millones de casos para todas las edades.

En este punto es importante recalcar lo mencionado en apartes anteriores donde se resaltaba que el hecho de padecer cualquier enfermedad atópica aumentaba el riesgo de padecer otra, habiendo asociaciones tan altas de hasta un 80% por ejemplo entre Rinitis Alérgica y Asma, por lo cual los datos estadísticos anteriormente mencionados casi aplican para las demás (Rinitis, Dermatitis).

Desde hace muchos años está demostrado que las enfermedades crónicas aumentan el riesgo de padecer problemas de salud mental, la mayoría de estos datos obtenidos de estudios realizados en adultos. Sin embargo, esta asociación había sido muy poco explorada en la población pediátrica posiblemente por el bajo reporte de patologías crónicas en este grupo. Pero en las ultimas 2 décadas se ha despertado un especial interés por buscar la asociación entre enfermedades orgánicas y mentales, tratando de extrapolar los hallazgos obtenidos en los adultos, secundario al hecho que la prevalencia de estas ha aumentado en una forma importante en la edad pediátrica, y aquí no solamente se hace referencia al Asma , Rinitis y Dermatitis sino a otras enfermedades como la Insuficiencia renal crónica, diabetes, migraña, epilepsia, Lupus y Artritis entre otras. Por ser las patologías atópicas las más frecuentes, son las que mayor interés han

despertado y por lo tanto de la que mayor recursos bibliográficos se pueden hallar en las fuentes de información como las bases de datos y bibliotecas.

En la literatura se encuentran resultados contradictorios acerca de si hay o no asociación entre la patología atópica y los problemas de salud mental, tal vez todo esto relacionado por la diversidad de métodos que existen para evaluar estas alteraciones, las diferentes técnicas de diagnóstico para hacer referencia a enfermedad atópica (Médico, referido por padres, etc) y también el gran número de variables que pueden afectar los resultados como etnia, estrato socioeconómico, edad, estructura familiar y otras comorbilidades asociadas entre otras.

Clásicamente al evaluar las alteraciones del comportamiento y la conducta se han dividido en 2 grandes grupos : internalizantes y externalizantes (*Achenbach*), los cuales pueden ser evaluadas a través de múltiples herramientas, entre las que se encuentran la CBCL (*Child Behavior Checklist*) obra del mismo autor y que ha tenido múltiples actualizaciones a través del tiempo tratando de aproximarse cada vez más a los resultados obtenidos con el DSM-IV y CIE-10, con traducción además a más de 80 idiomas que habla de su universal aceptación y aplicación como herramienta de tamización.

En el meta-análisis de *Pinquart y Shen (2011)[27]*, con el objetivo de medir el riesgo de presentar alteraciones del comportamiento y ánimo en pacientes con enfermedades crónicas, se analizaron los datos obtenidos de 51,422 pacientes pediátricos hasta los 18 años con diagnóstico de estas (Artritis, Diabetes, Asma, Migraña, Epilepsia, Enfermedad renal crónica entre otras), siendo el Asma el grupo más grande (13,793 – 26%). Los resultados mostraron asociación positiva en general para alteraciones del comportamiento y la conducta ($g=.42$), para síntomas internalizantes (atención, sociales, pensamiento, ansiedad/depresión, aislamiento) ($g=.47$); siendo menor para síntomas externalizantes (agresividad, conducta delincuente) ($g=.22$) donde en 10 de las patologías evaluadas , incluida el Asma, se demostró asociación.

Es importante enumerar que al analizar los resultados obtenidos a través de la aplicación de herramientas de tamización, se ha encontrado en general una mayor puntuación y asociación cuando se aplican los cuestionarios a padres y maestros, siendo un poco más baja al aplicarlos a los mismo pacientes como en el caso del YSR, en el cual sin

embargo también se ha encontrado mayor referencia de síntomas relacionados con alteraciones del comportamiento al compararlos con grupos de control.

Con los datos referidos anteriormente no se puede dejar de preguntar que tanto impacto pueden tener todo esto en el desempeño de los pacientes sobre todo en el ámbito escolar siendo este el sitio donde pasan la mayor parte de su tiempo y siendo el rendimiento escolar una de los principales formas de medición del éxito de los niños, no solo por parte de los padres sino de la sociedad en general. En un estudio realizado en Canadá [26] por la división de salud del departamento de estadística se evaluó el impacto que podría tener el asma en el desempeño escolar, evaluándose una población cercana a los 9,000 niños entre los 7-15 años, encontrándose un riesgo aumentado para la limitación en el desarrollo de actividades, ausentismo escolar y menor puntuación en tests para las matemáticas y la lectura; el cual fue directamente proporcional al grado de severidad de la enfermedad.

Al revisar las guías de manejo y protocolos de la patología atópica es común encontrarnos con detalladas descripciones sobre epidemiología, fisiopatología, diagnóstico, tratamiento y pronóstico, pero en general no se hace mención sobre comorbilidades no orgánicas asociadas a estas, por todo lo anterior nace el interés de realizar un abordaje desde una perspectiva diferente de los niños con enfermedades crónicas con el fin de evaluar la repercusión que estas tienen en el campo de la salud mental y psicosocial.

A continuación se hace una breve descripción de los trastornos del comportamiento y la conducta los cuales a través de la herramienta de tamización CBCL 6-18 pueden ser objeto de identificación, los cuales abarcan un amplio grupo cuadros clínicos con características clínicas bien definidas que en ocasiones pudieran estar presentes en más de una patología específica, de ahí que se ha encontrado alta comorbilidad entre estos trastornos. Es importante en este punto aclarar que la CBCL 6-18 es una prueba de tamización y no una prueba diagnóstica.

Trastorno por déficit de atención e hiperactividad

Es considerada una patología de causa neurobiológica heterogénea, caracterizada por la presencia persistente de síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad antes de

los 7 años, de una forma más marcada de lo usual para esa edad, los cuales se presentan en más de un ambiente social. Reportado en la literatura con una prevalencia entre el 5-6% en la edad escolar.

Partiendo del hecho que se considera como una enfermedad neurobiológica es muy importante tener en cuenta que en esta interactúan tanto características propias de cada individuo ya sea genéticas o adquiridas, que junto a la interacción como ser social de este individuo en diferentes ambientes van a determinar o no la manifestación de las características clínicas del trastorno.

Se han descrito algunos factores tanto prenatales, perinatales y postnatales que estarían relacionados con la expresión de estos genes, como por ejemplo la prematuridad, el bajo peso al nacer, tabaquismo materno durante la gestación y otros como el TCE e infecciones del SNC (meningitis, encefalitis), además se mencionan algunos factores externos como situaciones de stress de la madre durante la gestación y la exposición de los menores a situaciones de stress que podrían favorecer la aparición de las manifestaciones clínicas y expresión de los genes.

El diagnóstico del TDAH es un diagnóstico clínico. Se considera necesario para su diagnóstico el cumplimiento de los criterios enumerados en el DSM-IV o el CIE-10, ambos de los cuales valoraran síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad, siendo un poco más estricto los criterios del CIE-10 por lo cual su aplicación da prevalencias más bajas sin embargo de las diagnosticadas corresponden a las formas más graves o sintomáticas diagnosticadas por el DSM-IV. Así mismo existen cuestionarios estandarizados que son utilizados como pruebas de tamización para generar una sospecha diagnóstica del trastorno el cual tendría que ser corroborado al aplicar las pruebas previamente enunciadas, entre estos tests tenemos el *CBCL*, *Conners* y *Vanderbilt*, solo por nombrar algunos, que tienen la ventaja de poder ser de fácil aplicación al alcance de padres y profesores.

Existen 3 subtipos de TDAH: Inatento, Subtipo combinado o mixto que es el más común y subtipo hiperactivo/impulsivo que es el menos frecuente.

Trastornos Disruptivos

Constituyen una de las principales consultas por motivos no somáticos en la consulta de atención primaria de pediatría, caracterizados por comportamientos contrarios a los de otras personas y las normas establecidas con el consecuente deterioro de la relación en distintos contextos como familia, colegio y social entre otros, aumentando el riesgo de bajo rendimiento escolar y conductas de riesgo como consumo de sustancias psicoactivas.

Su prevalencia general oscila aproximadamente en un 5%, siendo más frecuente en el sexo masculino y edad adolescente con media de edad de 11 años.

Dentro de este grupo se encuentran el Trastorno oposicional desafiante y el Trastorno disocial (trastorno de conducta).

El primero más común con prevalencia del 3-5%, se caracteriza por: mal temperamento, discusión con adultos/autoridad, negativa a cumplir con las responsabilidades, molestar y burlarse de otros, vengativo, se enoja con facilidad. E l segundo más complejo con una prevalencia menor entre un 1-3% se caracteriza por conductas que vulneran los derechos de los demás y rompen con las normas aceptadas y establecidas en ocasión causando daño a otros y a la propiedad ajena.

Depresión/Distimia

Este demostrado que los niños (as) desde etapas tan tempranas como los 3 años pueden presentar síntomas de un trastorno del estado de ánimo similar a la de una persona adulta con manifestaciones y expresiones distintas del mismo. Dentro de las principales características están:

- Cambio significativo en el peso
- Fatiga o pérdida de energía
- Baja autoestima
- Perdida de interés por actividades
- Sentimiento excesivo de culpabilidad

- Dificultad para mantener la atención y concentración
- Sensación de minusvalía
- Aislamiento
- Alteraciones del hábito del apetito
- Alteraciones del patrón del sueño

En los adolescentes son más frecuentes los dos últimos. También es importante de destacar el alto grado de asociación con otras comorbilidades psiquiátricas presentes en un 40-90%, siendo los más frecuentes los trastornos de ansiedad, trastornos disruptivos y consumo de sustancias psicoactivas.

3. Justificación

3.1 Pregunta de Investigación

¿Existen manifestaciones mentales en la enfermedad atópica? Una visión más allá de la alergia.

Varios trabajos han buscado la asociación entre enfermedades crónicas y problemas de salud mental, con resultados variables algunos con resultados positivos y otros sin hallazgos de asociación significativos, tal vez esto explicado por los diferentes métodos utilizados en la realización de los estudios. *Combs-orme y Helflinen (2002)[13]* mediante su estudio transversal en una muestra de 965 pacientes entre los 4-18 años , demostraron la mayor asociación entre enfermedades crónicas y problemas en salud mental en comparación con grupo sano de control (43% vs 30%), resultados obtenidos a través de entrevistas con padres, dato significativo teniendo en cuenta los resultados del estudio de *Sourander y Helstelä(1999)[4]* donde se halló que en la búsqueda de problemas del comportamiento y la conducta aplicando escalas de evaluación a padres vs pacientes, en el primero se pueden subvalorar los síntomas, habiendo mayor reporte de los mismos en la medición a los segundos. Reforzando esto, lo observado en la práctica clínica donde no es usual que los pacientes adolescentes accedan a servicios de salud mental no por su propia voluntad sino generalmente por solicitud de sus padres o impulsados por terceros, cuando los síntomas son más marcados y generalmente está establecido cierto grado de compromiso funcional.

De todo lo anterior surge la recomendación de diversas asociaciones y grupos de trabajo sobre la importancia de articular los servicios de atención primaria de pediatría junto con los de salud mental, con el objetivo de hacer una búsqueda activa de problemas mentales en pacientes con enfermedades crónicas y viceversa.

Esto ha despertado la atención de otros autores a nivel mundial sobre todo en Europa y Norte América, habiendo también hay escasos registros en poblaciones con condiciones socioeconómicas más similares a la nuestra como en Brasil donde *Fontes y col[9]*, buscaron síntomas comportamentales y emocionales a través de la aplicación del CBCL en 2 grupos de pacientes entre los 4-16 años, el grupo de estudio con diagnóstico de Dermatitis Atópica y el segundo grupo control, encontrando importantes diferencias en los resultados con mayor registro para síntomas de ansiedad, agresividad, depresión y quejas somáticas como las principales así como una evidencia de menor participación en actividades sociales.

Sin embargo los hallazgos en diferentes estudios han sido inconsistente como en el caso de *Alati, O'Callaghan y cols(2005)*, donde hubo relación de asma con mayor riesgo de desarrollar problemas interiorizados mas no exteriorizados [8].

En el trabajo de *Klinnert y McQuaid(2000)* se pone de manifiesto como los pacientes con asma, principalmente no controlada con mayor severidad de los síntomas, tienen menor capacidad de resiliencia y adaptación a situaciones estresantes, con mayor riesgo de llevar relaciones interpersonales conflictivas en distintos escenarios sociales como la familia, colegio y compañeros entre otros; además de poca tolerancia al fracaso con el consecuente bajo rendimiento escolar[2].

Las patologías incluidas dentro del grupo de enfermedades atópicas son susceptibles de tratamiento no solo farmacológico si no preventivo para el control de síntomas, es fundamental además la participación activa de la familia para garantizar una adecuada adherencia de las recomendaciones médicas, pues pacientes menores de edad difícilmente se apersonaran del manejo de su enfermedad, ya habiéndose demostrado como los problemas de salud mental tanto en pacientes como padres de niños(as) con asma es factor de riesgo para la persistencia de síntomas sibilantes y peor estadio funcional, no solo por menor adherencia a tratamiento sino también por el aumento de marcadores inflamatorios asociado a eventos estresantes, así como de aumentar en 2 veces el riesgo de hospitalizaciones por la exacerbación de los síntomas[23][6], con el consecuente incremento en el uso de servicios de salud y aumento del gasto público derivado de estos[15].

Al ser la atopía la principal patología crónica en la edad pediátrica y con todo lo que se ha mencionado en párrafos anteriores es vital el abordaje de estos pacientes y sus familias a

través de un modelo de atención multidisciplinaria en busca de una participación más activa de estos que permitan un mejor conocimiento de la patología, todo esto en pro de lograr una mejor adherencia a los tratamientos y recomendaciones formuladas para finalmente prevenir complicaciones y comorbilidades.

Según el DANE en su publicación postcensal del 2009, la estimación poblacional para el año 2010 en Colombia de personas entre los 6 -17 años fue de 10,2 millones aproximadamente. Cifra no despreciable teniendo en cuenta que en este rango de edad la prevalencia de enfermedades como el Asma pudiera alcanzar cifras tan altas como del 18,8% en algunas ciudades, que a grueso modo nos daría un total de 1,9 millones de potenciales pacientes con Asma u otras enfermedades atópicas.

Por todo esto se hace necesario la realización de una evaluación psicopatológica de pacientes pediátricos con enfermedad atópica en nuestro medio, que permita evaluar la condición actual de estos en materia de salud mental, a su vez permitiendo validar y comparar los resultados con los obtenidos en otros estudios, que de manera solida y objetiva permitan formular conclusiones y recomendaciones aplicables a nuestra sociedad en base al modelo de salud actual.

4. Objetivos

4.1 General:

El objetivo principal del presente estudio es describir la presencia o no de síntomas relacionados con alteraciones del comportamiento, informados por los padres y/o cuidadores, en pacientes entre los 6-17 años con diagnóstico de atopia severa atendidos en la consulta de neumología pediátrica del Hospital de la Misericordia.

4.2 Específicos:

- Valorar el grado de afectación subjetiva y objetiva del desempeño de los pacientes en distintos entornos como hogar, colegio y comunidad a través de la valoración realizada por los padres y/o cuidadores.
- Describir los síntomas con mayor frecuencia de reporte entre los pacientes con test positivo.
- Comparar los datos obtenidos con los reportados en la literatura científica.

5. Metodología

5.1 Tipo de estudio

El estudio será observacional de corte transversal

5.2 Población objeto

La población objeto del estudio son niños(as) entre los 6 - 17 años con diagnóstico de Asma atendidos en el servicio de neumología pediátrica de la *Fundación Hospital de la Misericordia*.

El estudio no contara con grupo de control debido a que el objetivo principal del mismo no es comparar, sino realizar un diagnóstico del estado de salud mental de pacientes pediátricos con enfermedad crónica en este caso enfermedad atópica (Asma y Rinitis).

5.3 Tamaño de la muestra

En total se realizaron 51 encuestas de los cuales 3 no fueron válidas debido al no diligenciamiento completo de los datos , por lo cual no fueron tenidas en cuenta para el análisis de los datos.

5.4 Criterios de Inclusión

Los participantes incluidos fueron pacientes entre las edades de los 6-17 años con diagnóstico de Asma. Para considerarse como válido el diagnóstico, este debió estar realizado o respaldado por el servicio de neumología pediátrica.

5.5 Criterios de exclusión

Pacientes con comorbilidades crónicas como discapacidad física, déficit cognitivo asociado a síndromes genéticos*, trastornos generalizados del desarrollo, enfermedad renal crónica, Lupus eritematoso sistémico, Artritis reumatoidea, Diabetes mellitus, Epilepsia etc.

*(Síndrome de Down (trisomía 21), Sd Prader-Willi etc.

5.6 Definiciones operacionales

El diagnóstico de Asma y Rinitis alérgica, está definida por la clasificación de las guías GINA y ARIA respectivamente (Tabla 1).

Tabla 1. Clasificación del Asma según guías GINA 2006

Niveles de Control del Asma			
Característica	Controlado (Todas las siguientes)	Parcialmente controlado (Cualquiera / semana)	No controlado
Síntomas diurnos	No (2 o menos / semana)	Mas de 2 veces / sem	Tres o mas características del asma parcialmente controlada presentes en cualquier semana
Limitación actividades	No	Alguna	
Síntomas nocturnos / despiertan paciente	No	Alguna	
Necesidad medicamento rescate	No (2 o menos / sem)	Mas de 2 veces / sem	
Función Pulmonar (PEF / FEV1) ‡	Normal	<80% valor predictivo o mejor valor personal	
Exacerbaciones	No	Una o mas / año *	Una vez / sem †

* Posterior a cualquier exacerbación se debe de revisar bien el tratamiento para asegurarse que sea adecuado.

† Por definición, cualquier exacerbación que se presente durante una semana hace que durante esa semana el paciente se clasifique como no controlado.

‡ No se contempla en niños de 5 años o menores la realización de pruebas de función pulmonar.

(“ Tomado de Guía de bolsillo para el manejo y prevención del asma en niños , iniciativa global para asma, actualización 2006”).

Clasificación Rinitis Alérgica (*Estudio ARIA revisión 2010*)

- Duración:

Intermitente: Síntomas presentes menos de 4 días a la semana por menos de 4 semanas.

Persistente: Síntomas presentes al menos 4 veces a la semana por al menos 4 semanas.

- Severidad

Leve: No están presentes ninguno de los siguientes.

Moderado/severo: Al menos uno de los siguientes:

1. Alteración del sueño
2. Alteración en el desempeño de actividades diarias, deportivas o recreación.
3. Alteración en el desempeño escolar y/o laboral.
4. Percepción de la patología como un problema.

5.7 Instrumentos y materiales

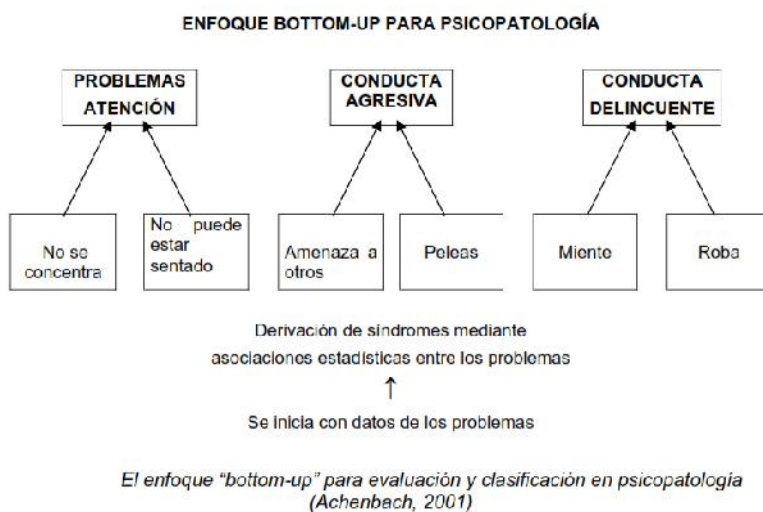
Como instrumento de evaluación se empleará la escala de evaluación psicopatológica *CBCL* (*Child Behavior Check List*) de Achenbach, cuestionario para padres y/o cuidadores, el cual debe ser diligenciado por los mismos sin límite de tiempo, y será entregado de vuelta al personal médico participante del estudio. Se estima requerir de aproximadamente entre 25 – 30 minutos para el diligenciamiento del mismo, el cual es el estimado por el proveedor.

Para el diligenciamiento del cuestionario, se debe contar primero con la firma del consentimiento informado por parte de los padres y/o cuidadores de los pacientes, con acceso a la información suministrada en los mismos únicamente para el personal incorporado en el estudio tanto para la recolección como para el análisis de los datos, garantizando la confidencialidad de los mismos.

Descripción del instrumento

Dentro de los métodos de evaluación en psicopatología y psiquiatría infantil destacan dos modelos, el médico-categorico como el DSM-IV y el CIE-10 y el psicométrico-dimensional como el CBCL. La gran diferencia entre estos consiste en que el primero parte de la definición de un trastorno y de ahí inicia la búsqueda de síntomas (modelo top – down) para finalmente clasificar los problemas como presentes o ausentes (excluyente). El segundo grupo en cambio parte de la búsqueda de síntomas para intentar llegar al problema que pudiera encajar dentro de un trastorno, generalmente a través de la realización de listados que son diligenciados por los mismos pacientes, padres, cuidadores, profesores etc, permitiendo recoger información de distintos contextos (gráfico 1). Una ventaja de este último es su sencillez, sin la necesidad de un vasto entrenamiento en el campo, permitiendo llegar al diagnóstico partiendo de la evaluación de conductas y síntomas, haciéndolos ideales como pruebas de tamización.

Gráfico 1. Características modelo dimensional de evaluación



("Tomado de Escalas DSM del CBCL y YSR en niños y adolescentes que acuden a consulta en servicios de salud mental, Bellaterra 2009")

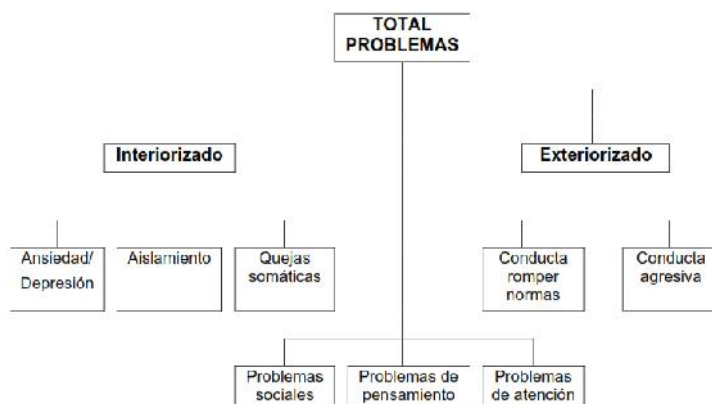
La CBCL hace parte de el “ *Achenbach System of empirically Based Assesment (ASEBA)*” como un método de tamización para la evaluación psicopatológica del paciente pediátrico con formularios diseñados para los rangos de edad entre los 1 ½ - 5 años y 6 - 18 años , este último el implementado en este estudio. Es una herramienta que permite la evaluación a través de una serie de ítems (síntomas) en total 113, la cual está diseñada para ser diligenciada por los padres del paciente, con nivel educativo mínimo de básica primaria, aunque también puede ser administrado oralmente por el entrevistador registrando las respuestas obtenidas, en un tiempo no mayor de 25 a 30 minutos.

Este instrumento permite evaluar de forma muy dirigida síntomas relacionados con problemas del comportamiento y la conducta divididos en 2 grandes grupos así: Interiorizados (ansiedad/depresión, aislamiento, quejas somáticas) y exteriorizados (conducta romper-normas, conducta agresiva) y los generales (problemas sociales, problemas de atención y problemas de pensamiento).

Se escogió la CBCL 6-18 de *Achenbach*, ya que es un instrumento que se encuentra vigente desde el año de 1978, y por lo mismo ha sido el de mayor difusión y aplicación en el mundo no solo como método de tamizaje en la práctica clínica sino como referencia en la literatura científica en el campo de la investigación, habiendo sido transcrito ya más de 60 idiomas y validado en poblaciones alrededor de los 5 continentes.

Con la información obtenida se puede: obtener una línea de base del funcionamiento del niño(a), identificar problemas y desviaciones que requieren de evaluación más detallada, valorar el grado de intensidad de los síntomas, realizar seguimiento, valorar el efecto de tratamientos e intervenciones realizadas y aproximarse a un diagnóstico incluido en el DSM-IV (Gráfico 2).

Gráfico 2. Dimensiones evaluadas a través del CBCL 6-18



(“Tomado de Escalas DSM del CBCL y YSR en niños y adolescentes que acuden a consulta en servicios de salud mental, Bellaterra 2009”)

Propiedades estadísticas del Instrumento

Fiabilidad

Fiabilidad test-retest realizado a través de coeficiente de correlación de Pearson, total escala de 0.84 (Tabla 2).

Consistencia interna

Consistencia interna evaluada a través del coeficiente alfa de Cronbach, que muestra una elevada consistencia para los ítems y escalas evaluadas (Tabla 3):

Validez

Instrumento que puede discriminar eficientemente a través de puntuación por Percentiles o T score entre Población clínica y Población general.

Tabla 2. Fiabilidad CBCL 6-18

Coeficientes de correlación intraclase y de Pearson para el test-retest del CBCL/6-18			
CBCL/6-18 Escalas DSM	Test-retest		
	México (N = 202)	Unión Europea (N = 20)	
	r	CCI	r
Afectivos	0,76	0,87	0,84
Ansiedad	0,73	0,81	0,80
Quejas somáticas	0,69	0,80	0,90
TDAH	0,82	0,91	0,93
Oposicionismo	0,79	0,89	0,85
Conducta	0,83	0,93	0,93
<i>Perfil clásico</i>			
Ansiedad/depresión	0,74	0,89	0,82
Aislamiento depresivo	0,75	0,87	0,89
Quejas somáticas	0,73	0,85	0,92
P. sociales	0,79	0,88	0,90
P. de pensamiento	0,72	0,88	0,86
P. de atención	0,85	0,89	0,92
Quebranto de normas	0,83	0,87	0,91
P. agresivos	0,85	0,94	0,90
Internalizadores	0,76	0,94	0,91
Externalizadores	0,86	0,95	0,92
Total	0,84	0,97	0,94

CCI: coeficiente de correlación intraclase; TDAH: trastorno por déficit de atención con hiperactividad; P.: problemas. Todas las correlaciones fueron significativas para $p < 0,01$.

Tabla 3. Consistencia interna CBCL 6-18

Escalas DSM	Alfa de Cronbach de las escalas del CBCL/6-18			
	Hospital (N=202)	Comunidad (N=409)	Total (N=61)	Achenbach (N=3.210)
Afectivos (13 ítems)	0,75	0,78	0,82	0,82
Ansiedad (6 ítems)	0,63	0,69	0,69	0,72
Quejas somáticas (8 ítems)	0,72	0,69	0,71	0,75
TDAH (7 ítems)	0,78	0,81	0,84	0,84
Oposicionismo (5 ítems)	0,60	0,61	0,64	0,65
Conducta (17 ítems)	0,69	0,85	0,90	0,91
<i>Perfil clásico</i>				
Ansiedad depresión (13 ítems)	0,60	0,80	0,83	0,84
Aislamiento depresivo (8 ítems)	0,76	0,74	0,79	0,80
Quejas somáticas (11 ítems)	0,79	0,73	0,78	0,73
P. sociales (11 ítems)	0,74	0,77	0,80	0,82
P. de pensamiento (15 ítems)	0,73	0,68	0,75	0,73
P. de atención (10 ítems)	0,79	0,83	0,86	0,86
Quebranto de normas (17 ítems)	0,60	0,79	0,84	0,85
P. agresivos (18 ítems)	0,61	0,91	0,93	0,94
Internalizadores (32 ítems)	0,69	0,88	0,90	0,90
Externalizadores (35 ítems)	0,62	0,92	0,94	0,94
Total (113 ítems)	0,67	0,95	0,96	0,97

TDAH: trastorno por déficit de atención por hiperactividad; P.: problemas.

Tomado de : "Testing the 8-syndrome structure of the child behavior checklist in 30 societies. *Journal of clinical child and adolescent psychology*, vol.36, N°3, 405-417".

5.8 Procedimiento metodológico

Los datos utilizados en este estudio provienen de la aplicación del instrumento de evaluación "CBCL 6-18" (Anexo 1) que se realizó a pacientes de la consulta de neumología pediátrica de la Fundación Hospital de la Misericordia, en el período comprendido entre junio y septiembre de 2013. Los tests en físico fueron analizados e interpretados según las recomendaciones del proveedor a través de la herramienta "hand scoring profile for CBCL 6-18" (gráfico 3), cuya calificación esta anexa a cada prueba individual en físico.

6.Resultados

Las encuestas aplicadas en la consulta de neumología pediátrica de La Fundación Hospital la Misericordia en el período de junio – septiembre de 2013 corresponde a la de un total de 53, realizada en un número igual de pacientes. De estas encuestas fueron analizadas 48 debido a que 5 de ellas no cumplieron con los requisitos necesarios para su posterior análisis dado por errores en el diligenciamiento de las mismas.

Los datos obtenidos posteriores a la puntuación individual por sub escalas de cada paciente a través del *hand scoring profile* se recopilaron en una base de datos (Anexo 1), en la cual aparecen otros datos demográficos como edad y sexo.

El sexo predominante en la muestra fue el masculino con un 60.4% del total (n=29), mientras el sexo femenino dio cuenta del 39.6% del total de la muestra (n=19). (Gráfico 4)

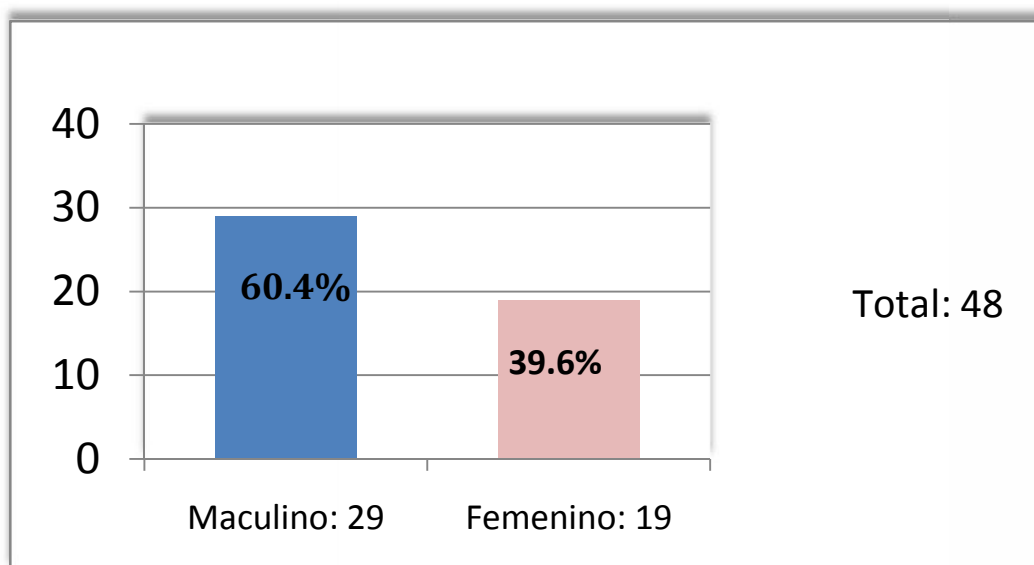
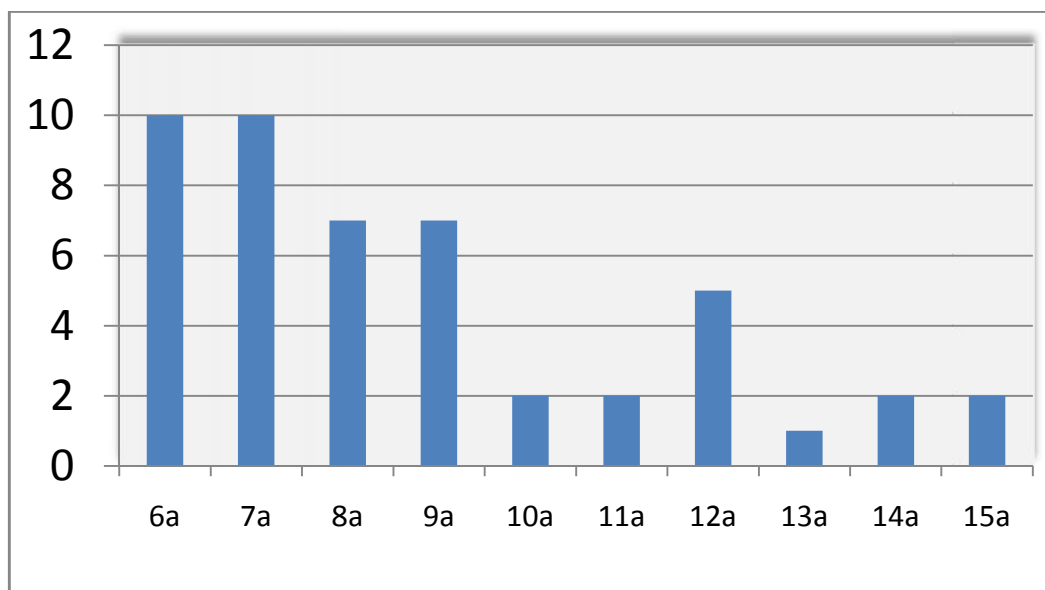


Gráfico 4. Distribución por sexo de la muestra

El total de la muestra analizada n=48, comprende a pacientes con un rango de edad mínima de 6 años y edad máxima de 15 años, donde la edad promedio de los participantes fue de 8.8 años, con una mediana de 8. La muestra tiene distribución multimodal con valores de 6 y 7 años como los más frecuentes.

Gráfico 5. Distribución de la muestra por edades



La evaluación total del test es considerada como positiva con un puntaje igual o mayor a 40 (según recomendaciones de los autores). Lo cual indica que las familias o cuidadores de estos niños no solo perciben dificultades en el comportamiento del sujeto evaluado sino que también este produce algún grado de interferencia, o sea que demanda mayor atención de lo habitual, consume energía o produce perturbación (tabla 4).

Tabla 4. Tests con puntaje total positivo (>40)

TEST PUNTAJE MAYOR 40	Total
Niños	N=11
Niñas	N=5
TOTAL	N= 16
	16/48
	33%

A su vez, de los evaluados, 16 sujetos obtuvieron un puntaje mayor de 40, correspondiente al 33% de la muestra evaluada, distribuidos de la siguiente manera: 11/16 niños (69%) y 5/16 niñas (31%). A su vez del total de niños evaluados el 37,9% tuvieron test positivo, mientras que en las niñas fue del 26,3% (tabla 5).

Tabla 5. Test Total Positivo > 40 por Sexo

TEST PUNTAJE MAYOR 40		Total	
Niños	N=11	N= 16	68,70%
Niñas	N=5	N= 16	31,30%
TOTAL	N= 16		100%

TEST PUNTAJE MAYOR 40		Total	
Niños	N=11	N=29	37,90%
Niñas	N=5	N=19	26,30%
TOTAL	N= 16	N=48	

A los cuestionarios que fueron positivos, se les realizó un análisis detallado de los 13 ítems incluidos para determinar cuáles fueron los que tuvieron una mayor frecuencia de marcación con puntaje de 2 y lo que se evidenció fue lo siguiente:

10 Ítems con mayor frecuencia de reporte

1. *Discute Mucho* (ítem 3)
2. *Es demasiado dependiente o apegado a algunos adultos* (ítem 11)
3. *Se pone celoso fácilmente* (ítem 27)
4. *No se puede quedar quieto es muy inquieto* (ítem 10)

5. *Es nervioso, tenso* (ítem 45)
6. *Habla demasiado* (ítem 93)
7. *Es demasiado ansioso o tiene mucho miedo*(ítem 50)
8. *Pelea Mucho* (ítem 37)
9. *Llora mucho* (ítem 14)
10. *Tiene rabietas o mal carácter* (ítem 95) y *No se puede concentrar o prestar atención por mucho tiempo* (ítem 8).

De lo anterior es interesante ver como todos los ítems atrás enumerados tiene en común que hacen referencia a síntomas relacionados con el aumento de la actividad como: Nerviosismo, inquietud e irritabilidad entre otros, en concordancia con la evaluación orientada por síntomas DSM orientados(tabla 6).

Síntomas DSM	Ansiedad	Oposicional/Desafiante	Afectivo	Deficit atención/ Hiperactividad
1		3		
2	11			
3				10
4	45			
5				93
6	50			
7		37		
8			14	
9		95		
10				8
10		86		

Tabla 6. Síntomas DSM orientados

Ahora bien, si analizamos los tests no por puntuación total sino por subescalas, de los 48 participantes, n=27 fueron positivas para síntomas lo que corresponde a un 56% de la muestra analizada. (Tabla 4). Tomadas como positivas aquellas con puntuaciones dentro de los rangos p93-p97 y mayor a p97.

De los 29 niños evaluados n=19 tuvieron test positivo que corresponde a un 62% de participantes de sexo masculino con síntomas, a su vez las niñas n=9 con prueba positiva corresponde a un 47.4% de participantes de sexo femenino con síntomas (tabla 7).

SINTOMAS		%
Niños	18 / (29)	62%
Niñas	9 / (19)	47.4%
Niños/Total	18 / (27)	67%
Niñas/Total	9 / (27)	33%
N=27		56%

Tabla 7. Evaluaciones positivas para síntomas en alguna de las 8 sub-escalas.

De las 27 evaluaciones o tests positivos para síntomas, n=18 son niños y n=9 son niñas, lo que corresponden a un 67% y 33% respectivamente del subgrupo (test positivo para síntomas). (gráfico 6 y 7).

Gráfico 6. Niños con test positivo para síntomas

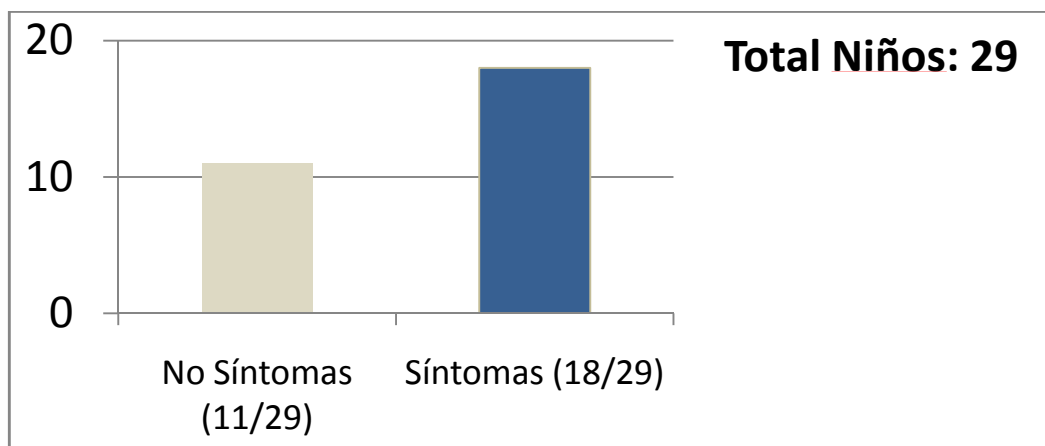
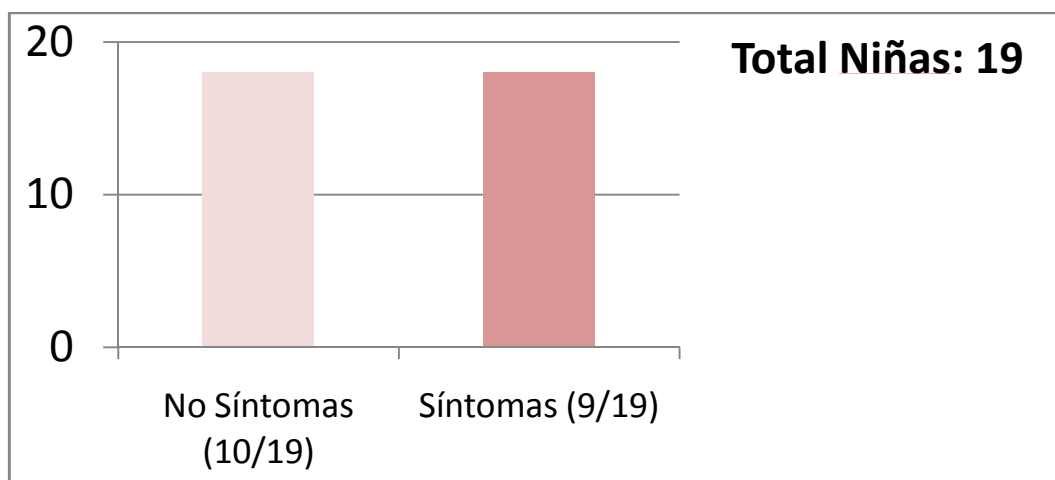


Gráfico 7. Niñas con test positivo para síntomas



El 56% de la muestra total estudiada tuvo la evaluación positiva para síntomas, siendo la sub-escala “comportamiento agresivo” la que tuvo mayor frecuencia de presentación con un total de n=15 pacientes, que corresponde a un 31.25% de la población, seguido por la sub-escala “aislamiento/depresión” con n=14 para un 29,2%. La sub-escala que reportó menor porcentaje fue la de problemas de pensamiento con un 3% (n=1). A continuación se exponen los resultados por sub – escalas. (Gráfico 8)

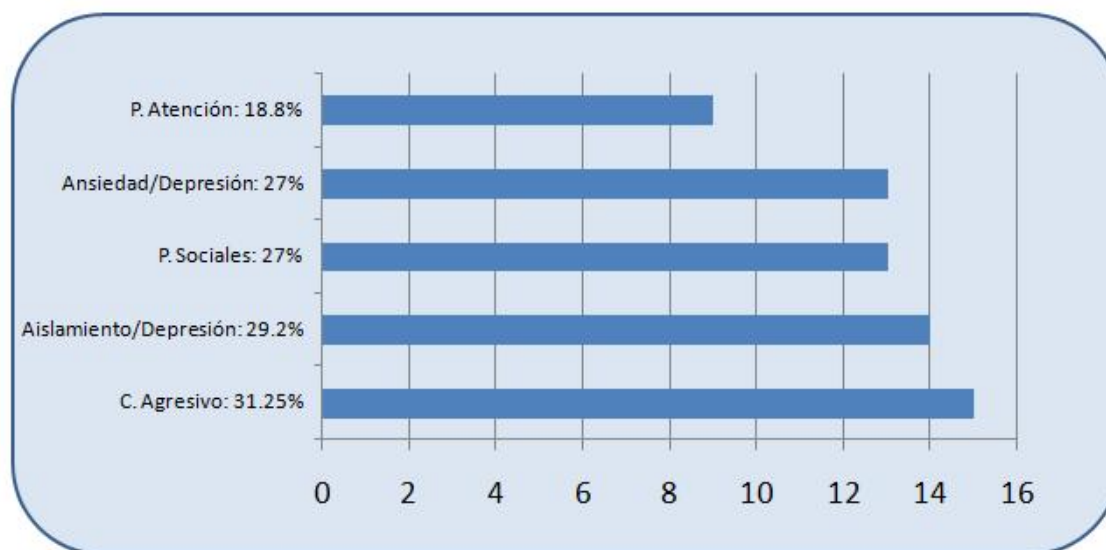


Gráfico 8. Puntuaciones positivas por sub-escalas

El gráfico muestra como todas las sub-escalas fueron positivas tanto para síntomas externalizantes (comportamiento agresivo, conducta romper normas), interiorizantes (aislamiento/depresión, ansiedad/depresión, quejas somáticas) y otros (Atención, etc.)

Los resultados por sub-escalas mostraron distintas tendencias con positividad para síntomas cuyos resultados se individualizan a continuación, aclarando que únicamente se expondrán las primeras 5 por considerarlas de mayor significancia e importancia clínica dado su alto porcentaje de referencia, por lo tanto no aparecerán gráficas ara las sub-escalas quejas somáticas, Conducta romper normas y Problemas de pensamiento.

Sub-escala Comportamiento agresivo

En la sub-escala comportamiento agresivo se encontró prueba positiva para síntomas en n=15, lo que corresponde a un 31.25 % de la muestra (tabla 8 y gráfico 9). De los 15 pacientes con test positivo, n=9 son niños y n=6 son niñas para un 60 % y 40% de la muestra respectivamente. (tabla 9)

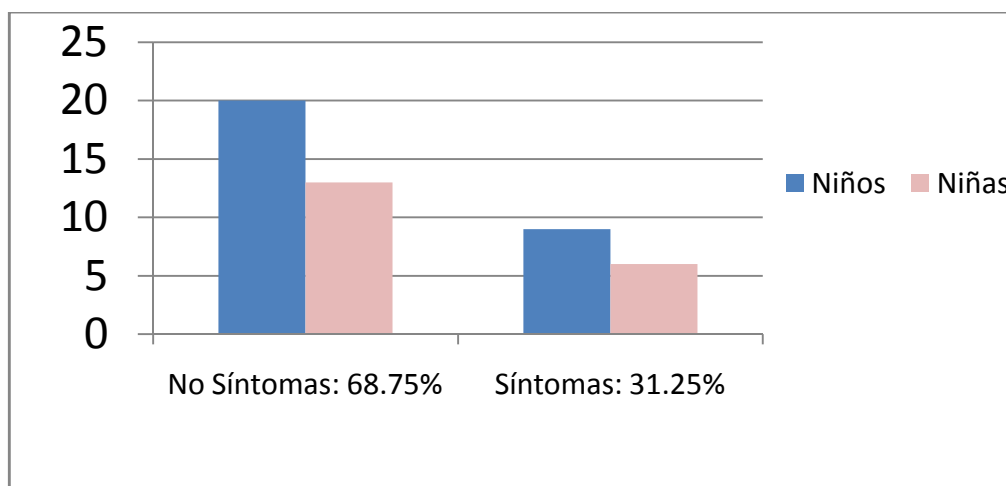
Tabla 8. Evaluación sub –escala comportamiento agresivo

Sub Escala Comportamiento Agresivo	
No síntomas	33
p 93-97%	12
> p97%	3
TOTAL	48

Tabla 9. Sub-escala comportamiento agresivo positiva por sexo

Síntomas (Rango Clínico)		%
Niños	9	60%
Niñas	6	40%
TOTAL	15	100%

Gráfico 9. Evaluación sub-escala Comportamiento agresivo



Sub-escala aislamiento/depresión

En la sub-escala aislamiento/depresión se encontró prueba positiva para síntomas en n=14, lo que corresponde a un 29.2 % de los encuestados (tabla 10 y gráfico 10). De los 14 pacientes con test positivo, n=11 son niños y n=3 son niñas para un 78.5 % y 21.5,% de la muestra positiva respectivamente (Tabla 11).

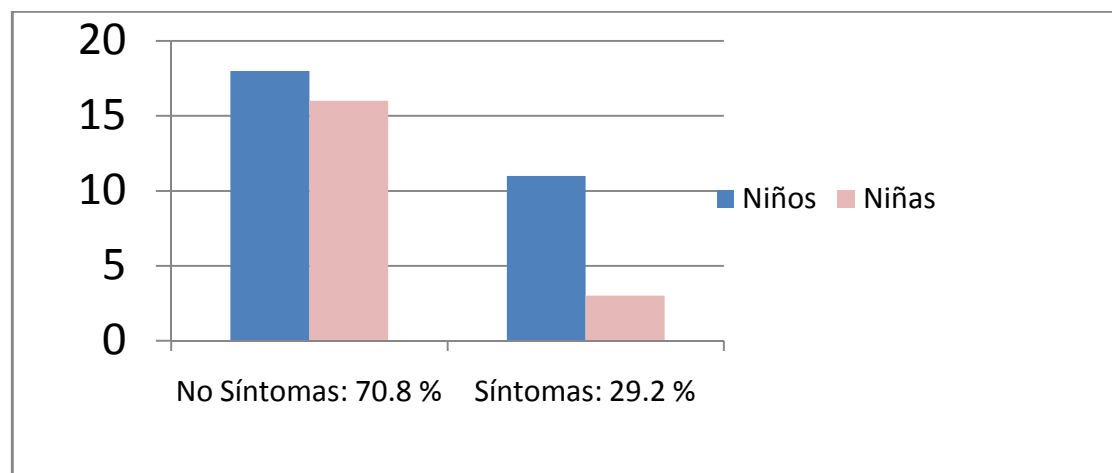
Tabla 10. Evaluación sub –escala aislamiento depresión

Sub Escala Aislamiento/Depresión	
No Síntomas	34
p 93-97%	8
> p97%	6
TOTAL	48

Tabla 11. Sub-escala aislamiento/depresión positiva por sexo

Síntomas (Rango Clínico)		%
Niños	11	78.5%
Niñas	3	21.5%
TOTAL	14	100%

Gráfico 10. Evaluación sub-escala aislamiento/depresión



Sub-escala ansiedad/depresión

En la sub-escala ansiedad/depresión se encontró prueba positiva para síntomas en n=13, lo que corresponde a un 27% de los participantes (tabla 12 y gráfico 11). De los 13 pacientes con test positivo, n=8 son niños y n=5 son niñas para un 61.5% y 38.5,% de la muestra positiva respectivamente (Tabla13).

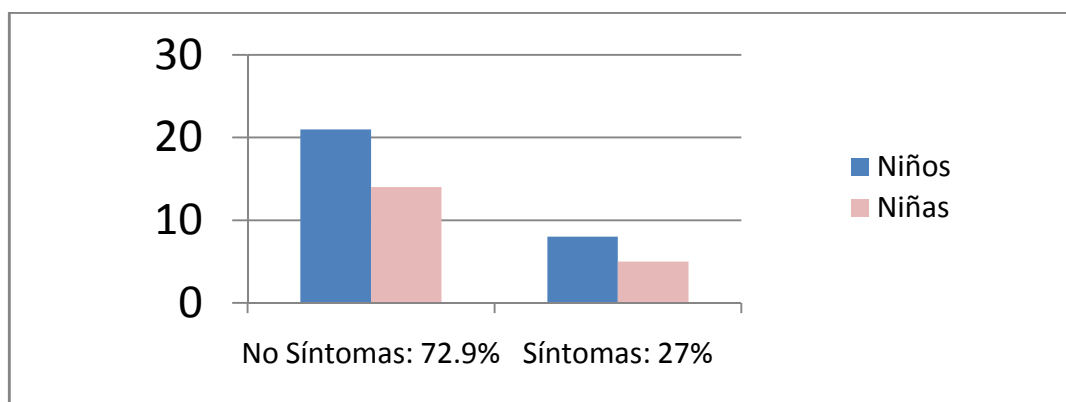
Tabla 12. Resultados evaluación sub-escala ansiedad/depresión

SUB ESCALA ANSIEDAD/DEPRESION	
No síntomas	35
p 93-97%	6
> p97%	7
TOTAL	48

Tabla 13. Sub-escala ansiedad/depresión positiva por sexo

Síntomas (Rango Clínico)		%
Niños	8	61.5
Niñas	5	38.5
TOTAL	13	100%

Gráfico 11. Evaluación sub-escala ansiedad/depresión



Sub-escala Problemas sociales

En la sub-escala problemas/sociales se encontró prueba positiva para síntomas en n=13, lo que corresponde a un 27 % de la muestra (tabla 14 y gráfico 12). De los 9 pacientes con test positivo, n=10 son niños y n=3 son niñas para un 76,9 % y 23,1,% de la muestra respectivamente. (Tabla 15)

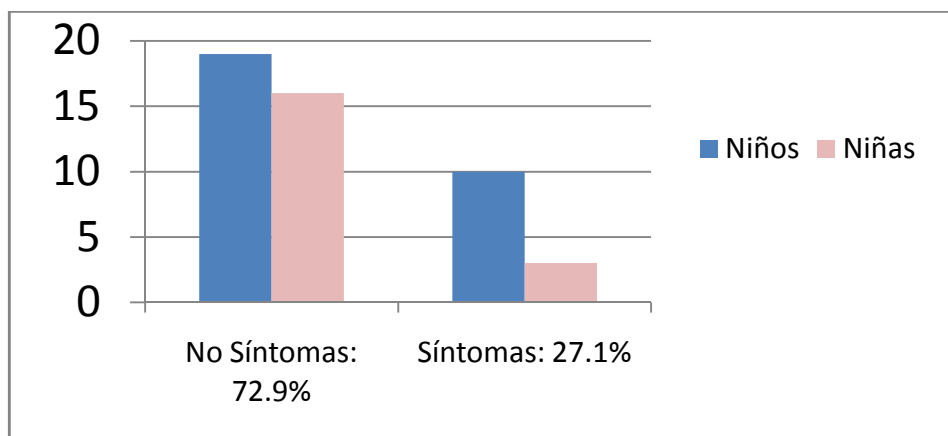
Tabla 14. Evaluación sub –escala problemas/sociales

Sub Escala Problemas Sociales	
No Síntomas	35
p 93-97%	10
> p97%	3
TOTAL	48

Tabla 15. Sub-escala problemas sociales positiva por sexo

Síntomas (Rango Clínico)		%
Niños	10	76.9%
Niñas	3	23.1%
TOTAL	13	100%

Gráfico 12. Evaluación sub-escala problemas sociales



Sub-escala Problemas de atención

En la sub-escala problemas de atención se encontró prueba positiva para síntomas en $n=9$, lo que corresponde a un 18.8 % de la muestra (tabla 16 y gráfico 13). De los 9 pacientes con test positivo, $n=7$ son niños y $n=2$ son niñas para un 78 % y 22% de la muestra respectivamente (Tabla 17).

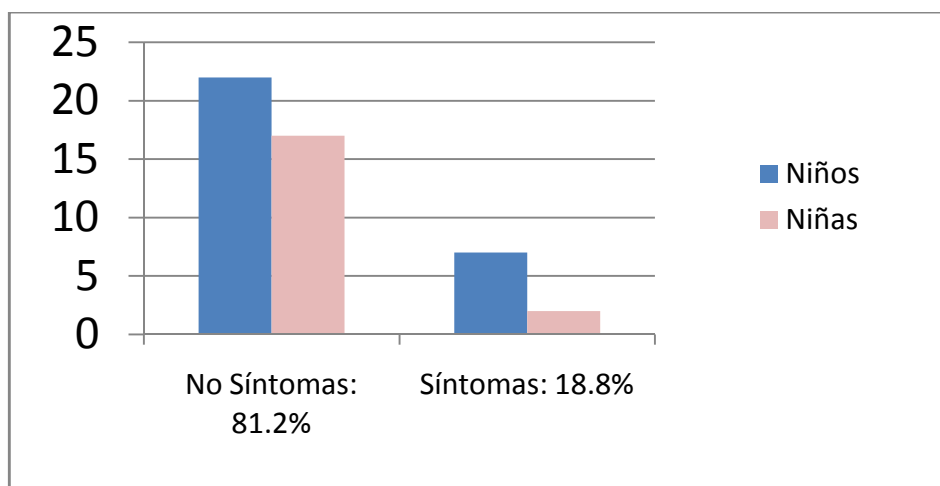
Tabla 16. Evaluación sub –escala problemas de atención

Sub Escala Problemas Atención	
No síntomas	39
p 93-97%	6
> p97%	3
TOTAL	48

Tabla 17. Sub-escala problemas de atención positiva por sexo

Síntomas (Rango Clínico)		%
Niños	7	78%
Niñas	2	22%
TOTAL	9	100%

Gráfico 13. Evaluación sub-escala Problemas de atención



7. Discusión

La medicina es una ciencia y un arte que está en continua evolución, la cual requiere de continua revisión y actualización por parte de los profesionales de la salud para poder estar a la vanguardia de los avances y así poder brindar a los pacientes la mejor de las alternativas para el diagnóstico y tratamiento de sus problemas.

En las últimas 2-3 décadas se ha despertado especial interés en los programas de atención primaria, promoción y prevención en la edad pediátrica, pues se ha podido demostrar como muchas de las enfermedades de la edad adulta especialmente las crónicas son el resultado de problemas que empezaron en la infancia, todo esto preocupando mucho a los sistemas de salud pues son las que mayor costo generan.

La enfermedad atópica es la patología crónica más frecuente en la edad pediátrica como se expuso en apartes anteriores con reportes de cifras de prevalencia para asma y rinitis tan altos como del 18-25% en algunas poblaciones.

Para estas como para la mayoría de enfermedades crónicas no se dispone de tratamientos curativos sino de intervenciones con el objetivo de controlar la enfermedad y prevenir en lo posible sus exacerbaciones y complicaciones, siendo trascendental lograr una adecuada adherencia tanto del paciente como de su familia a las estrategias de manejo para lograr así resultados exitosos. Existen muchas variables algunas modificables y otras en cambio no, que pueden afectar la adecuada adherencia de los pacientes y sus familias al manejo, y fue precisamente ese uno de los objetivos principales de este trabajo de investigación donde se busco la presencia de comorbilidad en el área de la salud mental de los pacientes.

De acuerdo con los datos obtenidos, se obtuvo una prueba positiva con puntuación total mayor o igual a 40 en 16 de los sujetos evaluados lo cual corresponde a un 33% de la muestra, valor no despreciable, y para síntomas en alguna de las sub-escalas evaluadas en n= 29 de los pacientes, queriendo esto decir que presentaron una puntuación mayor que el 93% que la muestra de referencia, o sea que el 56% de los padres refirieron la presencia de síntomas relacionados con alteraciones del comportamiento y la conducta en sus hijos.

Las puntuación positiva en alguna de las sub-escalas, fue más común en el sexo masculino con un 62.4% contra un 47,4% de las niñas evaluadas, similar a lo reportado en la literatura, siendo en este punto importante resaltar que hasta un 50% de los pacientes tuvo positiva la puntuación en más de una sub-escala, bastante más elevada en relación con lo descrito en la literatura donde reportan asociaciones entre estas de hasta un 30% [20],

De las sub-escalas evaluadas en la que se obtuvo un mayor reporte positivo fue la de comportamiento agresivo con un 31,25% relacionada en el caso del manual DSM-IV con el trastorno oposicional desafiante, luego siguen en orden de frecuencia las sub-escalas aislamiento/depresión 29,2% y ansiedad/depresión 27% las cuales están relacionadas en el caso del DSM-IV con problemas afectivos y problemas de ansiedad respectivamente, seguida por la sub-escalas de problemas de atención con un 18.8%, relacionada en el DSM-IV con déficit de atención y problemas de hiperactividad.

Las sub-escalas con menor porcentaje de positividad fueron las de conducta romper normas 6% relacionada en el DSM-IV con problemas de conducta y por ultimo problemas de pensamiento 2%. Esta ultima sub-escala solo fue positiva en un niño de 6 años, registro que al ser revisado de forma detallada muestra positividad en múltiples sub-escalas y en el ítem n°9 donde se indaga acerca de no poderse quitar de la mente ciertos pensamientos describen: “las agresiones de los compañeros del colegio anterior” en relación posiblemente con ser víctima de bullying.

Por el tipo de estudio y la herramienta de evaluación utilizada, solo se puede describir la presencia o no de síntomas relacionados con alteraciones del comportamiento referidos por padres, sin embargo es importante tener claro que en este estudio no buscamos realizar el diagnóstico de enfermedades sino que se aplico una prueba de tamización que en ningún momento reemplaza a instrumentos como el DSM IV y/o CIE-10, por lo que un resultado positivo solo justificaría y soportaría la posibilidad de realizar una evaluación más exhaustiva por parte por de profesionales más entrenados en el área.

8. Conclusiones

1. Hay un registro elevado de indicadores de malestar e interferencia en la población general que justifica la ampliación de estudios.
2. Los síntomas con mayor reporte por parte de los padres tiene en común que están relacionados con el aumento de la actividad (Irritabilidad, Nerviosismo, Inquietud).
3. En base a los resultados se recomienda una completa anamnesis en la revisión por sistemas de todos los pacientes con diagnóstico de enfermedad atópica, buscando síntomas que sugieran la posibilidad de problemas de adaptación, socialización y desempeño.
4. En caso de encontrar problemas en algunas de las áreas anteriormente citadas, estaría justificado la aplicación de una herramienta ágil y efectiva de tamización en busca de alteraciones del comportamiento como por ejemplo la CBCL 6-18, pudiendo ser aplicados otros instrumentos que estén diseñados y validados para tal fin.
5. Como se aplicó una herramienta de tamización y no de diagnóstico sería interesante poder determinar en estos pacientes cuantos cumplen criterios para enfermedad a través de otros estudios.
6. Es importante despertar el interés de otros para seguir investigando en el tema, con la participación no solo de médicos sino de otros profesionales del área salud que pueden aportar muchas ideas y experiencias.
7. El aumento en la incidencia de enfermedades crónicas en pediatría como por ejemplo el asma, haría desbordar la capacidad de atención especializada en todos los pacientes, por lo cual se deben fortalecer los programas de atención primaria en aspectos como la promoción , prevención y diagnóstico temprano.

9. Anexos

Anexo 1. CBCL 6-18

A continuación hay una lista de ítems que describen a los niños(as) y jóvenes. Para cada ítem que describe a su hijo ahora o durante los últimos 6 meses, marque el número **2** si la frase describe a su hijo(a) siempre o muy a menudo. Marque el número **1** si la frase lo(a) describe en cierta forma o algunas veces. Marque el número **0** si la descripción con respecto a su hijo(a) no es cierta. Por favor conteste todas las preguntas en la mejor forma posible inclusive si alguna de ellas parecen no aplicarse a su hijo(a).

0 = No es cierto

1 = En cierta forma ó algunas veces

2 = Siempre o casi siempre

- | | | | |
|-------|---|-------|---|
| 0 1 2 | 1. Actúa como si fuera mucho menor que su edad | 0 1 2 | 31. Tiene miedo que pueda pensar o hacer algo malo |
| 0 1 2 | 2. Padece de alergias | 0 1 2 | 32. Piensa que tiene que ser perfecto |
| 0 1 2 | 3. Discute mucho | 0 1 2 | 33. Siente y se queja de que nadie lo quiere |
| 0 1 2 | 4. Padece de Asma | 0 1 2 | 34. Siente que los demás lo quieren perjudicar o fastidiar. |
| 0 1 2 | 5. Se comporta como si fuera del sexo opuesto | 0 1 2 | 35. Se siente inferior y como que no vale la pena |
| 0 1 2 | 6. Hace deposiciones fuera del baño | 0 1 2 | 36. Se lastima accidentalmente con mucha frecuencia propenso a accidentarse |
| 0 1 2 | 7. Es presumido, engreído | 0 1 2 | 37. Pelea mucho |
| 0 1 2 | 8. No se puede concentrar o prestar atención por mucho tiempo | 0 1 2 | 38. Los demás lo fastidian o se burlan de él a menudo |
| 0 1 2 | 9. No se puede quitar de la mente ciertos pensamientos, esta obsesionado (Describa) _____ | 0 1 2 | 39. Se junta con niños/muchachos que se meten en problemas |
| 0 1 2 | 10. No se puede quedar quieto, es muy inquieto | 0 1 2 | 40. Oye sonidos o voces que otros que están con él no oyen(describa) _____ |
| 0 1 2 | 11. Es demasiado dependiente o apegado a algunos adultos. | 0 1 2 | 41. Es impulsivo, actúa sin pensar |
| 0 1 2 | 12. Se queja de que se siente solo | 0 1 2 | 42. Le gusta estar solo |
| 0 1 2 | 13. Parece confundido o parece como si estuviera en las nubes. | 0 1 2 | 43. Dice mentiras o engaña |
| 0 1 2 | 14. Lloro mucho | 0 1 2 | 44. Se muerde las uñas |
| 0 1 2 | 15. Es cruel con los animales | 0 1 2 | 45. Es nervioso, tenso |
| 0 1 2 | 16. Es agresivo, cruel o malo con los demás | 0 1 2 | 46. Tiene movimientos nerviosos, tics (describa) _____ |
| 0 1 2 | 17. Sueña despierto, se pierde en sus pensamientos | 0 1 2 | 47. Le dan pesadillas |
| 0 1 2 | 18. Se hace daño deliberadamente a si mismo | 0 1 2 | 48. No le cae bien a otros niños o muchachos |
| 0 1 2 | 19. Exige mucha atención | 0 1 2 | 49. Padece de estreñimiento |
| 0 1 2 | 20. Destruye sus propias cosas | 0 1 2 | 50. Es demasiado ansioso o tiene mucho miedo |
| 0 1 2 | 21. Destruye las pertinencias de sus familiares o de los otros niños | 0 1 2 | 51. Se siente mareado(a) |
| 0 1 2 | 22. Es desobediente en la casa | 0 1 2 | 52. Se siente culpable por cualquier cosa |
| 0 1 2 | 23. Es desobediente en el colegio | 0 1 2 | 53. Come demasiado |
| 0 1 2 | 24. No come bien | 0 1 2 | 54. Se cansa demasiado |
| 0 1 2 | 25. No se lleva bien con otros niños | 0 1 2 | 55. Pesa demasiado, tiene exceso de peso |
| 0 1 2 | 26. No parece sentirse culpable después de portarse mal | 0 1 2 | 56. Tiene problemas físicos de causa desconocida: |
| 0 1 2 | 27. Se pone celoso fácilmente | | a. Dolores o molestias |
| 0 1 2 | 28. Come o bebe cosas que no son comestibles (Diga que come) _____ | | b. Dolores de cabeza |
| 0 1 2 | 29. Tiene miedo a ciertas situaciones, animales o lugares. Describa _____ | | c. Ganas de vomitar |
| 0 1 2 | 30. Le da miedo ir a la escuela | | d. Problemas con los ojos (describa) _____ |
| | | | e. Brotes o irritación en la piel |
| | | | f. Dolores de estomago |
| | | | g. Vómitos |
| | | 0 1 2 | 57. Aleja ala gente físicamente |

- 0 1 2 58. Se mete los dedos en la nariz, se araña la piel u otras partes del cuerpo
- 0 1 2 59. Juega con sus partes genitales en público
- 0 1 2 60. Juega demasiado con sus genitales
- 0 1 2 61. Su rendimiento escolar es bajo
- 0 1 2 62. Es torpe, no tiene mucha coordinación
- 0 1 2 63. Prefiere jugar con niños/muchachos mayores que él
- 0 1 2 64. Prefiere jugar con niños/muchachos menores que él
- 0 1 2 65. Se rehúsa a hablar
- 0 1 2 66. Repite ciertos actos una y otra vez. (describa). _____
- 0 1 2 67. Se fuga de su casa
- 0 1 2 68. Grita mucho
- 0 1 2 69. Es muy reservado, se calla todo
- 0 1 2 70. Ve cosas que otros que están con él no ven. (Describa). _____
- 0 1 2 71. Es muy vergonzoso
- 0 1 2 72. Prende fuegos (describa) _____
- 0 1 2 73. Tiene problemas sexuales (Describa) _____
- 0 1 2 74. Le gusta lucirse, llamar la atención o hacerse él gracioso
- 0 1 2 75. Es muy tímido
- 0 1 2 76. Duerme menos que la mayoría de los niños y/o muchachos
- 0 1 2 77. Duerme más que la mayoría de los niños durante el día o la noche.(describa) _____
- 0 1 2 78. Se unta o juega con excrementos
- 0 1 2 79. tiene problemas para hablar o pronunciar palabras (describa) _____
- 0 1 2 80. Se queda fijo mirando al vacío
- 0 1 2 81. Roba objetos en la casa
- 0 1 2 82. Roba fuera de la casa
- 0 1 2 83. Almacena o guarda cosas que no necesita (describa) _____
- 0 1 2 84. Se comporta de una manera extraña (Describa) _____
- 0 1 2 85. Tiene ideas raras (Describa). _____
- 0 1 2 86. Es testarudo, mal humorado de mal genio o Irritable
- 0 1 2 87. Su estado de ánimo y humor cambia de forma brusca sin causa
- 0 1 2 88. Refunfuña mucho
- 0 1 2 89. Es desconfiado, celos
- 0 1 2 90. Dice malas palabras o usa lenguaje obsceno
- 0 1 2 91. Habla de querer matarse
- 0 1 2 92. Habla o camina cuando está dormido (Describa) _____
- 0 1 2 93. Habla demasiado
- 0 1 2 94. Se burla mucho de los demás
- 0 1 2 95. Tiene rabieta o mal carácter
- 0 1 2 96. Piensa demasiado sobre temas sexuales
- 0 1 2 97. Amenaza a otros
- 0 1 2 98. Se chupa el dedo
- 0 1 2 99. Se preocupa demasiado por la limpieza y orden
- 0 1 2 100. No duerme bien (Describa) _____
- 0 1 2 101. Falta a la escuela sin motivo
- 0 1 2 102. Es poco activo, lento o le falta energía
- 0 1 2 103. Se muestra infeliz, triste o deprimido
- 0 1 2 104. Es ruidoso o charlatán
- 0 1 2 105. Toma alcohol o usa drogas (Describa) _____
- 0 1 2 106. Comete actos de vandalismo como destruir ventanas, romper objetos, etc.
- 0 1 2 107. Se orina en la ropa durante el día
- 0 1 2 108. Se orina en la cama
- 0 1 2 109. Se queja mucho o se lamenta mucho
- 0 1 2 110. Desearía ser del sexo opuesto
- 0 1 2 111. Es retraído, no se relaciona con los demás
- 0 1 2 112. Se preocupa demasiado por todo
- 0 1 2 113. Agregue cualquier otro problema que su hijo(a) tenga y no se encuentre en la lista _____

Anexo 2. Consentimiento informado

Trabajo de investigación:

“ALTERACIONES DEL COMPORTAMIENTO Y LA CONDUCTA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON ENFERMEDAD ATOPICA”

Mi nombre es Juan Carlos Guerra Ortíz, poseo el título de médico cirujano y actualmente curso el programa de postgrado para aspirar al título de Médico Pediatra en la Universidad Nacional de Colombia. Como parte del programa de estudios estoy llevando a cabo un estudio en pacientes con diagnóstico de Asma, Rinitis y/o Dermatitis alérgicas con el fin de evaluar la presencia de alteraciones del comportamiento y la conducta en esta población pediátrica.

Si en este momento usted está leyendo este documento es porque su hijo(a) o el menor a su custodia es candidato para participar en el presente estudio y me gustaría contar con su apoyo.

La participación en el estudio consta de la realización de un cuestionario con datos generales acerca del paciente y su entorno familiar, así como de una serie de preguntas abiertas y otras de selección en relación a hábitos y comportamiento.

El tiempo estimado para el diligenciamiento del cuestionario es de aproximadamente 20-25 minutos.

La realización del presente estudio está aprobada y avalada por el comité de ética del Hospital Fundación de la Misericordia, y todos los datos obtenidos del mismo son confidenciales, además su nombre y el del menor nunca aparecerán referenciados en ningún aparte del estudio. Como se mencionó anteriormente su participación es voluntaria y la decisión de continuar en el mismo la puede cambiar en cualquier momento de la duración del mismo.

Gracias por tomarse el tiempo de leer el presente documento, agradeciendo de antemano su apoyo y participación.

He leído y entendido la información contenida en el presente documento, así mismo he tenido la oportunidad de preguntar y resolver mis inquietudes con los responsables del estudio.

Entiendo que la información suministrada es de tipo confidencial, la cual será utilizada para el desarrollo de un estudio llevado a cabo por estudiantes y profesores de la Universidad Nacional de Colombia, cuyo reporte final será en forma escrita.

Se me explico que puede cambiar de opinión y decidir no participar del estudio en cualquier momento del desarrollo del mismo.

Entiendo que mi nombre y el del niño(a) no aparecerán mencionados en el estudio.

Entiendo que la participación es voluntaria y en caso de participar soy libre de responder la/las preguntas y datos solicitados.

Después de haber leído y entendido la información he decidido participar:

SI / NO

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Juan Carlos Guerra Ortiz

CC 13748087 RM 25-0563

Anexo 3. Base de datos

EDAD	SEXO	ASMA	RIMITS	Ansiiedad/ Depresión.	%	Aislamiento/ Depresión	%	Somático	%	Problemas Sociales	%	Problemas Pensamiento	%	Problemas Atención	%	Conducta Romper Normas	%	Comportamiento Agresivo	%
6 años	Masc	SI	SI	7	P90	8	>P7	1	P60	4	P80	5	P91	3	P60	1	P54	1	P50
14 años	Fem	SI	SI	10	>P7	7	P95	6	>P97	5	P89	4	P90	1	P60	0	P50	13	P94
9 años	Misc	SI	SI	11	>P7	5	P94	8	>P97	9	P96	4	P86	3	P60	3	P60	10	P88
12 años	Misc	SI	SI	4	P75	1	P65	0	P50	1	P55	0	P50	4	P65	1	P57	6	P69
8 años	Fem	SI	SI	5	P82	1	P65	6	P86	5	P84	0	P60	2	P53	2	P63	5	P62
6 años	Fem	SI	SI	8	P94	3	P87	4	P90	4	P80	3	P78	4	P65	0	P50	5	P62
9 años	Misc	SI	SI	7	P90	5	P96	8	>P97	4	P80	2	P65	5	P71	3	P75	13	P94
7 años	Misc	SI	SI	9	P93	3	P87	5	P95	9	P86	2	P65	2	P53	2	P63	10	P88
10 años	Fem	SI	SI	12	>P7	3	P87	6	P96	6	P87	0	P50	6	P76	3	P75	16	P96
5 años	Misc	SI	SI	4	P75	4	P94	3	P85	4	P80	1	P53	2	P53	0	P50	6	P69
9 años	Misc	SI	SI	3	P60	2	P79	3	P85	2	P61	1	P53	3	P60	2	P63	2	P50
7 años	Misc	SI	NO	3	P60	1	P65	0	P50	1	P54	0	P50	2	P53	0	P50	1	P50
8 años	Misc	SI	SI	8	P94	4	P65	5	P95	5	P84	2	P65	2	P53	0	P50	12	P93
9 años	Fem	SI	SI	4	P75	1	P65	0	P60	2	P61	3	P78	3	P60	0	P50	6	P69
7 años	Misc	SI	SI	4	P75	0	P50	2	P77	4	P80	2	P65	5	P71	2	P63	9	P86
6 años	Misc	SI	SI	10	P97	4	P94	3	P85	11	>P97	5	P91	7	P82	11	>P97	22	>P97
9 años	Fem	SI	SI	5	P82	3	P87	4	P91	5	P84	3	P78	5	P71	2	P63	7	P75
6 años	Fem	SI	SI	5	P82	2	P79	5	P95	2	P61	4	P86	2	P53	2	P63	4	P58
9 años	Fem	SI	SI	1	P50	0	P50	5	P95	5	P84	0	P50	2	P53	3	P75	2	P50
8 años	Misc	SI	NO	6	P88	1	P65	2	P77	7	P94	2	P65	4	P65	3	P75	3	P54
8 años	Fem	SI	SI	12	>P7	1	P65	5	P95	8	P95	7	>P97	10	P94	5	P91	16	P96
9 años	Misc	SI	NO	2	P55	2	P79	3	P85	3	P71	2	P65	7	P82	3	P75	8	P78
7 años	Fem	SI	SI	13	>P97	4	P94	2	P77	11	>P97	1	P53	3	P60	0	P50	12	P93
8 años	Fem	SI	SI	4	P75	0	P50	3	P85	3	P71	0	P71	2	P53	1	P54	4	P58
7 años	Misc	SI	SI	9	P95	3	P87	4	P91	7	P94	8	>P97	6	P76	5	P91	14	P95
11 años	Misc	SI	SI	3	P60	7	>P97	2	P77	7	P94	1	P53	6	P76	2	P63	17	>P97
6 años	Misc	SI	SI	20	>P97	6	>P97	14	>P97	14	>P97	10	>P97	10	P94	7	>P97	27	>P97
6 años	Misc	SI	SI	5	P82	0	P60	0	P50	2	P61	2	P65	1	P50	0	P50	2	P50
12 años	Misc	SI	SI	1	P50	1	P65	0	P50	1	P55	0	P50	1	P50	0	P50	3	P54
10 años	Fem	SI	SI	2	P55	0	P50	1	P60	3	P71	0	P50	3	P60	1	P54	2	P50
8 años	Misc	SI	SI	9	P95	3	P87	2	P77	9	P96	8	>P97	6	P76	4	P84	15	P96
12 años	Misc	SI	SI	3	P60	0	P50	5	P95	4	P87	0	P50	9	P88	3	P67	14	P94
6 años	Misc	SI	SI	2	P55	0	P50	0	P50	4	P80	0	P50	3	P60	1	P54	10	P88
7 años	Fem	SI	SI	5	P82	1	P65	0	P50	4	P80	0	P50	4	P65	1	P54	12	P93
15 años	Misc	SI	SI	3	P60	1	P60	0	P50	5	P80	2	P69	4	P65	1	P57	7	P75
15 años	Misc	SI	SI	2	P55	2	P67	3	P86	4	P87	1	P53	5	P71	2	P60	7	P75
12 años	Fem	SI	SI	2	P55	0	P50	1	P67	1	P55	0	P50	1	P50	0	P50	3	P54
7 años	Misc	SI	SI	6	P88	3	P87	3	P85	6	P87	3	P78	2	P53	0	P50	6	P69
8 años	Fem	SI	SI	4	P75	2	P79	2	P77	7	P93	1	P53	4	P65	0	P50	13	P94
12 años	Misc	SI	SI	3	P60	1	P60	9	>P97	3	P77	5	P71	0	P50	0	P50	4	P58
6 años	Fem	SI	SI	7	P90	0	P50	4	P91	5	P84	3	P78	6	P76	1	P54	11	P92
13 años	Misc	SI	SI	12	>P97	7	P95	7	>P97	5	P90	9	>P97	6	P76	4	P77	14	P95
7 años	Fem	SI	SI	4	P75	1	P65	1	P60	3	P71	0	P50	2	P53	0	P50	10	P88
14 años	Misc	SI	SI	2	P55	3	P75	5	P95	7	P95	0	P50	1	P50	3	P67	5	P62
11 años	Misc	SI	SI	3	P60	2	P79	1	P60	2	P61	2	P65	1	P50	0	P50	6	P69
7 años	Misc	SI	SI	4	P75	8	>P97	6	P96	5	P84	6	P95	9	P91	7	P97	12	P93
6 años	Misc	SI	SI	6	P88	6	>P97	5	P95	7	P93	2	P65	5	P71	3	P75	9	P86
7 años	Fem	SI	SI	6	P88	4	P94	2	P77	4	P80	0	P60	2	P53	2	P63	9	P86

10. Bibliografía

1. Lima, L. Guerra, M., Lemos, M. (2010). The Psychological Adjustment of Children with Asthma: Study of Associated Variables. *The Spanish Journal of Psychology* 2010, Vol 13 N° 1, 353 – 363.
2. Klinnert, M.D., McQuaid, E., McCormick, D., Adinoff, A., Bryant, N. (2000). A Multimethod Assessment of Behavioral and Emotional Adjustment in Children With Asthma. *Journal of Pediatric Psychology*, Vol 25, N°1, pp.35 – 46.
3. Wright, R., Rodríguez, M., Cohen, S. (1998). Review of Psychosocial stress and asthma: An integrated biopsychosocial approach. *Thorax*; 53: 1066-1074.
4. Sourander, A., Helstelä, L., Helenius, H. (1999). Parent-adolescent agreement on emotional and behavioral problems. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 34: 657-663.
5. Feitosa, C., Santos, D., Barreto do Carmo, M., Santos, L., Teles, C., Rodrigues, L., Barrero, M. (2011). Behavior problems and prevalence of asthma symptoms among Brazilian children. *Journal of Psychosomatic Research* 71: 160-165.
6. Goodwin, R., Bandiera, F., Steinberg, D., Ortega, A., Feldman, J. (2012). Asthma and mental health among youth: etiology, current knowledge and future directions. *Expert Reviews. Respiratory Medicine*. 6(4), 397-406.
7. Friedman, A., Morris, T. (2006). Allergies and Anxiety in Children and Adolescents: A Review of the Literature. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*.
8. Alati, R., O'Callaghan, M., Naiman, J., Williams, G., Bor, W., Lawlor, D. (2005). Asthma and Internalizing Behavior Problems in Adolescence: A longitudinal Study. *Psychosomatic Medicine* 67: 462-470.
9. Fontes, N., Weber, M., Fortes, S., Cestari, T., Fortes, G., Mazotti, N., Barzenski, B., Laufer, T., Soirefmann, M., Pratti, C. (2005). Evaluation of emotional and behavioral symptoms in children and adolescents with atopic dermatitis. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, Vol 27, N°3, pp. 279-291.

10. Katon, W., Ricardson, L., Lozano, P., McCauley, E.(2004). The Relationship of Asthma and Anxiety Disorders. *Psychosomatic Medicine* 66: 349-355.
11. Schmitt, J., Apfelbacher, C., Chen, C., Romanos, M., Sausenthaler, S., Koletzko, S., Bauer, C., Hoffmann, U., Krämer, U., Berdel, D., Von Berg A., Wichmann, E., Heinrich, J.(2009). Infant-onset eczema in relation to mental health problems at age 10 years: Results from a prospective birth cohort study. *Journal of Allergy and Clinical Immunology, Volume 125, N°2, 404-410.*
12. Blaiss, M.(2008). Pediatric Allergic rhinitis: Physical and mental complications. *Allergy and Asthma Proceedings vol 29, N°1: 1-6.*
13. Combs-Orme, T., Heflinger, C., Simpkins, C.(2002). Comorbidity of Mental Health Problems and Cronic Health Conditions in Children. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, Vol 10, N°2, pp. 116-125.*
14. Randolph, C., fraser, B.(1999). Stressors and Concerns in Teen Asthma. *Current Problems in Pediatrics, Vol 29, issue 3, 82-93.*
15. Tibosch, M., Verhaak, C., merkus, P.(2011). Psychological characteristics associated with the onset and course of asthma in children and adolescents: A systematic review of longitudinal effects. *Patient Education and Counseling* 82, 11-19.
16. Buske. A., Ebrecht, M., Kern, S., Gierens, A., Hellhammer, D.(2008). Personality characteristics in chronic and non-chronic allergic conditions. *Brain, Behavior and Immunity* 22, pp 762-768.
17. Meldrum, S., D´Vaz, N., Dunstan, J., Mori, T., Hird, K., Simmer, K., Prescott, S.(2012). Allergic disease in the first year of life is associated with differences in subsequent neurodevelopment and behavior. *Early Human Development, pp 1-7.*
18. Pedraza, A., Stand, I., Castaño, S., Ruiz, J. Asma Infantil. *Precop, CCAP, Volumen 10, número 2, pag 36-48.*
19. Akinbami, L., Moorman, J., Bailey, C., Zahran, H., King, M., Johnson, C., Liu, X. (2012). Trends in Asthma Prevalence, Health Care Use, and Mortality in the United States, 2001-2010. *NCHS Data Brief, N°94, U.S. Department of Health and Human Services, CDC.*

20. Rodriguez, P.(2008). Trastornos del comportamiento. *Pediatría Integral; XII(10): 949:958.*
21. Trastornos del comportamiento, Guía didáctica, Servicio de promoción de la salud de la Dirección General de Salud Pública, Servicio Canario de la Salud, Gobierno de Canarias, Año 2010.
22. Mental Health and Chronic Physical Illnesses, The need For Continued and Integrated Care, *World Federation For Mental Care 2010.*
23. Weil, C., Wade, S., Bauman, L. (1999). Relationship between psychosocial factors and asthma morbidity in inner-city children with asthma. *Pediatrics, Volume 104 n°6, pp 1274-1280.*
24. Lacalle, M. (2009). Escalas DSM del CBCL y YSR en niños y adolescentes que acuden a consulta en servicios de salud mental. *Tesis doctoral en psicopatología, Universitat Autònoma de Barcelona.*
25. Ibero,M., Justicia., Álvaro,M., Asensio, O., Domínguez, O., Garde, J., Sancha, J., Valero, A.,(2012). Diagnosis and treatment of allergic rhinitis in children: Results of the PETRA study, *Allergology Immunopathology (Madrid). 2012; 40(3):138-143.*
26. Kohen, D. (2010). Asthma and School Functioning. *Component of statistics Canada catalogue n° 82-003-x. Health Reports, vol.21n°4.*
27. Piquart,M., Shen,Y. (2011). Behavior Problems in Children and Adolescents With Chronic Physical Illness: A Meta-Analysis, *Journal of Pediatric Psychology vol.36, n° 9 pp.1003-1016.*
28. Beynon, S. (2008). Behaviour Problems in Children with Asthma and their Siblings. *University of Canterbury, New Zealand.*
29. Hak, E; De Vries, T; Hoekstra, P; Jick, S. (2013) Association of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder with atopic diseases and skin infections? A matched case-control study using the general practice research database. *Ann Allergy Asthma Immunology 102-106.*

30. Ivanova, M; Achenbach,T; Dumenci, L.(2007). Testing the 8-syndrome structure of the child behavior checklist in 30 societies. *Journal of clinical child and adolescent psychology*, vol.36, N°3, 405-417.
31. Nakamura,B; Ebesutani,C; Bernstein, A; Chorpita, B. (2009). A Psychometric Analysis of the Child Behavior Checklist DSM-Oriented Scales. *J Psychopathol Behav Assess* 31: 178.189.
32. Achenbach T, Rescorla L.(2001). Manual for the ASEBA school- age forms & profiles, An integrated system of multi-informant assessment, University of Vermont.
33. Manual de psiquiatría, Palomo y Jiménez - Arriero editores (2011).