Símptomes depressius en preescolars asmàtics

Ester Pla, Eugènia Gras, Roser Teixidor*, M. Claustre Jané, Edelmira Domènech-Llaberia

*Facultat de Psicologia. Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona. *Servei de Pediatria. Hospital Sant Jaume d'Olot. Olot.*

Resum

Objectiu. L'objectiu d'aquest estudi és constatar si els nens asmàtics en la primera infància presenten símptomes depressius, igual que els estudis fets en adults i adolescents amb asma.

Mètode. S'ha dut a terme amb nens de 37 a 47 mesos d'edat (N= 20) residents a la comarca de la Garrotxa, dels quals 10 pateixen asma i la resta són nens sans. Les proves utilitzades són el Child Behavior Checklist (CBCL) (Achenbach, Edelbrock, 1983), el qüestionari de depressió PRESS (Martini, Strayhorn i Puig-Antich, 1990), el Cribratge de desenvolupament Batelle (Newborg, Stock, Wnek, 1989) i l'anàlisi del cortisol salival.

Resultats. Hem pogut observar que el grup amb asma presenta puntuacions superiors en totes les proves administrades, en especial en el qüestionari de depressió PRESS.

Conclusions. Podem pensar que el preescolar amb asma presenta ja simptomatologia depressiva que cal tenir en compte.

Paraules clau: *Asma. Depressió. Preescolars. Psicopatologia.*

Síntomas depresivos en preescolares asmáticos

Objetivo. El objetivo de este estudio es constatar si los niños asmáticos en edad preescolar presentan síntomas depresivos tal como se ha observado en otros estudios con adultos y adolescentes afectados de asma.

Método. Se ha realizado en niños de 37 a 47 meses de edad (N= 20) que residen en la comarca de la Garrotxa, 10 de los cuales padecen asma y 10 están sanos. Se han aplicado las siguientes pruebas: Child Behavior Checklist (CBCL) (Achenbach, Edelbrock, 1983), el cuestionario de depresión PRESS (Martini, Strayhorn i Puig-Antich, 1990), el Screening de desarrollo Batelle (Newborg, Stock, Wnek, 1989) y el análisis del cortisol salival.

Resultados. Los resultados muestran que el grupo con asma presenta puntuaciones superiores en todas las pruebas administradas, en especial en el cuestionario de depresión PRESS.

Conclusiones. Con ello se puede concluir que el niño preescolar asmático presenta sintomatología depresiva a considerar.

Palabras clave: *Asma. Depresión. Preescolares. Psicopatología.*

Correspondència:

Dra. Edelmira Domènech
UAB. Facultat de Psicologia. Dept. personalitat
08193 Bellaterra (Barcelona)

Treball rebut: 01-03-1998. Treball acceptat: 30-07-1998.

Pla E, Gras E, Teixidor R, Jané MC, Domènech-Llaberia E.
Símptomes depressius en preescolars asmàtics.
Pediatr Catalana 1998; 58: 275-279.

Symptoms of depression in asthmatics young children

Objective. Studies performed in adolescents and adults with asthma have shown an increased incidence of depression in these populations. The aim of this study was to investigate the incidence of symptoms of depression in young children with asthma.

Method. Twenty children (10 asthmatic and 10 controls) aged 37 to 47 months from La Garrotxa were eligible for this study. The tests performed were: Child Behaviour Checklist (CBCL) (Achenbach, Edelbrock, 1983), The Preschool Symptoms Self Report (PRESS) (Martini, Strayhorn and Puig-Antich, 1990), Screening Batelle (Newborg, Stock and Wnek, 1989) and the analysis of salivary cortisol.

Results. The group of asthmatic children had higher scores in all tests performed, specially in the PRESS test.

Conclusions. Young children of pre-school age may also show symptoms of depression. These findings need to be considered in the evaluation and treatment of children with asthma.

Key words: *Asthma. Depression. Pre-schoolers. Psycopathology.*

Introducció

El concepte de depressió preescolar és molt recent i com a conseqüència, hi ha molts pocs estudis sobre el tema. També es troben molt poques publicacions sobre aspectes psicopatològics de nens asmàtics a l'etapa preescolar. Per aquest motiu, s'ha considerat interessant l'avaluació de la depressió en una mostra d'asmàtics de 3 anys, ja que qualsevol disminució física o psíquica situa un infant en posició de risc per sentir-se diferent, inferior i marginat, cosa que pot facilitar l'aparició d'un quadre depressiu [1].

L'asma és una malaltia crònica d'alta prevalença en la infància, entre el 5 i el 9% a Espanya, amb tendència a augmentar. El 30% d'asmàtics de 14 anys han iniciat la malaltia abans del primer any de vida; el 50%, abans del segon any, i el 80% abans dels 5 anys [2]. Aproximadament el 50% dels infants asmàtics continuaran presentant asma al llarg de la seva vida adulta. Aquestes dades ens alerten que l'asma té un inici precoç i que es pot presentar durant molts anys de la vida o fins i tot durant tota la vida. El nen amb asma haurà d'aprendre a conviure amb unes limitacions dietètiques, i físiques, amb nombroses absències escolars i amb les angoixes associades a la seva evolució durant anys. L'adaptació a la malaltia moltes vegades no es presenta fàcil i sol afectar l'estat emocional i la relació social del malalt.

Igual que en els adults, també en els joves i els infants hi ha una relació entre patir asma i desenvolupar trastorns psicològics. L'estrès i les situacions que produeixen ansietat, por i còlera poden desencadenar una crisi asmàtica. S'ha descrit també més inestabilitat emocional en els subjectes afectats d'asma [3-4], similar a la que s'observa en altres malalties cròniques més greus, com el càncer [5]. Els trastorns psicopatològics més relacionats amb la malaltia asmàtica són les alteracions de l'estat d'ànim, l'ansietat, l'agressivitat, els atacs de pànic i els problemes de relació social [6-9].

Els estudis que relacionen l'asma amb la depressió posen de manifest la importància de diverses variables en el grau d'afectació psicològica d'aquests malalts, com la dificultat de complir les prescripcions mèdiques [10], la gravetat de l'asma [11-12], el tipus de medicació i el nombre d'hospitalitzacions [13], la durada de la malaltia [9], l'edat del pacient [14] i el tipus de desencadenant [15].

En la primera infància, les dades que s'han esmentat abans no són tan clares, ja que, fonamentalment, són escassos els estudis que s'han fet amb nens de 3 a 6 anys. En l'actualitat, la informació deriva dels estudis realitzats en mostres amb un interval d'edat molt ampli i que engloben nens d'edat preescolar. Els resultats d'aquestes recerques són semblants als resultats obtinguts en els estudis fets amb població de joves i d'adults [6, 16], i assenyalen la interferència dels símptomes de l'atac de pànic amb l'asma, l'absència de trastorns del son específics en els asmàtics i l'estreta relació de l'asma amb l'ansietat, la depressió, l'agressivitat i la hiperactivitat [14], especialment en el nen amb afectació atòpica i amb alts nivells d'IgE. Els estudis més recents sobre la relació de la malaltia crònica i la depressió troben que els infants i els adolescents amb asma i dolors abdominals recurrents tenen un risc més alt de desenvolupar símptomes depressius que no pas els infants i els adolescents afectats de càncer, fibrosi quística i diabetis [17].

Per tot el que s'ha esmentat fins aquí, queda palès que ara com ara no es disposa d'estudis centrats en les edats preescolars que avaluïn la simptomatologia depressiva en els infants asmàtics d'aquest període evolutiu. És per aquest motiu que s'ha considerat interessant iniciar una recerca en aquesta línia. A més, i atesa la importància dels processos de desenvolupament en aquest període d'edat (3-6 anys), s'ha cregut convenient avaluar els infants de 3 anys separadament de la resta (4-5 anys), ja que les característiques evolutives pròpies dels infants de 3 anys diferencien aquests dels que en tenen 4 i 5.

L'objectiu d'aquest estudi és observar si els nens asmàtics de 3 anys presenten símptomes depressius. Per això s'ha utilitzat el procediment següent:

Material i mètodes

Subjectes

S'ha escollit una mostra clínica de 20 nens dels quals 10 tenen asma i 10 són nens sans, d'edats compreses entre 37 i 47 mesos, residents a la comarca de la Garrotxa amb assistència mèdica a l'Hospital Sant Jaume d'Olot.

En aquest estudi, el diagnòstic d'asma l'ha fet sempre el mateix pediatre a partir de la presència d'una hiperreactivitat bronquial de base amb episodis recurrents de tos i dificultat respiratòria i amb bona resposta als broncodilatadors. Els nens que formen part del grup amb asma, a més de complir amb aquest diagnòstic, presenten 2 crisis com a mínim en l'últim any, i se n'ha descartat la presència d'altres malalties físiques i psíquiques, una característica que també compleixen els nens del grup control.

En relació amb les característiques de l'asma de la nostra mostra cal destacar que un 70% estan afectats d'asma lleu episòdica i el 30% restant, de moderada episòdica. La mitjana d'atacs en l'últim any és de 4, amb 2 hospitalitzacions per terme mitjà i 3 consultes a urgències en els seus antecedents. En tots els nens, l'asma es presenta constant al llarg de l'any. A la Taula I es poden observar altres característiques de l'asma de la nostra mostra.

Es troba un pacient que no pren medicació intercrisis. El tractament intercrisis més usual són els corticoides inhalats (Taula II).

El 90% dels nens amb asma són del sexe masculí mentre que en el grup control el 30% és del sexe masculí. No es constata cap separació ni divorci familiar que pugui afectar tant el grup amb asma com el control.

TAULA I

Característiques de l'asma als nens estudiats

Absències escola/any (per asma)	$\bar{x}$ = 12.9 SD = 16.1
Desencadenants	Refredats 70% Clima 10% Exercici 10% No responen (antec. famil.) 10%
Nivell IgE	Normal 70% Alt 30%
Atòpia	Negativa 70% Positiva 30%
Proves cutànies	Negatives 80% Positives 20%
Valoració de l'asma	Lleu episòdica 70% Moderada episòdica 30% (La resta opcions nul·les)

TAULA II

Tractament intercrisis de l'asma als nens estudiats

	Corticoides inhalats	Nedocromil sòdic	Cromoglicat sòdic	Corticoides orals	Ketotifè
Sí	5	1	1	0	2
No	5	9	9	10	8

Instruments

S'han utilitzat els instruments següents:

- *Child Behavior Checklist* (CBCL) [18]. És un qüestionari sobre la conducta del nen dirigit als pares. Dóna diverses escales conductuals atenent a l'edat i al sexe i fa un recull de la tendència del nen a presentar conductes amb tendència exterioritzadora o més internalitzadora. En aquest estudi ens interessa l'escala comuna de depressió per als dos sexes.
- *Preschool Symptom Self-Report* (PRESS) [19]. És un qüestionari dirigit als preescolars que recull els símptomes de depressió com ara: estat d'ànim deprimit, anhedonia, tristesa, alentiment psicomotor, preocupacions, fatiga, pèrdua de gana, insomni, irritabilitat, pors i autoimatge negativa. El nen s'ha d'identificar amb un dels dos personatges que hi ha dibuixats, dels quals un representa el símptoma i l'altre l'absència. Es passa amb poc temps, en 15 minuts. Dóna una puntuació total, com més alta, més presència de símptomes.
- *Cribratge de desenvolupament Batelle* [20]. Permet identificar el nivell de desenvolupament psicosocial del nen des del naixement fins als 95 mesos. S'ha utilitzat per controlar el nivell de desenvolupament psicosocial de tots els nens, en les àrees personal-social, adaptativa, motora, de llenguatge i cognitiva.
- *Cortisol salival*. És una mesura biològica relacionada amb situacions d'estrès. Alguns estudis troben correlació entre presentar alts nivells de cortisol i símptomes de depressió [21]. A més, permet recollir-lo en totes les edats de manera inofensiva. Compensa l'absència d'una prova d'ansietat en preescolars. Com que presenta canvis circadiaris és important fixar unes hores de recollida. Els valors màxims es troben entre les 6 h i les 9 h del matí.
- *Qüestionaris.* S'han elaborat uns qüestionaris per recollir informació. El qüestionari 1 recull el diagnòstic, la situació familiar i l'edat del nen. El qüestionari 2 és específic per als nens amb asma, i recull les característiques de la malaltia. El qüestionari 3 detecta antecedents familiars d'asma, de quadres atòpics i de trastorns psicològics.
- *Material lúdic*, com ara jocs i llapis, per tal de fer més amena l'exploració amb el nen.

Procediment

Una vegada recollida la mostra total d'asmàtics que complien amb els criteris, s'ha seleccionat aleatòriament un nombre semblant de nens controls sans. Per mitjà de contacte telefònic s'ha aconseguit una acceptació total, acordant dia i hora de trobada per a cada nen. Les proves s'han passat als consultoris de pediatria de l'Hospital Sant Jaume d'Olot a les tardes.

Una vegada amb la família, se'ls ha explicat de nou l'objectiu de l'estudi i el que es faria. En primer lloc, s'han preguntat els aspectes recollits als qüestionaris. Posteriorment s'ha donat als pares el CBCL [17] perquè l'omplissin fora del consultori mentre s'han administrat la resta de proves als nens sols.

De nou amb els pares, s'han aclarit els dubtes que podien tenir del qüestionari mentre es comprovava que havien respost tots els ítems. Finalment, s'han donat les instruccions per tal de recollir la saliva amb un recipient especial que se'ls ha donat. S'ha acordat recollir-la entre les 8 h i les 9 h del matí i portar-la a l'hospital entre les 8.30 h i 9.30 h, on s'ha congelat i analitzat amb l'equip RIA (Ciba-corning, Gieben, Germany). Les dades obtingudes s'han analitzat amb el paquet estadístic SPSS per a Windows 6.0.1.

Resultats

Podem veure en les figures 1, 2 i 3 que la mitjana de les puntuacions en cada prova és més alta en el nen amb asma que en el control, sense superar l'interval que es considera normal, és a dir, el valor que indica patologia en aquesta edat.

Aplicant el mètode estadístic de comparació de mitjanes podem veure que aquestes diferències només són estadísticament significatives en relació amb els valors de la PRESS (P = 0.038). La comparació de mitjanes s'ha completat amb una anàlisi discriminant que només destaca la variable PRESS com a diferenciadora dels dos grups (P = 0.0413) (Taula III).

Altres dades

Tots els nens han superat el cribratge (screening) Batelle, la qual cosa ens fa pensar que tenen un nivell de desenvolupament adequat a la seva edat. D'una altra banda, no s'ha trobat cap relació entre presentar component atòpic i puntuacions més altes

TAULA III

Comparació de resultats entre nens asmàtics i controls

	Asma	Control	Significació
PRESS	$\bar{x}$ = 5.2 SD = 3.824	$\bar{x}$ = 2.2 SD = 1.814	t = 2.24 p = 0.038
Cortisol	$\bar{x}$ = 0.9889 SD = 0.376	$\bar{x}$ = 0.9256 SD = 0.378	t = .36 p = 0.726 (N = 18)
Depressió	$\bar{x}$ = 61.4 SD = 7.121	$\bar{x}$ = 57.6 SD = 5.103	t = 1.37 p = 0.187

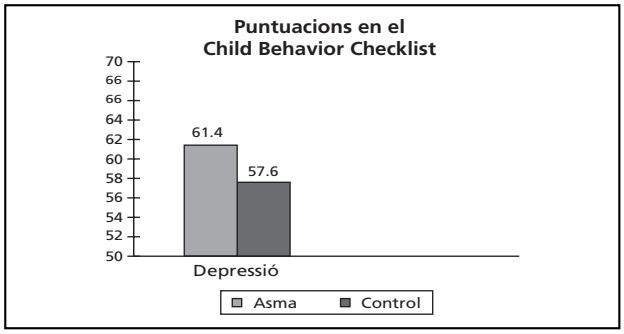

Fig. 1. Diferències en l'escala de depressió del CBCL.

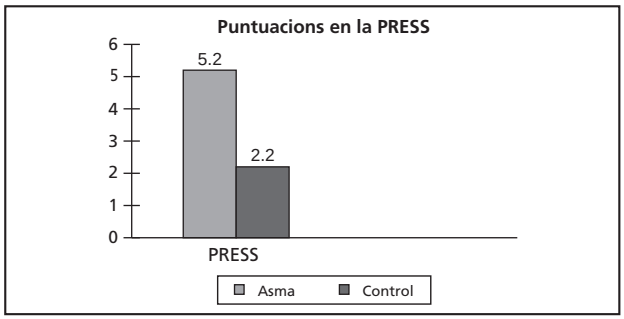

Fig. 2. Diferències en les puntuacions PRESS.

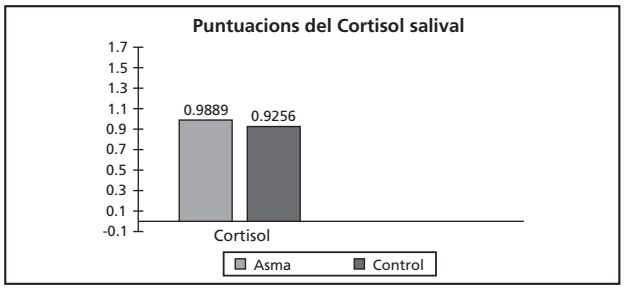

Fig. 3. Diferències en el nivell de cortisol salival.

en les proves, ni entre presentar nivells d'immunoglobulines IgE alts i puntuacions altes en les proves.

Tampoc no s'ha trobat relació entre el tipus de tractament i la dosi d'aquest, amb puntuacions més altes en les proves, ni entre el nivell de gravetat de la malaltia i el grau d'afectació psicològica. No s'han trobat correlacions entre les mesures, però sí que podem veure que es dóna una correlació positiva entre puntuacions altes en el PRESS i més absències escolars (P = 0.01).

Discussió

Igual que en els estudis fets amb adults i adolescents, la tendència a presentar símptomes depressius en els malalts asmàtics, mesurat a partir del qüestionari PRESS [18], es pot observar ja als 3 anys.

Cal tenir en consideració que la mida de la mostra és molt petita, cosa que pot repercutir en els resultats. No obstant això, es pot pensar que aquests resultats possiblement són deguts als efectes directes de patir la malaltia o als efectes indirectes, com ara el tipus de medicació i la dosi. En no observar-se cap relació estadística que confirmi aquestes dues últimes variables, es pot pensar que donades les limitacions de l'asma, en especial les absències escolars, poden crear en el nen uns sentiments depressius, que en cap cas permeten diagnosticar com a depressió pròpiament dita, però que cal tenir en compte.

Un altre factor que pot influir en aquests resultats és la sobreprotecció. Es creu que la sobreprotecció fa més vulnerable el nen a desenvolupar trastorns emocionals. El nen asmàtic viu en un entorn familiar que tendeix a sobreprotegir-lo [13, 7, 22-27] i que, a la vegada, pot ajudar-lo a desenvolupar trastorns emocionals, en especial símptomes depressius.

Com ja s'ha dit, tots els subjectes asmàtics presenten crisis al llarg de l'any, la qual cosa ens fa considerar les conclusions de Weder et al. (1993) en què es creu que l'asma permanent es correlaciona amb més alteracions de l'humor que quan l'asma és estacional, on el component atòpic és més important.

Es pot pensar, també, ja que sols s'han trobat valors significativament superiors en el qüestionari PRESS [18], que els instruments dels quals disposem no són adequats per a aquesta edat. Algun autor ha descrit el Child Behavior Checklist [17] com a no fiable en nens amb una malaltia física i en edats inferiors a 4 anys perquè només identifica els trastorns de conducta i emocionals [11]. En relació amb el cortisol, s'han trobat resultats molt interessants fins i tot amb nadons, en què es relaciona alts valors amb viure una situació estressant immediata [28]. L'absència d'estrès en la situació anterior i durant la recollida de la saliva en el nostre estudi, pot ser la variable que ens explica l'absència de valors elevats en els resultats.

D'una altra banda, cal considerar també que s'obté la informació per mitjà de diversos informadors, el nen és qui respon el PRESS [18], mentre que els pares responen el CBCL [17]. La correlació entre aquests dos informadors no sol ser significativa, ni tan sols es van observar resultats similars entre els pares i els nens en la validació del PRESS [18].

Finalment, cal considerar que el nen asmàtic ha estat descrit com un nen que presenta problemes d'expressió, fins i tot facial, de les emocions, especialment de la còlera i l'hostilitat [29], cosa que fa pensar que potser el nen amb aquestes mancances interioritza aquestes emocions en forma de sentiments depressius.

Com a conclusió final, s'ha pogut observar que els nens de 3 anys amb asma presenten puntuacions superiors en totes les proves que recullen aspectes depressius, especialment en el qüestionari PRESS (P<.05) en comparació amb nens sans. Cal considerar que aquest estudi s'ha dut a terme amb una mostra

petita, i això fa pensar que amb una mostra més gran es podrien treure resultats més contundents. Aquesta conclusió és de vital importància amb vista a elaborar programes de prevenció de trastorns emocionals en afectats d'asma des de l'inici de la malaltia.

Agraïment

Per l'ajuda tècnica i professional de l'Hospital Sant Jaume d'Olot.

Bibliografia

1 Domènech-Llaberia E. Prevención de la depresión infantil. A: Polaino-Lorente (ed). Las depresiones infantiles. Morata, Madrid: 1988; 217-251.

2 PROASMA. Programa de información y divulgación sobre asma. El asma infantil. Cap. 4. Madrid, 1992.

3 Jariwalla G. Asma. Ancora, Barcelona: 1989.

4 Michel FB.Psychology of the allergic patient (see comments). Allergy 1994; 49 (18 suppl): 28-30.

5 Siefert K, Wittman D, Farguar S, Talsma F. Similarities and differences between children with asthma and children with cancer. Implications for preventive intervention. J Prim Prevention 1992; 13: 149-159.

6 Baron C, Marcotte JE. Role of panic attacks in the intractability of asthma in children. Pediatrics 1994; 1: 108-110.

7 Botella C, Benedito C. Asma bronquial. Evaluación e intervención en niños y jóvenes. Pirámide, Madrid: 1993.

8 Karajgi B, Rifkin A, Doddi S, Kolli R. The prevalence of anxiety disorders in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Am J Psychiatry 1990; 147: 200-201.

9 Kokkonen J, Kokkonen ER. Prevalence of mental disorders in young adults with chronic physical diseases since childhood as indentified by the present state examination and the CATEGO program. Acta Psy Scand 1993; 87: 239-243.

10 Bosley CM, Fosbury JA, Cochrane GM. The psychological factors associated with poor compliance with treatment in asthma. Eur Respir J 1995; 8: 899-904.

11 Bussing R, Halfon N, Benjamin B, Wells K. Prevalence of behavior problems in US children with asthma. Arch Pediatr Adolesc Med 1995; 149: 565-572.

12 Newhouse MT, Barnes PJ. El control del asma. Guía ilustrada para comprenderlo y tratarlo en adultos y niños. Grupo Aula Médica, Madrid: 1993.

13 Gila A, Martín-Mateos MA. El niño asmático. Martínez Roca, Barcelona: 1991.

14 Mascia A, Frank S, Berkman A, Stern L, Davies M, Yeager T, Birhamer B, Chieco E. Mortalidad frente mejoría del asma crónico grave. Ann Allergy 1989; 62: 311-317.

15 Weder M, Speck S, Spalinger J, Casaulta C, Kraemer R. Psychosomatic symptoms in asthmatic children and adolescents. Agents & Actions Suppl 1993; 40: 27-37.

16 Tirosh E, Scher A, Sadeh A, Jaffe M, Lavie P. Sleep characteristics of asthmatics in the first four years of life: A comparative study. Arch Dis Child 1993; 68: 481-483.

17 Bennett D. Depression among children with chronic medical problems: A meta analysis. J Pediatr Psychol 1994; 19: 149-169.

18 Achenbach TN, Edelbrock, C. Manual for the child behavior cheklist and revised child behavior profile. Burlington VT. Department of psychiatry. University of Vermont, 1983.

19 Martini DR, Strayhorn JM, Puig-Antich J. A Symptom self-report measure for preschool children. PRESS. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1990; 29: 594-600.

20 Newborg J, Stock JR, Wnek L. Inventario de desarrollo Batelle. Barcelona: Fundació Catalana per a la Síndrome de Down, 1989.

21 Bohren N, Nicolson N, Sulon J, Jolles J. Coping style, trait anxiety and cortisol reactivity, during mental stress. J Psychosom Res 1991; 35: 141-147.

22 Schöbinger R, Florin I, Zimmer C, Lindemann H, Winter H. Childhood asthma: Paternal critical attitude and father-child interaction. J Psychosom Res 1992; 36: 743-750.

23 Schöbinger R, Florin I, Reichbauer M, Lindemann H, Zimmer C. Childhoord asthma: Mothers' affective attitude, mother-child interaction and children's compliance with medical requirements. J Psychosom Res 1993; 37: 697-707.

24 Ligny Ch, Wilmotte J. L'asthme: maladie psychosomatique de l'enfant et de l'adulte (revue de littérature scientifique et littéraire). Rev Méd Bruxelles 1990; 11: 21-25.

25 Garralda ME. Somatisation in children. J Child Psychol Psychiatry, 1996; 37: 13-33.

26 Garralda ME. Chronic physical illness and emotional disorder in childhood. Br J Psychiatry 1994; 164: 8-10.

27 Garralda ME. A selective review of child psychiatric syndromes with a somatic presentation. Br J Psychiatry 1992; 161: 759-773.

28 Gunnar M, Mangelsdorf S, Larson M, Hertsgaard L. Attachment, temperament and adrenocortical activity in infacy: A study of psychoendocrine regulation. Dev Psychol 1989; 25: 355-363.

29 Florin I, Freudenberg G, Hollaender J. Facial expressions of emotion and physiologic reactions in children with bronquial asthma. Psychosom Med 1985; 47: 382-394.