



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA**

**“DETERMINACIÓN DEL IMPACTO FAMILIAR DEL PACIENTE
PEDIÁTRICO CON ASMA QUE ACUDE A CONSULTA AL HGZ/UMF
No. 8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

T E S I S

**QUE REALIZÓ PARA OBTENER EL TÍTULO DE POSGRADO EN LA
ESPECIALIDAD DE:**

MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A

**DRA. ALICIA HUERTA VALDÉS
RESIDENTE DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR.**

**DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO
DIRECTOR DE TESIS.**

**DR. JAVIER CORONA DÍAZ.
ASESOR CLÍNICO.**

**DR. EDUARDO VILCHIS CHAPARRO.
ASESOR METODOLÓGICO.**

**DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD.**

**CD. DE MÉXICO, D. F. ENERO 2013
NÚMERO DE REGISTRO
2013-3605-25**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DETERMINACIÓN DEL IMPACTO FAMILIAR DEL PACIENTE PEDIÁTRICO CON ASMA QUE ACUDE A CONSULTA AL HGZ/UMF No. 8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

AUTORES: Dra. Huerta Valdés Alicia¹. Dr. Espinoza Anrubio Gilberto². Dr. Vilchis Chaparro Eduardo³. Dr. Corona Díaz Javier.⁴

¹Residente de la Especialidad en Medicina Familiar del HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, Instituto Mexicano del Seguro Social. ²Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud del HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, Instituto Mexicano del Seguro Social. ³Profesor Titular de la Especialidad de Medicina Familiar del HGZ/UMF No. 8. Dr. Gilberto Flores Izquierdo, Instituto Mexicano del Seguro Social. ⁴Medico Pediatra Adjunto al Servicio de Urgencias Pediatría del HGZ/UMF No.8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo.

OBJETIVO

Determinar el impacto familiar del paciente pediátrico con asma que acude al HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de investigación: descriptivo, transversal, observacional, prospectivo. Criterios de inclusión: tutores de pacientes entre 5 y 16 años con asma, ambos sexos que acudieron a consulta de medicina familiar y de urgencias del HGZ/UMF No. 8 entre enero a diciembre de 2012. Criterios de exclusión: tutores de pacientes que no aceptaron participar en la investigación, que tuviesen otra comorbilidad. Tamaño de la muestra: 202 pacientes, intervalo de confianza de 99%, proporción 0.10, amplitud total del intervalo de confianza 0.10 Variables: sexo, tipología familiar, impacto familiar funcional, social, emocional, económico, control del asma, estrato socioeconómico. Instrumentos: IFABI, Cuestionario CAN, Método de Graffar, Cuadro de recolección de datos.

RESULTADOS.

Se estudió un total de 202 pacientes siendo 45% mujeres, y 55% hombres. De los cuales 64.9% pacientes se encontraban controlados, mientras que 35.1% descontrolados. En la dimensión funcional se obtuvo en 57.9% familias impacto moderado, en la dimensión emocional se observó impacto moderado en 44.6% de las familias, en la dimensión social impacto leve en 55.4% de las familias. La tipología familiar más frecuente fue la nuclear simple 41.1%. El estrato socioeconómico más frecuente fue el medio bajo 42.1%.

CONCLUSIONES.

Se determinó que la dimensión con menor impacto fue la económica, mientras que aquella con mayor impacto fue la funcional. El sexo, la tipología familiar y el estrato socioeconómico no influyeron en el impacto familiar.

PALABRAS CLAVE. Impacto familiar, asma bronquial, cuestionario CAN.

**“DETERMINACIÓN DEL IMPACTO
FAMILIAR DEL PACIENTE PEDIÁTRICO
CON ASMA QUE ACUDE A CONSULTA AL
HGZ/UMF No. 8 DR. GILBERTO
FLORES IZQUIERDO”.**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA / UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR. No 8.
“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA.**

Dr. Francisco Javier Padilla del Toro.
Director del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar.
“Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

Dr. Gilberto Espinoza Anrubio
Especialista en Medicina Familiar
Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud del HGZ/UMF No.8
“Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

Dr. Eduardo Vilchis Chaparro.
Especialista en Medicina Familiar.
Profesor Titular de la Especialidad de Medicina Familiar del HGZ/UMF No. 8
“Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

Dr. Gilberto Espinoza Anrubio
Especialista en Medicina Familiar
Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud del HGZ/UMF No.8
"Dr. Gilberto Flores Izquierdo"
Director de Tesis.

Dr. Eduardo Vilchis Chaparro.
Especialista en Medicina Familiar.
Profesor titular de la Especialidad de Medicina Familiar del HGZ/UMF No. 8
"Dr. Gilberto Flores Izquierdo"
Asesor metodológico de Tesis.

Dr. Javier Corona Díaz.
Especialista en Pediatría, sub especialista en Cirugía Pediátrica.
Adscrito al HGZ/UMF No 8.
"Dr. Gilberto Flores Izquierdo"
Asesor Clínico de Tesis.

AGRADECIMIENTOS.

A DIOS.

Por amarme de manera personal e incondicional, permitiéndome ser parte de su reino.

A MIS PADRES

Por todo su cariño, por brindarme su ser y su vida al estar siempre a mi lado a pesar de que las cosas no siempre son como quisiéramos, apoyándome en cada una de mis etapas, siendo mi soporte más fuerte.

A MIS HERMANOS

Por el camino que dejaron frente a mí, quienes con su ejemplo me han motivado siempre a la superación, por su apoyo y sus ánimos para continuar.

A MIS AMIGAS

Jaky, Ana, Mely y Prima por los consejos ofrecidos, por los grandes momentos compartidos, por las lágrimas derramadas y las travesuras vividas, pero sobre todo por ser parte importante en mi vida.

A MIS MAESTROS

Por sus enseñanzas, su tiempo, su interés y su paciencia, por creer en mí y alentarme a ser mejor cada día.

DEDICO ESTA TESIS A

METZTLI

Mi hija que es el gran motor que impulsa mi vida para enfrentar todos los retos que esta gran aventura pone ante mí, gracias por tu comprensión y sacrificio, por mostrarme lo mejor de mí.

DEJAR ESTE MUNDO EN MEJORES CONDICIONES DE CÓMO LO ENCONTRAMOS.

B.P.

ÍNDICE

	Pág.
➔ MARCO TEÓRICO	8
➔ PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	14
➔ JUSTIFICACIÓN.	14
➔ OBJETIVOS.	15
➔ HIPÓTESIS.	16
➔ MATERIALES Y MÉTODOS. <ul style="list-style-type: none">○ TIPO DE ESTUDIO	17
➔ DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.	18
➔ POBLACIÓN O UNIVERSO DE ESTUDIO.	19
➔ UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL DE LA POBLACIÓN	19
➔ MUESTRA.	19
➔ CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN.	20
➔ VARIABLES.	21
➔ DISEÑO ESTADÍSTICO.	23
➔ INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN	23
➔ MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.	25
➔ MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS.	26
➔ CRÓNOGRAMA DE ACTIVIDADES.	27
➔ RECURSOS PARA EL ESTUDIO	28
➔ CONSIDERACIONES ÉTICAS.	29
➔ RESULTADOS.	30
➔ DISCUSIONES.	63
➔ CONCLUSIONES.	65
➔ REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.	67
➔ ANEXOS.	70

MARCO TEÓRICO.

INTRODUCCIÓN.

El Asma es un trastorno crónico inflamatorio de las vías aéreas, las cuales desarrollan un evento conocido como hiperreactividad, caracterizado por obstrucción en el flujo de aire cuando estas vías se ponen en contacto con una serie de factores de riesgo. La prevalencia del asma en niños varía desde el 1% hasta el 30% en las diferentes poblaciones, esta prevalencia va en aumento en la gran mayoría de los países, especialmente en niños jóvenes ⁽¹⁾.

Como factor subyacente existe una hiperreactividad bronquial que se manifiesta como una tendencia incrementada a la broncoconstricción como respuesta a una gran variedad de estímulos tales como alérgenos, aire frío o seco, ejercicio, infecciones respiratorias, tabaco, contaminantes atmosféricos, y estados emocionales, entre otros. Tiene un gran impacto en la familia de quien la sufre ya que produce importantes alteraciones en el área emocional y la dinámica familiar. ⁽²⁾.

La inflamación crónica es asociada con hipersensibilidad de la vía aérea que nos da episodios recurrentes de sibilancias, dificultad para respirar, y tos, particularmente en la noche o en la madrugada. Estos episodios son asociados con una amplia pero variable obstrucción del flujo aéreo del pulmón que puede ser reversible con o sin tratamiento ⁽³⁾.

EPIDEMIOLOGIA

Se considera al asma como una de las enfermedades crónicas más frecuentes a nivel global. Existe evidencia internacional de que la prevalencia durante los últimos 20 años ha ido en aumento, especialmente en niños. Esta patología es un problema en todo el mundo con un estimado de 300 millones de individuos afectados. De acuerdo a datos de la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud en México, en el 2012 se reportó un total de 330,996 casos de asma y estado asmático en la población general, observándose mayor afectación en menores de 15 años de edad con un total de 178,056 en comparación con los mayores de esta edad 152,940 casos, es decir más de la mitad de los casos anuales reportados de asma se presentan en la población pediátrica. ⁽⁴⁾

El asma es una de las enfermedades crónicas más graves en niños y adolescentes, que afecta a ocho millones de personas, un gran porcentaje de ellas tiene menos de 18 años de edad. Entre el 50 y el 80% de los niños que padecen asma desarrollan alguno de sus síntomas antes de cumplir los 5 años. La prevalencia en México del asma en la población infantil es del 5 al 10 % ⁽⁵⁾.

El grupo etario con mayor prevalencia para enfermedades alérgicas en la Ciudad de México es el de los niños mayores de seis años y menores de 12, siendo el sexo femenino más afectado con una relación 2.7:1 ⁽⁶⁾.

Se hizo un estudio en donde se observó la prevalencia del asma en las escuelas de la ciudad de Cuernavaca a través del estudio ISAAC (International Study Asthma and Allergies in Childhood) aplicado en los años de 1995 y 2002, en donde se encontró que la prevalencia para el año 1995 era del 5.5% en los niños escolares de entre 6 a 8 años y 11 a 14 años, y para el 2002 del 9.18%. Lo cual demostró un aumento significativo de la enfermedad. Un estudio reciente realizado en la Ciudad de México encontró una prevalencia de 6.8% en niños entre 6 y 7 años; y de 9.9% en niños entre 13 y 14 años (7).

MECANISMOS FISIOPATOGENICOS

Los factores desencadenantes o los alérgenos inhalados inducen la activación de las células cebadas y macrófagos, con la consecuente liberación de varios mediadores pro-inflamatorios, incluyendo leucotrienos, factores quimiotácticos y citocinas (8).

Los antígenos procesados y presentados por los macrófagos a los linfocitos Th0, bajo la influencia de un patrón adecuado de citocinas, estimula la diferenciación a un patrón de citocinas Th2 lo que a su vez estimulan la liberación de mayores cantidades de IL-4 e IL-5, los cuales a su vez causan la síntesis de IgE por los linfocitos B y eosinofilia, respectivamente. Las citocinas derivadas de macrófagos tales como IL-1, factor de necrosis tumoral alfa (TNF-alfa), interferón- gamma (INF-gamma), activan las células endoteliales, aumentando la expresión de las moléculas de adhesión tal como ICAM 120 y VCAM 1. Más aún la IL-4 derivada de células T selectivamente aumenta la expresión de VCAM 1(9).

Esto permite la salida de leucocitos de la vasculatura a la mucosa de las vías aéreas. Las consecuencias de este infiltrado de células inflamatorias incluyen la esfacelación del epitelio respiratorio, anormalidades en el control autonómico del tono de las vías aéreas, cambios en la función mucociliar y aumento de las respuestas bronquiales. (10)

En individuos susceptibles, esta inflamación causa periodos recurrentes de sibilancias, disnea, opresión torácica y tos, particularmente en la noche o la madrugada. La inflamación hace a la vía aérea hipersensible a diferentes estímulos, dando lugar a hiperreactividad. Cuando la vía aérea se expone a estos estímulos se inflama, se contrae la musculatura y se llena de moco. La obstrucción al flujo aéreo es generalizada y variable en intensidad. A menudo es reversible, ya sea espontáneamente o con tratamiento. (11).

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS.

Los especialistas suelen incluir como asmáticos a los enfermos que han tenido por lo menos tres episodios de dificultad respiratoria. El diagnóstico se basa en la historia clínica, la exploración de la función pulmonar y el estudio de desencadenantes alérgicos. En el diagnóstico del asma se comprueba que el paciente experimente episodios sintomáticos de obstrucción de flujo aéreo y que esta es parcialmente reversible. Los estudios que se pueden realizar son: pruebas de función pulmonar que muestran una mejora de la FEV1 superior al 15%, tras administrar broncodilatadores, tasa de flujo espiratorio máximo, pruebas de esfuerzo en laboratorio, pruebas de provocación bronquial usando histamina o metacolina para demostrar la hiperactividad bronquial, radiografía de tórax que se utiliza para hacer diagnóstico diferencial, pruebas de punción cutánea: inyección de alérgenos en la epidermis del antebrazo, que se utiliza para identificar causas extrínsecas. Se busca la formación de un habón en los pacientes sensibles, pruebas analíticas donde se muestre leucocitosis sin desviación a la izquierda y eosinofilia, además de IgE específica (12).

La espirometría es prueba reina en el estudio del asma. Con ella medimos los volúmenes y flujos pulmonares generados en una maniobra de espiración máxima voluntaria, que puede ser simple o forzada (cuando pedimos al niño que la realice en el menor tiempo posible). Los parámetros obtenidos son: capacidad vital forzada (FVC), volumen espiratorio máximo en el primer segundo (FEV1), cociente FEV1/FVC, pico espiratorio de flujo (PEF), flujo espiratorio forzado entre el 25% y el 75% de la FVC (FEF25-75%), flujos espiratorios forzados al 50% y al 25% de la FVC (MEF50%, MEF25%) ⁽¹³⁾

NIVELES DE CONTROL.

En la historia clínica detallada en el momento del diagnóstico deben constatar los síntomas, signos y características de los episodios de crisis, valorar los períodos inter crisis e identificar los factores precipitantes y agravantes. Una vez establecido el diagnóstico de asma, se debe clasificar en función de su gravedad para iniciar el tratamiento (Ver Anexo Tabla 1) ⁽¹⁴⁾.

MANEJO ESCALONADO DEL ASMA.

El objetivo del tratamiento es: el control de los síntomas (diurnos, nocturnos e inducidos por ejercicio), la prevención de las exacerbaciones, alcanzar la mejor función pulmonar posible (FEV1 > 80% de referencia si es posible), minimizar los efectos secundarios. Consideraciones al inicio del tratamiento: se definen escalones de tratamiento en función de la gravedad clínica, empezar por el escalón más adecuado al estado clínico inicial (al diagnóstico) para alcanzar un control precoz. Consideraciones durante el mantenimiento del tratamiento: bajar de escalón cuando el control es bueno, la reevaluación de los pacientes con buen control es importante (control óptimo de efectos secundarios). Para decidir que fármaco disminuir y a que dosis hay que tener en cuenta la severidad del asma, los efectos secundarios, el beneficio logrado y las preferencias del paciente, los corticoides inhalados deben re-evaluarse cada 3 meses. No se debe reducir más del 25-50% en cada evaluación. Subir de escalón siempre que la clínica lo requiera. (Ver Anexo tabla No. 2) ⁽¹⁵⁾.

Muchas investigaciones han marcado alteraciones que se encuentran diariamente en los pacientes con asma como son dificultad respiratoria, sensación de pecho oprimido, tos y sibilancias. Muchos de ellos tienen dificultades para realizar actividades físicas como hacer deportes, correr, subir escaleras e ir de compras. Los niños mencionan las mismas alteraciones que tienen los adultos, sin embargo se preocupan por la integración completa con sus padres, se sienten aislados, dejados a un lado, generando frustración angustia y enojo. ⁽¹⁶⁾

Se ha demostrado en varios estudios que los niños que padecen asma incurren con frecuencia en el ausentismo escolar debido a complicaciones por la enfermedad, con serias dificultades para las personas afectadas y sus familiares ⁽¹⁷⁾.

El Impacto familiar no cuenta con una definición consensuada, sin embargo, dentro de los estudios de calidad de vida se considera que es un concepto multidimensional, compuesto por las dimensiones: funcional, emocional y socio-laboral las cuales pretenden dar cuenta de las repercusiones del asma en el núcleo familiar ⁽¹⁸⁾.

En los estudios que desarrollan instrumentos para la evaluación de la calidad de vida del cuidador, se analiza con frecuencia la relación de esta variable con el grado de afectación, la morbilidad del asma y la percepción parental de síntomas, ya que estas variables sirven para la evaluación de la validez de los instrumentos diseñados. La alta morbilidad del asma genera un gran impacto en la calidad de vida del paciente y su cuidador, limitando sus actividades, deteriorando su bienestar emocional y social, además de generar grandes gastos económicos para la familia y los servicios sanitarios. Es por esto que se considera la evaluación del impacto familiar como un indicador indispensable del estado de salud del paciente y su familia. ⁽¹⁹⁾

Se ha identificado que el grado de afectación y la morbilidad del asma se relacionan con los problemas más frecuentes de los cuidadores como la limitación de actividades, la incertidumbre, la fatiga y el miedo ⁽²⁰⁾.

El impacto familiar del asma ha cobrado gran interés, pues los avances médicos han mejorado las técnicas diagnósticas y el tratamiento lo cual ha ocasionado que gran parte del manejo del asma se lleve a cabo en el hogar de los pacientes, exigiendo que sus familiares participen de manera más activa en el control de factores de riesgo y de la enfermedad en general, por lo que las repercusiones del asma afectan directamente la calidad de vida de las familias. La familia del niño será quien proporcione soporte al niño para aprender a controlar la enfermedad, gran parte de su recuperación dependerá del impacto que la enfermedad genere en la familia, favoreciendo o no la adherencia al tratamiento y la modificación de hábitos para acceder a estilos de vida más saludables ⁽²¹⁾.

IMPACTO FAMILIAR EN EL NIÑO CON ASMA BRONQUIAL. (IFABI).

La evaluación del impacto familiar del asma bronquial infantil proporciona información sobre las repercusiones de la enfermedad en los miembros de la familia en las dimensiones funcional, emocional, social y económica, es de gran utilidad para la planificación de estrategias de intervención encaminadas a la mejora del bienestar del paciente y de su familia. Este instrumento fue elaborado en 2004 en España, por las doctoras Alvarado Moreno Caridad et al en la Universidad Autónoma de Barcelona Departamento de Psicología de la Salud y de Psicología Social. Está validado para población mexicana por la Unidad de Investigación Interdisciplinaria en ciencias de la Salud y la Educación de la UNAM, Facultad de Estudios Superiores Iztacala con una sensibilidad del 93%, especificidad de 50%, siendo para la dimensión de funcionalidad familiar de 51%, dimensión social 43%, dimensión emocional 44% y dimensión económica de 35%. Contiene 21 ítems de los cuales 4 corresponden a la dimensión funcional, 7 a la dimensión social siete a la dimensión emocional y 3 a la dimensión económica. Las respuestas del cuestionario se refieren a los tres meses previos a la evaluación, ya que es un periodo de tiempo en que los padres pueden recordar de manera adecuada aspectos relacionados con la enfermedad de sus hijos y por tanto, el impacto de estas en su vida, pueden elegir entre las cuatro opciones de respuesta: muchas veces, bastantes veces, pocas veces y nunca de manera que a mayor puntuación, mayor impacto familiar. Para este estudio en cada una de las dimensiones del instrumento se tomaron cuatro grados de impacto las cuales son: sin impacto puntaje de 1, impacto leve puntaje de 1.1 a 2, impacto moderado con puntaje de 2.1 a 3 e impacto severo con puntaje de 3.1 a 4, sacando dichos puntajes mediante la obtención de la media para cada dimensión. ⁽²²⁾.

CUESTIONARIO DE CONTROL DE ASMA EN NIÑOS

El CAN (Cuestionario de Control de Asma en Niños) es una herramienta desarrollada y validada en español, mediante un estudio descriptivo y prospectivo con pacientes pediátricos españoles y sus tutores. Elaborado por J.R. Villa, N. Cobos, E.G. Pérez-Yarza, J.M. Garde, M. Íbero, Badiola y X. Badía (IMS Health, 2008). Existen 2 cuestionarios: una versión niños/adolescentes (9 a 14 años) y otra versión para tutores (2 a 8 años). Cada cuestionario consta de 9 preguntas. Cada pregunta consta de cinco posibles respuestas. El cuestionario es autocumplimentado y su cumplimentación lleva una media de 4 minutos. A cada respuesta se le otorgan 0,1,2,3,4 puntos (menos puntuación a menos síntomas). Así, la puntuación total del cuestionario oscila entre 0 (buen control) y 36 (mal control). Se ha establecido que obtener 8 o más puntos es un indicador de mal control (punto de corte de mejor discriminación). La versión para pacientes tiene una sensibilidad del 76.3% y una especificidad del 62.9%. La versión para los tutores es del 73% y 69.7% respectivamente ⁽²³⁾.

MÉTODO DE GRAFFAR.

Para conocer el nivel socioeconómico se aplicará el Método de Graffar, este método fue creado por el profesor Marcel Graffar en Bruselas, Bélgica y aceptado en nuestro país por el doctor Hernán Méndez Castellanos en 1959. El Método de Graffar consta de cuatro variables las cuales son: profesión del jefe de familia, nivel de instrucción de la madre, principal fuente de ingresos y condiciones de la vivienda. Dichas variables cuentan con un puntaje máximo de 5 para cada una, con lo que se puede obtener un puntaje de 4 a 20 puntos, obteniendo los siguientes posibles resultados: estrato socioeconómico alto con puntaje de 4 a 6, estrato socioeconómico medio alto con puntaje de 7 a 9, estrato socioeconómico medio bajo con puntaje de 10 a 12, estrato socioeconómico obrero con puntaje de 13 a 16 y estrato socioeconómico marginal con puntaje de 17 a 20 ⁽²⁴⁾.

CUADRO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Para la obtención de la tipología por parentesco, se realizó por los autores un cuadro de datos donde se obtuvo el parentesco así como nombre, edad, sexo, escolaridad, religión, ocupación, estado civil y enfermedades. (ver anexo tabla no. 3 y hoja de recolección de datos)

ANTECEDENTES.

Se realizó un estudio transversal en 29 países de América del Norte, Europa y Asia, en donde fue encuestada la población para identificar a los pacientes asmáticos con un total de 7,786 adultos y 3,152 niños, en donde se valoró la percepción objetiva y subjetiva del paciente en cuanto al control, gravedad, acceso de atención médica, cuidado de salud, uso de medicamentos así como pérdida del trabajo y de la escuela. La prueba arrojó la existencia de un efecto importante del asma en la vida de los pacientes, sobre todo una considerable pérdida de días escolares en los niños y de días de trabajo en los adultos ⁽²⁵⁾.

En relación al trabajo de los padres se realizó un estudio descriptivo, transversal en Estados Unidos en 2000, donde se analizaron datos de encuestas de padres de 438 niños con asma de entre 5 a 17 años, para saber si los síntomas nocturnos de asma son simplemente un marcador de la gravedad general de los síntomas o si son portadores de información pronóstica independiente. Encontraron que existe una relación significativa entre el hecho que los padres deban levantarse por la noche a causa de los síntomas nocturnos que presenta su niño asmático y el absentismo escolar de los niños y el absentismo laboral de los padres ⁽²⁶⁾.

En Cienfuegos, Cuba en 2005 se hizo un estudio el cual evaluó la calidad de vida en niños asmáticos y sus cuidadores, fue un estudio descriptivo, prospectivo analítico, para el cual se tomó un universo de 72 niños menores de 18 años, encontrándose que existía mala calidad de vida en ambos y que de acuerdo al cuestionario de Juniper la calidad de vida era regular y la esfera más afectada era la emotiva en los niños ⁽²⁷⁾.

Otro estudio realizado en Carolina del Sur en 1994 por Schulz, et al, muchos padres señalaron que muchas veces no saben que hacer en relación con la enfermedad, que se sienten solos, frustrados, depresivos, sin esperanzas ni ayuda de ningún tipo, así mismo señalaron que la vida familiar marcha en función de la enfermedad del niño, produciendo alteraciones en las relaciones entre sus miembros ⁽²⁸⁾.

Wilson, Latini, Starr Fish, Loes, Page et al en 1996 en Palo Alto California coincidieron en señalar que en la atención al niño asmático, la salud física emocional y social de sus padres debe ser atendida, ya que a causa de la enfermedad con frecuencia pierden horas de sueño que pueden comprometer su salud y el normal funcionamiento en las tareas de la vida diaria; por lo tanto pueden encontrarse física y emocionalmente decaídos y restringir las salidas sociales ⁽²⁹⁾.

Townsend, Feeny, Guyatt, Furlong, Seip y Dolovich en 1996 en Ontario, Canadá realizaron un estudio para examinar las repercusiones percibidas por los padres de los niños asmáticos, obteniendo como resultado que estos se encuentran afectados principalmente en dos áreas: en las actividades diarias y en el estado emocional que incluye miedo, preocupación y angustia por la salud de sus hijos ⁽³⁰⁾.

Estas áreas fueron retomadas posteriormente por Juniper et al en 1996 en Canadá para la realización de un instrumento de evaluación de la calidad de vida de los cuidadores de los niños asmáticos el PACQLQ ⁽³¹⁾.

En México hay pocos estudios en relación con el impacto familiar en niños asmáticos uno de ellos fue realizado en Tamaulipas en las edades comprendidas entre 8 a 12 años de edad, encontrándose que las dos dimensiones de impacto familiar más afectadas de esta población era la social y la escolar ⁽³²⁾.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Cuál es el impacto familiar del paciente pediátrico con de asma que acude a consulta al HGZ/UMF No 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”?

JUSTIFICACIÓN.

El asma es una de las enfermedades respiratorias crónicas más frecuentes de la población pediátrica. Se ha observado un aumento de su prevalencia con importantes repercusiones no solo a nivel de la salud, sino también con afectación en la funcionalidad familiar de las personas que la padecen. Causa diferentes alteraciones físicas, emocionales y socio-económicas importantes, provocando limitación de las actividades de la vida cotidiana.

Antes de los 16 años, la familia del niño asmático juega un papel muy importante en la evaluación y tratamiento de la enfermedad. Los padres son los principales informantes de la frecuencia e intensidad de los síntomas y de la medida en que se encuentran limitadas las actividades de sus hijos. Por tanto, consideramos que la percepción que los padres tengan sobre el asma de sus hijos y el impacto de la enfermedad en sus vidas, jugará un papel importante tanto en el proceso de evaluación como en el tratamiento de los niños asmáticos.

A pesar de ser una enfermedad con prevalencia significativa, no se ha estudiado de manera amplia el impacto familiar en los pacientes pediátricos asmáticos, por lo cual es importante conocer la relación que existe para ampliar el conocimiento de la enfermedad, además la determinación del impacto familiar en las dimensiones funcional, emocional, social y económica es de gran utilidad para la planificación de medidas preventivas y estrategias de intervención encaminadas a la mejora del bienestar del paciente y su familia y por consiguiente una mejor calidad de vida.

OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL.

- Determinar el impacto familiar del paciente pediátrico con asma que acude a consulta al HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar en cada una de las dimensiones el grado de impacto que predomina de acuerdo al instrumento Impacto Familiar en el Niño con Asma Bronquial.
- Valorar si el grado de control del asma de acuerdo al cuestionario CAN se relaciona con el grado de impacto familiar.
- Analizar el impacto familiar en relación al estrato socioeconómico, mediante el Método de Graffar
- Evaluar el impacto familiar en relación a la tipología familiar por parentesco, con ayuda del cuadro de recolección de datos de la ficha de identificación.

HIPÓTESIS

La cual se realiza con fines de enseñanza.

HIPÓTESIS NULA (H_0)

Los pacientes pediátricos con asma del HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo no presentan impacto familiar moderado en la dimensión emocional.

HIPÓTESIS ALTERNA (H_1)

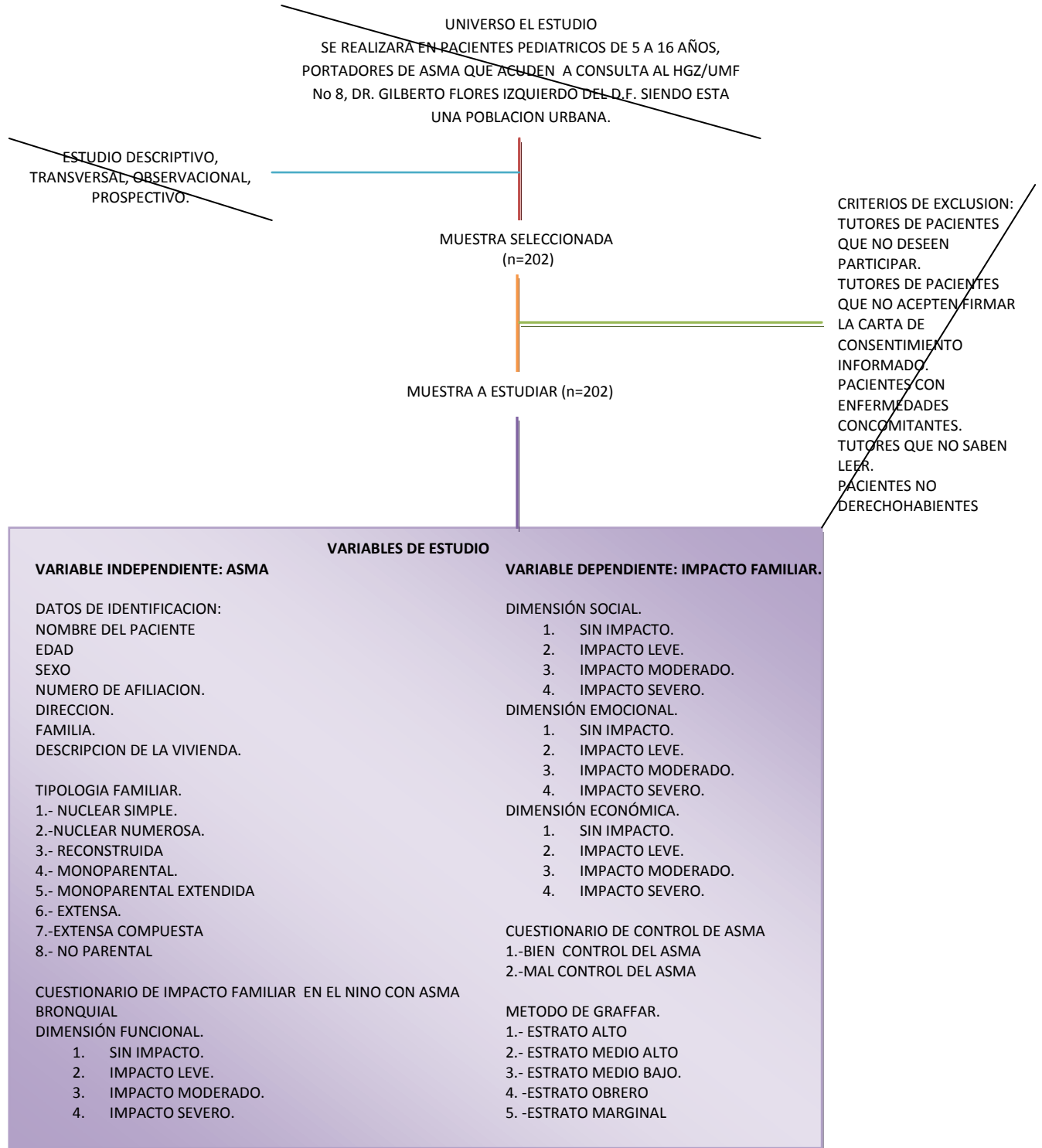
Los pacientes pediátricos con asma del HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” presentan impacto familiar moderado en la dimensión emocional.

MATERIALES Y MÉTODOS

TIPO DE INVESTIGACIÓN.

- ▣ Según el proceso de causalidad o tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información:
PROSPECTIVO
- ▣ Según el número de una misma variable ó el periodo y secuencia del estudio:
TRANSVERSAL
- ▣ Según el control del las variables o el análisis y alcance de los resultados:
DESCRIPTIVO
- ▣ -Según la inferencia del investigador en el fenómeno que se analiza:
OBSERVACIONAL.

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.



Elaboró: Dra. Alicia Huerta Valdés

POBLACIÓN Ó UNIVERSO DE ESTUDIO.

El estudio se realizó con los tutores de pacientes de 5 a 16 años de edad con diagnóstico de asma que acudieron a la consulta de medicina familiar o de urgencias, al HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, que cumplieron los criterios de inclusión.

Se aplicó el cuestionario Impacto Familiar en el Niño con Asma, Control del Asma en el Niño y Método de Graffar respectivamente para cada grupo de edad. Esta es una población urbana.

UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL DE LA POBLACIÓN

La investigación se llevará a cabo en el HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” del IMSS de la delegación Sur, ubicado en avenida Río Magdalena No. 289 colonia Tizapán San Ángel, delegación Álvaro Obregón México Distrito Federal. Se realizará en los meses de marzo 2011 a enero 2013.

MUESTRA

El tamaño de la muestra necesario para un estudio descriptivo, de una variable dicotómica, se calculó base a su prevalencia, requirió de 202 pacientes con un intervalo de confianza de 99%. Con una proporción del 0.10, con una amplitud total del intervalo de confianza 0.10.

$$N = \frac{4 Z^2 P (1 - P)}{W^2}$$

DEFINICIÓN DE CONCEPTOS DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA:

N= Número total de individuos requeridos

Z alfa =Desviación normal estandarizada para alfa bilateral

P =Proporción esperada

(1 - P)= Nivel de confianza del 95%

W= Amplitud del intervalo de confianza

CRITERIOS.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- ❑ Tutores de pacientes con diagnóstico de asma.
- ❑ Edades entre 5 y 16 años.
- ❑ Cualquier sexo.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- ❑ Tutores de pacientes que no deseen participar.
- ❑ Tutores de pacientes que no acepten firmar la carta de consentimiento informado.
- ❑ Tutores de pacientes con enfermedades concomitantes.
- ❑ Tutores que no saben leer.
- ❑ Pacientes no derechohabientes.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- ❑ Cuestionarios contestados de forma incompleta.
- ❑ Cuestionarios con más de una respuesta a cada pregunta.
- ❑ Aquellos cuestionarios que sean ilegibles.

VARIABLES.

VARIABLE INDEPENDIENTE: Asma.

VARIABLE DEPENDIENTE: Impacto Familiar

VARIABLES DE ESTUDIO.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre del paciente.

Edad.

Sexo.

Numero de afiliación.

Dirección.

Familia.

Descripción de la vivienda.

TIPOLOGÍA FAMILIAR.

1. Nuclear simple.
2. Nuclear numerosa.
3. Reconstruida.
4. Monoparental.
5. Monoparental extendida
6. Extensa.
7. Extensa compuesta.
8. No parental

CUESTIONARIO IMPACTO FAMILIAR EN EL NIÑO CON ASMA BRONQUIAL.

DIMENSIÓN FUNCIONAL.

1. Sin impacto.
2. Impacto leve.
3. Impacto moderado.
4. Impacto severo.

DIMENSIÓN SOCIAL.

1. Sin impacto.
2. Impacto leve.
3. Impacto moderado.
4. Impacto severo.

DIMENSIÓN EMOCIONAL.

1. Sin impacto.
2. Impacto leve.
3. Impacto moderado.
4. Impacto severo.

DIMENSIÓN ECONÓMICA.

1. Sin impacto.
2. Impacto leve.
3. Impacto moderado.
4. Impacto severo.

CUESTIONARIO DE CONTROL DE ASMA

1. Controlado.
2. No controlado.

METODO DE GRAFFAR.

1. Estrato alto.
2. Estrato medio alto.
3. Estrato medio bajo.
4. Estrato obrero
5. Estrato marginal

.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL.

Variable Independiente

Asma Trastorno inflamatorio crónico de la vía aérea en la que desempeñan un papel destacado algunas células y mediadores. Este proceso se asocia a una hiperreactividad de los bronquios que produce episodios de sibilancias, disnea, opresión torácica y tos, particularmente por la noche o de madrugada. Estos episodios se asocian generalmente con un mayor o menor grado de obstrucción al flujo aéreo a menudo reversible de forma espontánea o con tratamiento.

Variable dependiente

Impacto familiar. Efecto negativo producido en el sistema familiar secundario a tener un miembro portador de asma.

DEFINICIÓN OPERACIONAL

Variable	Tipo de variable	Escala de medición	Valores que toma
Edad.	Cuantitativa.	Continua	Expresado en años cumplidos.
Sexo.	Cualitativa	Nominal	1. Mujer 2. Hombre.
Tipología familiar.	Cualitativa	Nominal	1. Nuclear simple 2. Nuclear numerosa. 3. Reconstruida. 4. Monoparental. 5. Monoparental extendida. 6. Extensa. 7. Extensa compuesta. 8. No parental.
Impacto funcional.	Cualitativa	Ordinal	1. Sin impacto 2. Impacto leve 3. Impacto moderado. 4. impacto severo
Impacto emocional	Cualitativa	Ordinal	1. Sin impacto. 2. Impacto leve 3. Impacto moderado. 4. Impacto severo.
Impacto social	cualitativa	Ordinal.	1. Sin impacto. 2. Impacto leve. 3. Impacto moderado 4. Impacto severo
Impacto económico.	Cualitativa	Ordinal	1. Sin impacto. 2. Impacto leve. 3. Impacto moderado 4. Impacto severo.
CAN	Cualitativa	Nominal	1. Controlado. 2. No controlado
Estrato socioeconómico	Cualitativa	Ordinal.	1. Estrato alto. 2. Estrato medio alto. 3. Estrato medio bajo. 4. Estrato obrero. 5. Estrato marginal.

DISEÑO ESTADÍSTICO.

El análisis estadístico se llevó a cabo a través del programa SPSS 20 de Windows. Para el análisis de los resultados se utilizó medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, varianza, rango, valor mínimo y valor máximo), estimación de medias y proporciones con intervalos de confianza, frecuencias y porcentajes. El tipo de muestra fue representativa y se calculo en relación a su prevalencia la cual varía del 2% al 30%, siendo en nuestro medio del 10%, valor que se tomo por lo que la muestra de estudio fue de 202 pacientes. Con un intervalo de confianza de 99%.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN

IMPACTO FAMILIAR EN EL NIÑO CON ASMA BRONQUIAL. (IFABI).

La evaluación del impacto familiar del asma bronquial infantil proporciona información sobre las repercusiones de la enfermedad en los miembros de la familia en las dimensiones funcional, emocional, social y económica, es de gran utilidad para la planificación de estrategias de intervención encaminadas a la mejora del bienestar del paciente y de su familia. Este instrumento fue elaborado en 2004 en España, por las doctoras Alvarado Moreno Caridad et al en la Universidad Autónoma de Barcelona Departamento de Psicología de la Salud y de Psicología Social. Está validado para población mexicana por la Unidad de Investigación Interdisciplinaria en ciencias de la Salud y la Educación de la UNAM, Facultad de Estudios Superiores Iztacala con una sensibilidad del 93%, especificidad de 50%, siendo para la dimensión de funcionalidad familiar de 51%, dimensión social 43%, dimensión emocional 44% y dimensión económica de 35%. Contiene 21 ítems de los cuales 4 corresponden a la dimensión funcional, 7 a la dimensión social siete a la dimensión emocional y 3 a la dimensión económica. Las respuestas del cuestionario se refieren a los tres meses previos a la evaluación, ya que es un periodo de tiempo en que los padres pueden recordar de manera adecuada aspectos relacionados con la enfermedad de sus hijos y por tanto, el impacto de estas en su vida, pueden elegir entre las cuatro opciones de respuesta: muchas veces, bastantes veces, pocas veces y nunca de manera que a mayor puntuación, mayor impacto familiar. Para este estudio en cada una de las dimensiones del instrumento se tomaron cuatro grados de impacto las cuales son: sin impacto puntaje de 1, impacto leve puntaje de 1.1 a 2, impacto moderado con puntaje de 2.1 a 3 e impacto severo con puntaje de 3.1 a 4, sacando dichos puntajes mediante la obtención de la media para cada dimensión.

CUESTIONARIO DE CONTROL DE ASMA EN NIÑOS

El CAN (Cuestionario de Control de Asma en Niños) es una herramienta desarrollada y validada en español, mediante un estudio descriptivo y prospectivo con pacientes pediátricos españoles y sus tutores. Elaborado por J.R. Villa, N. Cobos, E.G. Pérez-Yarza, J.M. Garde, M. Íbero, Badiola y X. Badía (IMS Health, 2008). Existen 2 cuestionarios: una versión niños/adolescentes (9 a 14 años) y otra versión para tutores (2 a 8 años). Cada cuestionario consta de 9 preguntas. Cada pregunta consta de cinco posibles respuestas. El cuestionario es autocumplimentado y su cumplimentación lleva una media de 4 minutos. A cada respuesta se le otorgan 0,1,2,3,4 puntos (menos puntuación a menos síntomas). Así, la puntuación total del cuestionario oscila entre 0 (buen control) y 36 (mal control). Se ha establecido que obtener 8 o más puntos es un indicador de mal control (punto de corte de mejor discriminación). La versión para pacientes tiene una sensibilidad del 76.3% y una especificidad del 62.9%. La versión para los tutores es del 73% y 69.7% respectivamente (23).

MÉTODO DE GRAFFAR.

Para conocer el nivel socioeconómico se aplicará el Método de Graffar, este método fue creado por el profesor Marcel Graffar en Bruselas, Bélgica y aceptado en nuestro país por el doctor Hernán Méndez Castellanos en 1959. El Método de Graffar consta de cuatro variables las cuales son: profesión del jefe de familia, nivel de instrucción de la madre, principal fuente de ingresos y condiciones de la vivienda. Dichas variables cuentan con un puntaje máximo de 5 para cada una, con lo que se puede obtener un puntaje de 4 a 20 puntos, obteniendo los siguientes posibles resultados: estrato socioeconómico alto con puntaje de 4 a 6, estrato socioeconómico medio alto con puntaje de 7 a 9, estrato socioeconómico medio bajo con puntaje de 10 a 12, estrato socioeconómico obrero con puntaje de 13 a 16 y estrato socioeconómico marginal con puntaje de 17 a 20 ⁽²⁴⁾.

CUADRO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Para la obtención de la tipología por parentesco, se realizó por los autores un cuadro de datos donde se obtuvo el parentesco así como nombre, edad, sexo, escolaridad, religión, ocupación, estado civil y enfermedades. (ver anexo tabla no. 3 y hoja de recolección de datos)

MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Con la autorización de la Institución y el consentimiento de los tutores. Se realizó el estudio con los tutores de pacientes pediátricos con asma que acudieron a consulta de medicina familiar o de urgencias, al HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo y que cumplieron con los criterios de inclusión. Se les explicó la finalidad de la investigación, así como se les dieron indicaciones de forma verbal y por escrito sobre como contestar los cuestionarios.

El investigador llenó la hoja de datos obteniendo éstos del tutor que acompañó al paciente pediátrico así como el test Método de Graffar, posteriormente se entregó el instrumento: Impacto Familiar en el Niño con Asma Bronquial de manera individual a uno de los tutores de los pacientes pediátricos con diagnóstico de asma entre 5 y 16 años de edad que asistieron a consulta al HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, el cual debió contestar en 7 minutos.

Se aplicó además el cuestionario de Control de Asma en niños, el cual se respondió en un tiempo no mayor de 7 minutos, por los tutores.

En caso de que existiera alguna duda no se les contestó para no modificar la respuesta.

Esta recolección se llevó a cabo entre los meses de enero 2012 a diciembre 2012.

MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS.

Investigación.

Se realizó una revisión sistemática de medicina basada en evidencia sobre asma e impacto familiar, procurando que la información se extrajera de meta-análisis, ensayos clínicos y reportes de casos.

Recolección

Todos los cuestionarios se aplicaron por el investigador.

Se realizó una sola medición en base a los criterios de inclusión y exclusión, antes descritos.

Se aplicó el instrumento Impacto Familiar en el niño con Asma, el cuestionario Control del Asma en niños, el test Método de Graffar y un cuadro de recolección de datos al padre que acompañó al paciente con asma entre 5 y 16 años, de forma individual.

Si el examinador observó que los tutores tenían dificultades para leer, se suspendió la prueba, la cual no debió durar más de 7 minutos para la contestación del instrumento Impacto Familiar en el niño con Asma, 7 minutos para el cuestionario Control de Asma en Niños y 3 minutos para el instrumento Método de Graffar.

No se ayudó al padre a escoger ninguna respuesta. En este punto es importante hacer énfasis que no hubo respuestas correctas o incorrectas y que se debió escoger la opción de respuesta que mejor expresó cómo se había sentido.

Se mantuvo una actitud neutral en la reacción del examinador ante la respuesta dada. Se evito que las palabras o comportamiento del encuestador implicaran sorpresa, simpatía o desaprobación en relación a las respuestas del sujeto.

El examinador no discutió ninguna pregunta con el sujeto, explicando que debe ser él quien debe buscar sus percepciones u opiniones.

Se aseguro que los sujetos entiendan completamente la escala utilizada durante la administración del cuestionario. Si el sujeto preguntó el significado de una palabra, debió darse la definición.

El examinador debió revisar la prueba, para asegurar de que solo una de las respuestas alternativas ha sido señalada para cada pregunta.

Se verificó los cuestionarios en base a los criterios de eliminación.

Captura:

Se integraron los cuestionarios de cada paciente en una carpeta de archivo.

Posterior a la captura de datos se colocó un número de folio a cada cuestionario.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS E INVESTIGACIÓN MÉDICA.

HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.8
"DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN:

DETERMINACIÓN DEL IMPACTO FAMILIAR DEL PACIENTE PEDIÁTRICO CON ASMA QUE ACUDE A CONSULTA AL HGZ/UMF No 8. "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"

2011-2012

FECHA	MAR 2011	ABR 2011	MAY 2011	JUN 2011	JUL 2011	AGO 2011	SEP 2011	OCT 2011	NOV 2011	DIC 2011	ENE 2012	FEB 2012
TITULO	X											
ANTECEDENTES		X										
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA			X									
OBJETIVOS				X								
HIPÓTESIS					X							
PROPÓSITOS						X						
DISEÑO METODOLÓGICO							X					
ANÁLISIS ESTADÍSTICO								X				
CONSIDERACIONES ÉTICAS									X			
RECURSOS										X		
BIBLIOGRAFÍA											X	
ASPECTOS GENERALES											X	
ACEPTACIÓN											X	
RECOLECCION DE DATOS											X	X

2012-2014

FECHA	MAR 2012	ABR 2012	MAY 2012	JUN 2012	JUL 2012	AGO 2012	SEP 2012	OCT 2012	NOV 2012	DIC 2012	ENE 2013	FEB FEB 2013 2014
PRUEBA PILOTO	X											
ETAPA DE EJECUCIÓN DEL PROYECTO	X	X										
RECOLECCIÓN DE DATOS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
ALMACENAMIENT O DE DATOS								X	X	X		
ANÁLISIS DE DATOS										X		
DESCRIPCIÓN DE DATOS										X		
DISCUSIÓN DE DATOS										X		
CONCLUSIÓN DEL ESTUDIO										X		
INTEGRACIÓN Y REVISIÓN FINAL										X		
REPORTE FINAL											X	
AUTORIZACIONES											X	
IMPRESIÓN DEL TRABAJO											X	
PUBLICACIÓN												XX

Elaboro: Dra. Alicia Huerta Valdés

RECURSOS PARA EL ESTUDIO

RECURSOS HUMANOS:

Investigador, aplicador y encuestador:

- La aplicación de las hojas de datos de la encuesta y el test Método de Graffar, así como su evaluación estará a cargo de la residente de medicina familiar Dra. Alicia Huerta Valdés.
- Los instrumentos de Impacto Familiar en el niño con Asma Bronquial y el cuestionario de Control del asma del niño serán auto contestados por el tutor.

Sujetos:

- Padres o tutores de pacientes pediátricos con asma que acudan a consulta al HGZ/UMF No. 8 en el periodo comprendido entre enero 2012 a diciembre 2012.

Asesores:

- Se conto con un asesor clínico y un asesor metodológico.

RECURSOS MATERIALES:

- Cuestionarios: Impacto Familiar en el Niño con Asma, Cuestionario Control Del Asma en el Niño, Método de Graffar.
- Hojas recolectoras de información
- Copias fotostáticas
- Papel de impresión
- Lápices
- Gomas
- Software de computadora
- Impresora

RECURSOS FINANCIEROS:

- Propios del investigador

RECURSOS FÍSICOS.

- Instalaciones de HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, siendo ocupadas las áreas de Consulta Externa y el área de urgencias.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio no se contrapone con los lineamientos que en materia de investigación y cuestiones éticas se encuentran aceptados en las normas establecidas en la declaración de Helsinki (1964), por la 18va Asamblea Medica Mundial y la modificada en la 52va, en Edimburgo, Escocia en Octubre del 2000 y sus posteriores modificaciones, así como en la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos.

Reglamento de la Ley General de Salud, de los aspectos éticos de la investigación en seres Humanos.

Artículo 13. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer, el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

El presente trabajo se clasifica como categoría uno, con base en el título segundo del artículo 17, que lo clasifica como investigación sin riesgo.

Artículo 20. Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación ó en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación.

Artículo 21. Para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación ó en su caso su representante legal, deberá recibir una explicación clara y completa de tal forma que pueda comprender, por lo menos, sobre los siguientes aspectos:

- La justificación y los objetivos de la investigación.
- Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de los procedimientos que son experimentales.
- Las molestias o los riesgos esperados.
- Los beneficios que puedan observarse.
- Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto.
- La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto.

Se solicitó el consentimiento verbal y por escrito del tutor del paciente pediátrico con asma del HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, manejándose toda la información de manera confidencial y con fines de investigación. El consentimiento informado se encuentra en anexos (Ver anexos)

RESULTADOS.

- Se estudió un total de 202 pacientes siendo 91 (45%) mujeres, y 111 (55%) hombres. (Ver cuadro 1)
- La media de edad fue de 8.3 años, valor mínimo de 5 años y valor máximo de 16 años, moda de 5 años, mediana de 8 años y desviación estándar de 2.598 años.
- En cuanto a la tipología familiar se encontraron a 83 (41.1%) de tipo nuclear simples, 26 (12.9%) de tipo nuclear numerosa, 8 (4%) de tipo reconstruida, 28 (13.9%) de tipo monoparental, 19 (9.4%) de tipo monoparental extendida, 35 (17.3) de tipo extensa, 2(1%) de tipo extensa compuesta y 1 (0.5%) de tipo no parental. (Ver cuadro 2)
- De acuerdo a el instrumento de Impacto Familiar del asma bronquial infantil (IFABI) se observaron los siguientes datos:
 - En la dimensión de impacto funcional familiar se obtuvo que 34 (16.8%) familias no presentan impacto funcional, 42 (20.8%) familias presentan impacto funcional leve, 117 (57.9%) familias refieren impacto funcional moderado y 9 (4.5%) familias calificadas con impacto funcional severo del total de pacientes. Respecto a la dimensión de impacto social se encontraron 42 (20.8%) familias sin impacto social familiar, 112 (55.4%) familias con impacto social leve, 43 (21.3%) familias con impacto social moderado y 5 (2.5%) familias con impacto social severo. En la dimensión de impacto emocional se reportaron 37 (18.3%) familias sin impacto emocional familiar, 58 (28.7%) familias con impacto emocional leve, 90 (44.63%) familias con impacto emocional moderado y 17 (8.4%) familias con impacto emocional severo. En cuanto a la dimensión de impacto económico familiar se obtuvo que 126 (62.4%) pacientes reportan no presentar impacto, 60 (29.7%) presentan impacto económico leve, 14 (6.9%) impacto económico moderado y 2 (1.0%) impacto económico severo del total de pacientes (Ver cuadro 3).
- De acuerdo al cuestionario Control de Asma en Niños (CAN) se observó que 131 (64.9%) de los pacientes se encontraban controlados, mientras que 71 (35.1%) pacientes estaban descontrolados. (Ver cuadro 4).
- Respecto al estrato socioeconómico se identificaron 6 (3%) familias con estrato alto, 54 (26.7%) familias con estrato medio alto, 85 (42.1%) familias con estrato medio bajo, 47 (23.3%) familias de estrato obrero y 10 (5.0%) familias de estrato marginal. (Ver cuadro 5)
- ⊙ En la sección de sexo e impacto funcional familiar, se observó que 12 (5.9%) pacientes femeninas no presentan impacto familiar, 23 (11.4%) pacientes presentaron impacto funcional leve, 53 (26.2%) pacientes reportaron impacto moderado mientras que solo 3 (1.5%) pacientes manifestaron impacto funcional severo. En cuanto al sexo masculino se obtuvo que 22 (10.9%) pacientes masculinos no presentan impacto funcional familiar; 19 (9.4%) pacientes masculinos presentan impacto funcional leve, 64 (31.7%) pacientes masculinos reportan impacto funcional moderado y 6 (5.4%) pacientes masculinos presentaron impacto funcional familiar severo. (Ver cuadro 6)

- ⊙ Relacionando sexo e impacto social familiar, observamos que 19 (9.4%) pacientes femeninas manifestaron no presentar impacto social, 46 (22.8%) pacientes arrojaron impacto social leve, 25 (12.4%) pacientes femeninas presentaron impacto social moderado y 1 (0.5%) paciente reporto impacto social severo. Respecto al sexo masculino 23 (11.4%) pacientes masculinos reportan no presentar impacto social familiar; 66 (32.7%) pacientes masculinos presentan impacto social leve, 18 (8.9%) pacientes masculinos reportan impacto social familiar moderado; mientras que 4 (3.6%) pacientes masculinos presentaron impacto social familiar severo. (Ver cuadro 7)
- ⊙ En la sección de sexo e impacto emocional familiar, se reporto que 14 (6.9%) pacientes femeninas arrojaron no presentar impacto emocional, 27 (13.4%) pacientes reportaron impacto emocional leve, mientras que 40 (19.8%) obtuvieron impacto emocional moderado y 10 (5.0%) pacientes reportaron impacto emocional severo. En cuanto a los pacientes masculinos 23 (11.4%) reportaron no presentar impacto emocional familiar, 31 (15.3%) pacientes masculinos presentaron impacto emocional leve, 50 (24.8%) pacientes masculinos reportan impacto emocional moderado; mientras que 7 (3.5%) pacientes obtuvieron impacto emocional familiar severo. (Ver cuadro 8)
- ⊙ Relacionando sexo e impacto económico familiar, se reporto que 53 (26.2%) pacientes femeninas reportaron no presentar impacto económico, 31 (15.3%) pacientes obtuvieron impacto económico leve, 6 (3.0%) pacientes arrojaron impacto económico moderado y solo 1 (0.5%) paciente reporto impacto económico severo. Respecto al sexo masculino 73 (36.1%) pacientes masculinos reportan no presentar impacto económico familiar; 29 (14.4%) pacientes masculinos presentan impacto económico leve, 8 (4.0%) pacientes masculinos reportan impacto económico moderado; mientras que 1 (0.5%) pacientes masculinos presentaron impacto económico familiar severo. (Ver cuadro 9)
- ⊙ En relación al sexo y el control del asma en el niño, se obtuvo que 58 (28.7%) pacientes femeninas refirieron estar controlados mientras que 33 (16.3%) pacientes femeninas reportaron estar no controladas, en cuanto al sexo masculino 73 (36.1%) pacientes masculinos refieren estar controlados y 38 (18.8%) pacientes masculinos reportan estar no controlados. (Ver cuadro 10)
- ⊙ Relacionando la tipología familiar con el grado de impacto funcional familiar, se aprecio que de las 83 (41.1%) familias con tipología nuclear simple, 13 (6.4%) familias reportaron no presentar impacto funcional familiar, 16 (7.9%) familias manifestaron impacto funcional leve, 51 (25.2%) familias arrojaron impacto funcional moderado y 3 (1.5%) familias presentan impacto funcional severo. De las 26 (12.9%) familias con tipología nuclear numerosa se obtuvieron 5 (2.5%) familias sin impacto funcional familiar, 5 (2.5%) familias con impacto funcional leve, 16 (7.9%) familias con impacto funcional moderado, esta tipología familiar no reporta impacto funcional severo. De las 8 (4.0%) familias con tipología reconstruida, en 2 (1.0%) familias se aprecia impacto funcional leve, 5 (2.5%) familias reportan impacto funcional moderada y 1 (0.5%) familia manifestó impacto funcional severo. En relación a las 28 (13.9%) familias con tipología monoparental, 5 (2.5%) familias no reportan impacto funcional, 5 (2.5%) familias obtuvieron impacto funcional leve, 16 (7.9%) familias reportaron impacto funcional moderado y 2 (1.0%) familias

arrojaron impacto funcional severo. Con respecto a las 19 (9.4%) familias con tipología monoparental extendida, 4 (2.0%) familias manifestaron no presentar impacto funcional, 4 (2.0%) familias obtuvieron impacto funcional leve, 10 (4.0%) familias reportaron impacto funcional moderado, 1 (0.5%) familia manifestó presentar impacto funcional severo. De las 35 (17.3%) familias con tipología extensa, 7 (3.5%) familias comentaron no presentar impacto funcional, 9 (4.5%) familias arrojaron impacto funcional leve, 17 (8.4%) familias manifestaron presentar impacto funcional moderado y solo 2 (1.0%) familias reportaron impacto funcional severo. En relación a las 2 (1.0%) familias con tipología extensa compuesta, solo 1 (0.5%) familia reporto impacto funcional leve y 1 (0.5%) familia arrojó impacto funcional moderado. La familia con tipología no parental manifestó impacto funcional moderado. (Ver cuadro 11)

Ⓢ En cuanto a la tipología familiar y el grado de impacto social familiar, se observó que de las 83 (41.1%) familias con tipología nuclear simple, 22 (10.9%) familias reportaron no presentar impacto social familiar, 47 (23.3%) familias arrojaron impacto social leve, 14 (6.9%) familias obtuvieron impacto social moderado y ninguna familia reportó impacto social severo. En relación a las 26 (12.9%) familias con tipología nuclear numerosa se obtuvieron 4 (2.0%) familias sin impacto social familiar, 12 (5.9%) familias con impacto social leve, 8 (4.0%) familias con impacto social moderado, y 2 (1.0%) familias manifestaron presentar impacto social severo. Con respecto a las 8 (4.0%) familias con tipología reconstruida, 6 (3.0%) familias presentaron impacto social leve, 2 (1.0%) familias reportan impacto social moderado y ninguna familia reporta impacto funcional severo. De las 28 (13.9%) familias con tipología monoparental, 5 (2.5%) familias no reportan impacto funcional, 13 (6.4%) familias arrojaron impacto social leve, 9 (4.5%) familias manifestaron impacto social moderado y en 1 (0.5%) familia se apreció impacto social severo. De las 19 (9.4%) familias con tipología monoparental extendida, 3 (1.5%) familias reportaron no presentar impacto social, 12 (5.9%) manifestaron presentar impacto social leve, en 4 (2.0%) familias se consiguió el resultado impacto social moderado y ninguna manifestó presentar impacto funcional severo. Respecto de las 35 (17.3%) familias con tipología extensa, 8 (4.0%) arrojaron no presentar impacto social, 20 (9.9%) familias reportan impacto social leve, 5 (2.5%) familias manifiestan presentar impacto social moderado y solo 2 (1.0%) impacto social severo. De las 2 (1.0%) familias con tipología extensa compuesta, solo 1 (0.5%) reportó impacto social leve y 1 (0.5%) familia manifestó impacto social moderado. Respecto a la tipología no parental 1 (0.5%) familia reportó impacto social moderado. (Ver cuadro 12)

Ⓢ En relación con la tipología familiar y el grado de impacto emocional familiar, se obtuvo que de las 83 (41.1%) familias con tipología nuclear simple, 15 (7.4%) familias reportaron no presentar impacto emocional familiar, 26 (12.9%) familias arrojaron impacto emocional leve, 35 (17.3%) familias manifestaron impacto emocional moderado y 7 (3.5%) familias presentaron impacto emocional severo. Con respecto a las 26 (12.9%) familias con tipología nuclear numerosa se obtuvieron 5 (2.5%) familias sin impacto emocional familiar, 6 (3.0%) familias presentaron impacto emocional leve, 14 (6.9%) familias con impacto emocional moderado y 1 (0.5%) familia con impacto emocional severo. En cuanto a las 8 (4.0%) familias de tipología reconstruida, 1 (0.5%) familia reportó impacto emocional leve, 6 (3.0%) familias reportan impacto emocional moderado y 1

(0.5%) familia manifestó impacto emocional severo. En relación a las 28 (13.9%) familias con tipología monoparental, 5 (2.5%) familias reportaron no presentar impacto emocional, 7 (3.5.0%) familias obtuvieron impacto emocional leve, 13 (6.4%) familias reportaron impacto emocional moderado y 3 (1.5%) familias arrojaron impacto emocional severo. Con respecto a las 19 (9.4%) familias con tipología monoparental extendida, 3 (1.5%) familias manifestaron no presentar impacto emocional, 8 (4.0%) familias obtuvieron impacto emocional leve, 7 (3.5%) familias reportaron impacto emocional moderado, 1 (0.5%) familia manifestó presentar impacto emocional severo. De las 35 (17.3%) familias con tipología extensa, 8 (4.0%) familias comentaron no presentar impacto emocional, 10 (5.0%) familias reportaron impacto emocional leve, 14 (6.9%) familias manifestaron presentar impacto emocional moderado y 3 (1.5%) familias impacto emocional severo. En relación a las 2 (1.0%) familias con tipología extensa compuesta, 1 (0.5%) familia reporto no presentar impacto emocional y 1 (0.5%) familia arrojó impacto funcional severo. En relación a la tipología familiar no parental esta reporto impacto emocional moderado. (Ver cuadro 13)

Ⓔ En cuanto a la tipología familiar y el grado de impacto económico familiar, se aprecia que de las 83 (41.1%) familias con tipología nuclear simple, 56 (27.7%) familias reportaron no presentar impacto económico familiar, 26 (12.9%) familias arrojaron impacto económico leve, 1 (0.5%) familia obtuvo impacto económico moderado. De las 26 (12.9%) familias con tipología nuclear numerosa se reportaron 14 (6.9%) familias sin impacto social familiar, 7 (3.5%) familias con impacto económico leve, 5 (2.0%) familias con impacto económico moderado. En cuanto a las 8 (4.0%) familias con tipología reconstruida, 4 (2.0%) familias reportaron no presentar impacto económico, mientras que 4 (2.0%) manifestaron impacto económico leve. Con relación a las 28 (13.9%) familias con tipología monoparental, 15 (7.4%) familias reportaron no tener impacto económico, 10 (5.0%) familias obtuvieron impacto económico leve, 2 (1.0%) familias arrojaron impacto económico moderado y 1 (0.5%) resultado con impacto económico severo. Los resultados obtenidos de las 19 (9.4%) familias con tipología monoparental extendida son: 12 (5.9%) familias reportaron no presentar impacto económico, 4 (2.0%) familias manifestaron presentar impacto económico leve, 3 (1.5%) obtuvieron impacto económico moderado. De las 35 (17.3%) familias con tipología extensa, 23 (11.4%) familias reportaron no presentar impacto económico, 8 (4.0%) familias arrojaron impacto económico leve, 3 (1.5%) familias manifestaron presentar impacto económico moderado y 1 (0.5%) familia reporto impacto económico severo. En relación a las 2 (1.0%) familias con tipología extensa compuesta, 1 (0.5%) reporto no presentar impacto económico y 1 (0.5%) familia manifestó impacto económico leve. La familia con tipología no parental reporto no presentar impacto. (Ver cuadro 14)

Ⓕ Respecto a la relación tipología familia y control del asma se obtuvo de la 83 (41.1%) familias de tipología nuclear simple 55 (27.2%) con pacientes controlados, mientras que 28 (13.9%) con pacientes no controlados. En cuanto a las 26 (12.9%) familias con tipología nuclear numerosa, 19 (9.4%) familias cuentan con pacientes controlados, y 7 (3.5%) con pacientes no controlados. De las 8 (4.0%) familias con tipología reconstruida, 5 (2.5%) cuentan con pacientes controlados, 3 (1.5%) con pacientes no controlados. Respecto a las 28 (13.9%) familias de tipología monoparental, se obtuvo que 17 (8.4%) familias reportaron pacientes controlados, 11 (5.4%) familias pacientes no controlados. De las 19 (9.4%) familias con

tipología monoparental extendida, 12 (5.9%) familias cuentan con pacientes controlados, mientras que 7 (3.5%) familias reportaron tener pacientes no controlados. En cuanto a las 35 (17.3%) familias de tipología extensa, 21 (10.4%) familias reportaron pacientes controlados y 14 (6.9%) familias cuentan con pacientes descontrolados. De las 2 (1.0%) familias con tipología extensa compuesta 1 (0.5%) manifestó contar con paciente controlado y 1 (0.5%) paciente descontrolado. La familia con tipología no parental reporto contar con paciente controlado. (Ver cuadro 15)

- Ⓢ Relacionando el nivel de control y el impacto funcional, se obtuvo que de los 131 (64.9%) pacientes controlados 32 (15.8%) reportaron no presentar impacto funcional, 33 (16.3%) familias manifestaron impacto funcional leve, 66 (32.7%) familias arrojaron impacto funcional moderado. En cuanto a los pacientes 71 (35.1%) descontrolados, 2 (1.0%) familias arrojaron no presentar impacto funcional, 9 (4.5%) familias manifestaron impacto funcional leve, 51 (25.2%) familias reportaron impacto funcional moderada y 9 (4.5%) familias presentaron impacto funcional severo. (Ver cuadro 16)
- Ⓢ En cuanto a la relación nivel de control e impacto social se obtuvieron los siguientes resultados: de los 131 (64.9%) pacientes controlados, 31 (15.3%) familias manifestaron no presentar impacto social, 87 (43.1%) familias reportaron impacto social leve, 13 (6.4%) familias obtuvieron impacto social moderado. De los 71 (35.1%) pacientes descontrolados, 11 (5.4%) familias arrojaron no presentar impacto social, 25 (12.4%) familias reportaron impacto social leve, 30 (14.9%) familias manifestaron impacto social moderado y 5 (2.5%) familias reportaron impacto social severo. (Ver cuadro 17)
- Ⓢ En relación a nivel de control de asma e impacto emocional se apreció que de los 131 (64.9%) pacientes controlados, 35 (17.3%) familias reportaron no presentar impacto emocional, 32 (15.8%) familias arrojaron impacto emocional leve, 64 (31.7%) familias manifestaron impacto emocional moderado. En cuanto a los 71 (35.1%) pacientes descontrolados, 2 (1.0%) familias reportaron no presentar impacto emocional, 26 (12.9%) familias manifestaron impacto emocional leve, 26 (12.9%) presentaron impacto emocional moderado y 17 (8.4%) familias reportaron impacto emocional severo. (Ver cuadro 18)
- Ⓢ Analizando el nivel de control de asma y el impacto económico se obtuvo que de los 131 (64.9%) pacientes controlados, 111 (55.0%) familias manifestaron no presentar impacto económico, 16 (7.9%) familias reportaron impacto económico leve, 4 (2.0%) familias obtuvieron impacto económico severo. En relación a los 71 (35.1%) pacientes descontrolados, 15 (7.4%) familias arrojaron no presentar impacto económico, 44 (21.8%) familias reportaron impacto económico leve, 10 (5.0%) familias manifestaron impacto económico moderado y 2 (1.0%) familias reportaron impacto económico severo. (Ver cuadro 19)
- Ⓢ Relacionando estrato socioeconómico y nivel de control de asma, se observaron los siguientes resultados: 6 (3.0%) familias de estrato alto de las cuales 2 (1.0%) familias reportaron pacientes controlados, 4 (2.0%) familias con pacientes no controlados, de las 54 (26.7%) familias con estrato medio alto, 43 (21.3%) familias reportaron estar controlados, 11 (5.4%) familias manifestaron pacientes no controlados. En cuanto a las 85 (42.1%) familias con estrato medio bajo, 46

(22.8%) familias reportaron pacientes controlados, 39 (19.3%) familias reportaron pacientes no controlados. Con respecto a las 47 familias con estrato socio económico obrero, se obtuvo que 34 (16.8%) familias presentaron pacientes controlados mientras que 13 (6.4%) familias manifestaron pacientes no controlados. Finalmente de las 10 (5.0%) familias con estrato socioeconómico marginal, 6 (3.0%) familias manifestaron pacientes controlados y 4 (2.0%) familias con pacientes descontrolados. (Ver cuadro 20)

- Ⓔ En cuanto a la relación tipología familiar y estrato socioeconómico se apreció que de las 83 (41.1%) familias nucleares, 6 (3.0%) pertenecen al estrato alto, 19 (9.4%) familias cuentan con estrato medio alto, 31 (15.3%) familias de estrato medio bajo, 23 (11.4%) familias con estrato obrero y 4 (2.0%) familias con estrato marginal. Respecto a las 26 (12.9%) familias con tipología nuclear simple, se obtuvo 10(5.0%) familias con estrato medio alto, 7 (3.5%) familias con estrato medio bajo, 8 (4.0%) familias con estrato obrero y 1 (0.5%) familia con estrato marginal. En relación a las 8 (30.8%) familias reconstruidas se apreció, 2 (1.0%) familias con estrato medio alto, 4 (2.0%) familias con estrato medio bajo, 1 (0.5%) familia con estrato obrero y 1 (0.5%) familia con estrato marginal. De las 28 (13.9%) familias monoparentales, 10 (5.0%) familias tuvieron estrato medio alto, 12 (5.9%) familias estrato medio bajo, 4 (2.0%) familias con estrato obrero, 2 (1.0%) familias con estrato marginal. En cuanto a las 19 (9.4%) familias con tipología monoparental extendida se obtuvo que 5 (2.5%) familias cuentan con estrato medio alto, 8 (4.0%) familias con estrato medio bajo, 5 (2.5%) familias con estrato obrero y 1(0.5%) familia con estrato marginal. Respecto a las 35 (17.3%) familias con tipología extensa se apreció que 7 (3.5%) familias tienen estrato medio alto, 21 (10.4%) familias con estrato medio bajo, 6 (3.0%) familias con estrato obrero y 1 (0.5%) familia con estrato marginal. En cuanto a la tipología extensa compuesta las 2 (1.0%) familias pertenecen al estrato medio bajo. La familia no parental pertenece al estrato medio alto. (Ver cuadro 21)
- Ⓕ Respecto al estrato socioeconómico y el impacto funcional familiar obtuvimos que de las 6 (3.0%) familias con estrato socioeconómico alto, 2 (1.0%) familias manifestaron impacto funcional leve mientras que 4 (2.0%) familias arrojaron impacto funcional moderado. En cuanto a las 54 (26.7%) familias con estrato socioeconómico medio alto, 15 (7.4%) familias reportaron no presentar impacto funcional, 11 (5.4%) familias obtuvieron impacto funcional leve, 28 (13.9%) familias resultaron con impacto funcional moderado. En relación a las 85 (42.1%) familias con estrato socioeconómico medio bajo, 12 (5.9%) familias reportaron no presentar impacto funcional, 18 (8.9%) familias manifestaron impacto funcional leve, en 47 (23.3%) se encontró impacto funcional moderado y 8 (4.0%) familias arrojaron impacto funcional severo. De las 47 (23.3%) familias con estrato socioeconómico obrero, 4 (2.0%) familias no presentaron impacto funcional, 10 (5.0%) familias arrojaron presentar impacto funcional leve, 32 (15.8%) familias resultaron con impacto funcional moderada y 1 (0.5%) familias presentaron impacto funcional severo. En cuanto a las 10 (5%) familias con estrato socioeconómico marginal, 3 (1.5%) familias manifestaron no presentar impacto funcional, 1 (0.5) familia arrojaron impacto funcional leve, mientras que 6 (3.0%) familias reportaron impacto funcional moderado. (Ver cuadro 22)
- Ⓖ Relacionando el estrato socioeconómico y el impacto social los resultados mostraron que de las 6 (3.0%) familias con estrato socioeconómico alto, 2 (1.0%)

familias no reportan presentar impacto social, 3 (1.5%) familias obtuvieron impacto social leve mientras que 1(0.5%) familias arrojaron impacto funcional moderado. Respecto a las 54 (26.7%) familias con estrato socioeconómico medio alto, 15 (7.4%) familias manifestaron no presentar impacto social, 29 (14.4%) familias obtuvieron impacto social leve y en 10 (5.0%) familias se encontró impacto social moderado. En relación a las 85 (42.1%) familias con estrato socioeconómico medio bajo, 16 (7.9%) familias manifestaron no presentar impacto social, 49 (24.3%) familias obtuvieron impacto social leve, en 18 (8.9%) familias se encontró impacto social moderado y 2 (1.0%) familias reportaron impacto social severo. En cuanto a las 47 (23.3%) familias con estrato socioeconómico obrero, 6 (3.0%) familias no presentaron impacto social, 27 (13.4%) familias obtuvieron impacto social leve, 13 (6.4%) familias resultaron con impacto social moderado y 1 (0.5%) familias presentaron impacto social severo. Evaluando a las 10 (5%) familias con estrato socioeconómico marginal, se obtuvo que 3 (1.5%) familias no manifestaron impacto social, 4 (2.0%) familias reportaron impacto social leve, 1 (0.5%) familia registro impacto social moderado y 2 (1.0%) familias obtuvieron impacto social severo. (Ver cuadro 23)

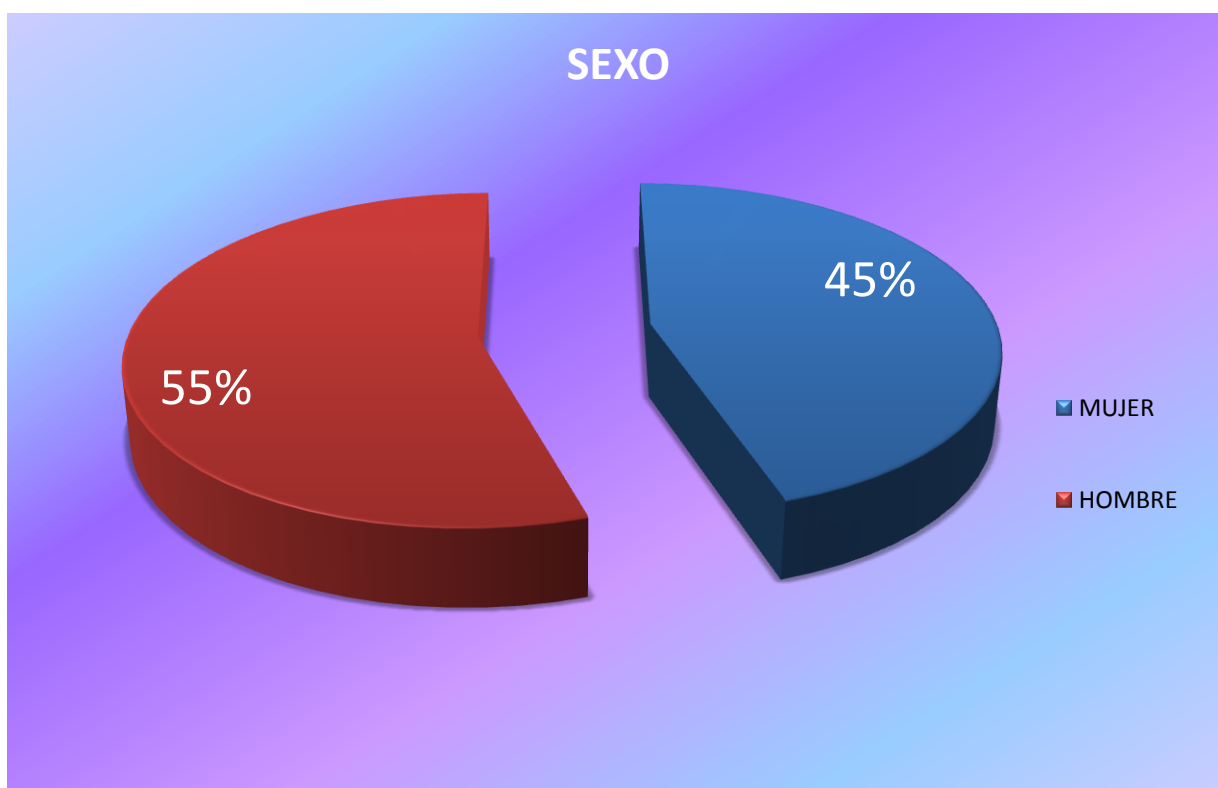
Ⓢ Respecto a la relación estrato socioeconómico e impacto emocional se obtuvo que de las 6 (3.0%) familias con estrato socioeconómico alto, 1 (0.5%) familia obtuvieron impacto emocional leve, mientras que 4 (2.0%) familias reportaron impacto emocional moderado y 1 (0.5%) familia obtuvo impacto emocional severo. En cuanto a las 54 (26.7%) familias con estrato socioeconómico medio alto, 15 (7.4%) familias manifestaron no presentar impacto emocional, 17 (8.4%) familias obtuvieron impacto emocional leve, en 20 (9.9%) familias se encontró impacto emocional moderado y 2 (1.0%) familias arrojaron impacto emocional severo. En relación a las 85 (42.1%) familias con estrato socioeconómico medio bajo, en 14 (6.9%) familias se encontró que no presentaban impacto social, 28 (13.9%) familias obtuvieron impacto emocional leve, 36 (17.8%) familias se encontró impacto emocional moderado y 7 (3.5%) familias reportaron impacto emocional severo. En relación a las 47 (23.3%) familias con estrato socioeconómico obrero, 6 (3.0%) familias no presentaron impacto social, 10 (5.0%) familias resultaron con impacto emocional leve, 26 (12.9%) familias obtuvieron impacto emocional moderado y 5 (2.5%) familias presentaron impacto social severo. Respecto a las 10 (5%) familias con estrato socioeconómico marginal, se obtuvo que 2 (1.0%) familias no presentaron impacto social, 2 (1.0%) familias reportaron impacto emocional leve, 4 (2.0%) familias obtuvieron impacto emocional moderado y 2 (1.0%) familias con impacto emocional severo. (Ver cuadro 24)

Ⓢ Relacionando estrato socioeconómico e impacto económico, los resultados arrojaron fueron que de las 6 (3.0%) familias con estrato socioeconómico alto, 2 (1.0%) familias manifestaron no presentar impacto económico, 4(2.0%) arrojaron impacto económico leve. Respecto a las 54 (26.7%) familias con estrato socioeconómico medio alto, 38 (18.8%) familias reportaron no presentar impacto económico, en 12 (5.9%) familias se obtuvo impacto económico leve y 4 (2.0%) familias con impacto económico moderado. En relación a las 85 (42.1%) familias con estrato socioeconómico medio bajo, 51 (25.2%) familias no reportaron presentar impacto económico, 29 (14.4%) familias arrojaron impacto económico leve, 5 (2.5%) familias con impacto económico moderado. Evaluando las 47 (23.3%) familias con estrato socioeconómico obrero, se obtuvo que 30 (14.9%) familias no presentaron impacto económico, 12 (5.9%) familias resultaron con

impacto económico leve y 5 (2.5%) familias con impacto económico moderado. En relación a las 10 (5%) familias con estrato socioeconómico marginal, obtuvimos que 5 (2.5%) familias no presentaron impacto económico, 3 (1.5%) familias manifestaron impacto emocional leve y 2 (1.0%) familias impacto económico severo. (Ver cuadro 25)

FRECUENCIA DE ACUERDO AL SEXO.

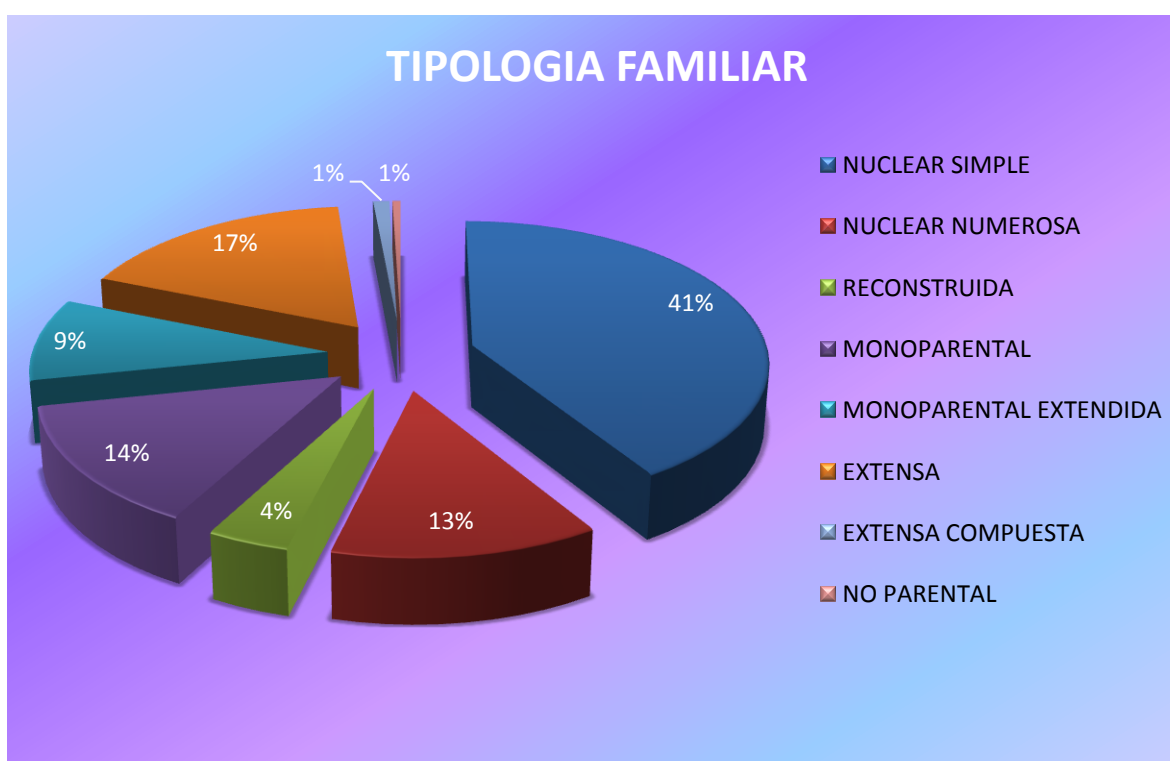
SEXO	Frecuencia	Porcentaje (%)
Mujeres	91	45.0%
Hombres	111	55.0%
Total	202	100.0%



Cuadro. 1 Frecuencia de acuerdo al sexo.

FRECUENCIA DE ACUERDO A LA TIPOLOGIA FAMILIAR

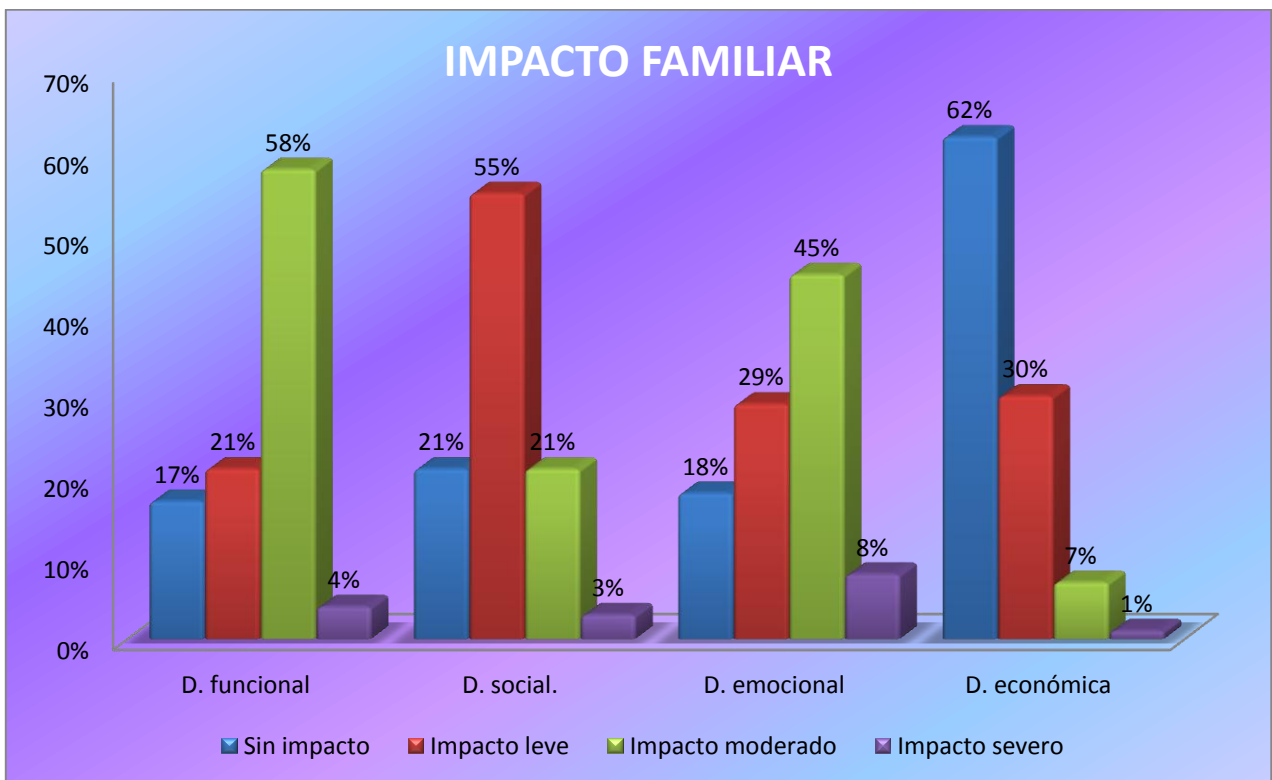
TIPOLOGIA FAMILIAR	Frecuencia	Porcentaje (%)
Nuclear simple	83	41.0%
Nuclear numerosa	26	13.0%
Reconstruida	8	4.0%
Monoparental	28	14.0%
Monoparental extendida	19	9.0%
Extensa	35	17.0%
Extensa compuesta	2	1.0%
No parental	1	1.0%
Total	202	100.0%



- Cuadro. 2 Frecuencia de acuerdo a la Tipología Familiar.

FRECUENCIA DE ACUERDO AL INSTRUMENTO IMPACTO FAMILIAR DE ASMA BRONQUIAL INFANTIL. (IFABI)

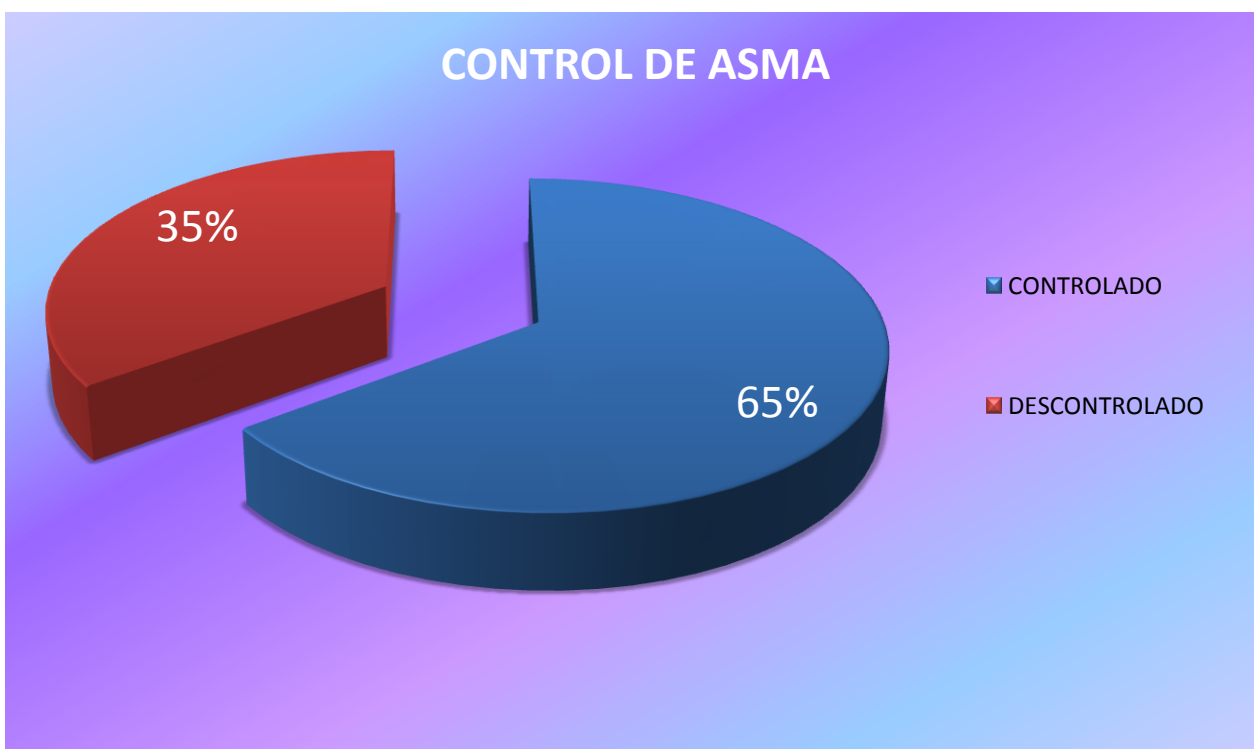
IMPACTO FAMILIAR	Dimensión funcional		Dimensión social.		Dimensión emocional.		Dimensión económica.	
	frec	%	frec	%	frec	%	frec	%
Sin impacto	34	17%	42	20%	37	18%	126	62%
Impacto leve	42	21%	112	55%	58	29%	60	30%
Impacto moderado	117	58%	43	21%	90	45%	14	7%
Impacto severo	9	4%	5	4%	17	8%	2	1%
Total.	202	100%	202	100%	202	100%	202	100%



Cuadro 3. Frecuencia de acuerdo al Impacto familiar.

FRECUENCIA EN RELACION AL INSTRUMENTO “CONTROL DE ASMA EN NIÑOS (CAN)”

CAN	Frecuencia	Porcentaje (%)
Controlado	131	65.0%
Descontrolado	71	35.0%
Total	202	100.0%



Cuadro. 4 Frecuencia de acuerdo al Instrumentos Control de Asma en Niños (CAN)

FRECUENCIA EN RELACION AL ESTRATO SOCIOECONOMICO.

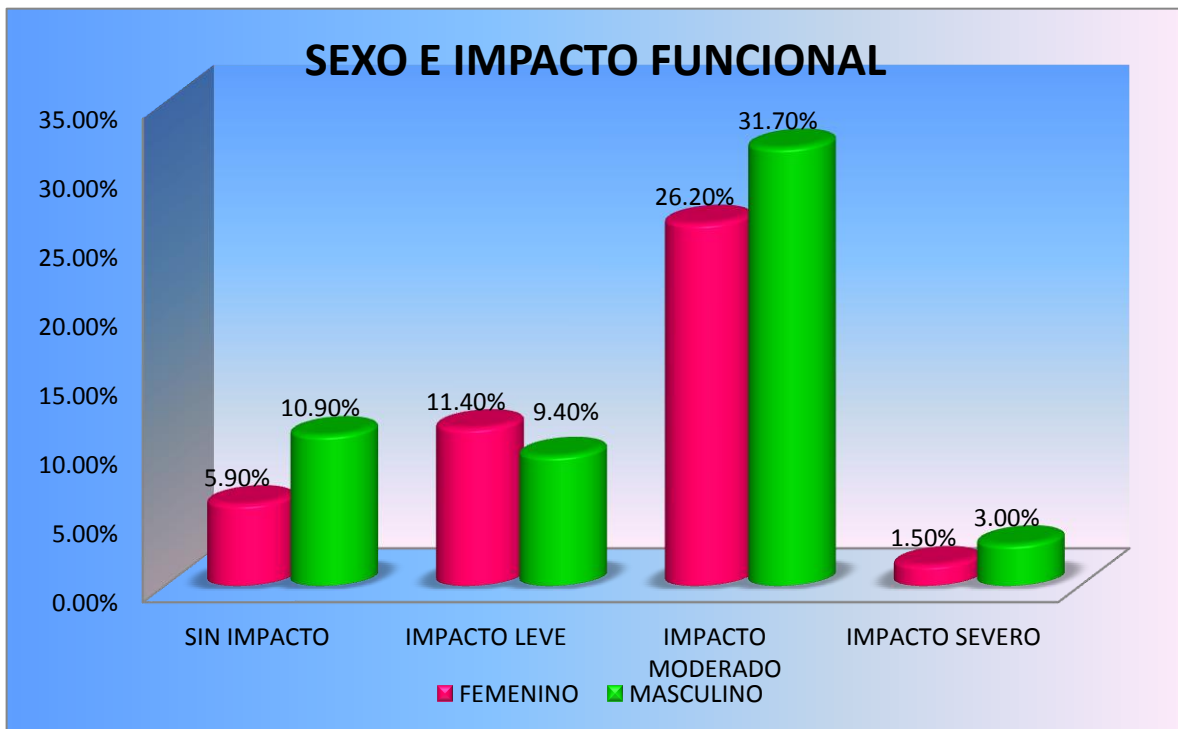
ESTRATO SOCIOECONIMICO	Frecuencia	Porcentaje (%)
Alto	6	3.0%
Medio alto	54	27.0%
Medio bajo	85	42.0%
Obrero	47	23.0%
Marginal	10	5.0%
Total	202	100.0%



Cuadro. 5 Frecuencia de acuerdo al Estrato socioeconómico según Método de Graffar.

FRECUENCIA DE RELACION SEXO CON IMPACTO FUNCIONAL FAMILIAR.

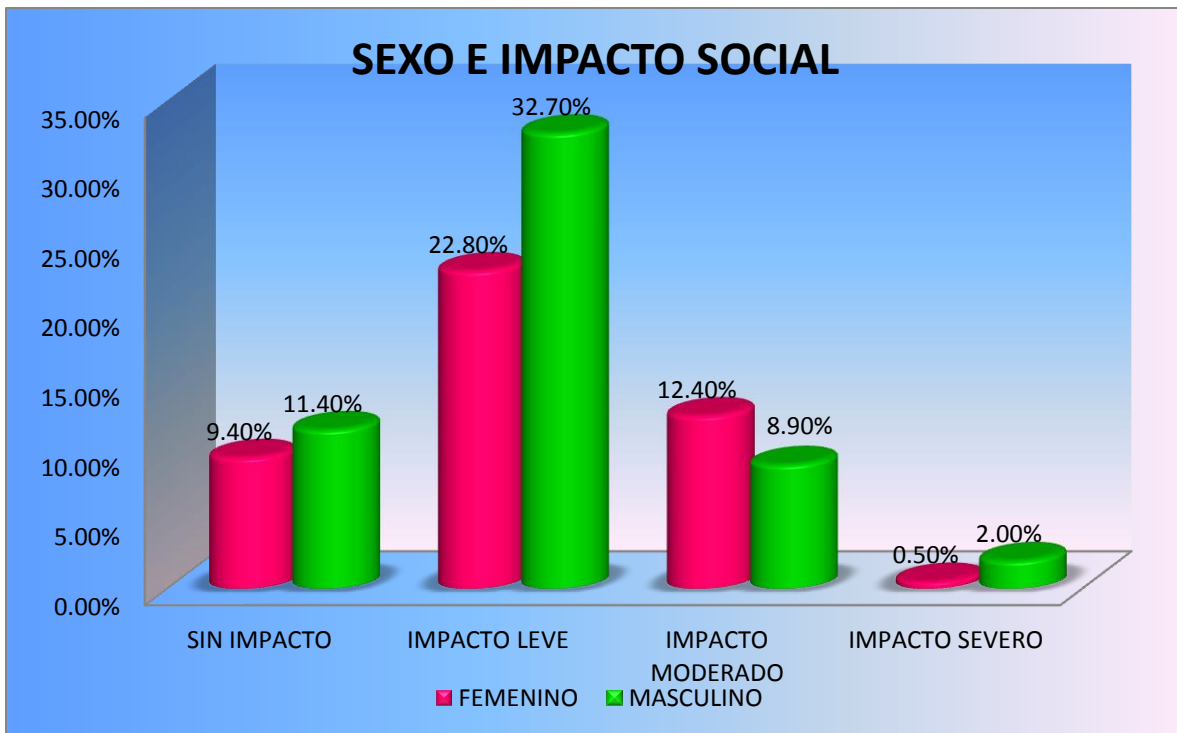
VARIABLES		Sin impacto	Impacto funcional leve	Impacto funcional moderado	Impacto funcional severo	Total
Femenino	frecuencia	12	23	53	3	91
	porcentaje	5.9%	11.4%	26.2%	1.5%	45%
Masculino	frecuencia	22	19	64	6	111
	porcentaje	10.9%	9.4%	31.7%	3%	55%
Total	frecuencia	34	42	117	9	202
	porcentaje	16.8%	20.8%	57.9%	4.5%	100%



Cuadro. 6 Relación Sexo e Impacto Funcional Familiar.

FRECUENCIA DE RELACION SEXO CON IMPACTO SOCIAL FAMILIAR.

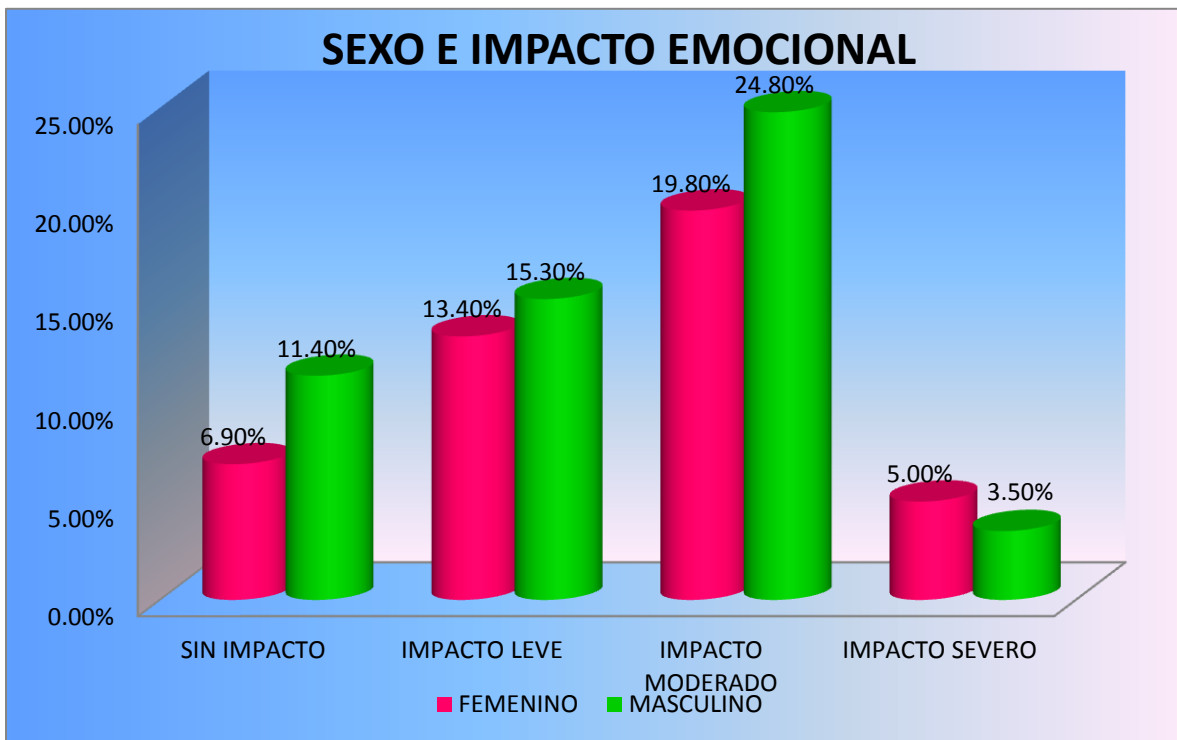
VARIABLES		Sin impacto	Impacto social leve	Impacto social moderado	Impacto social severo	Total
Femenino	frecuencia	19	46	25	1	91
	porcentaje	9.4%	22.8%	12.4%	0.5%	45%
Masculino	frecuencia	23	66	18	4	111
	porcentaje	11.4%	32.7%	8.9%	2%	55%
Total	frecuencia	42	112	43	5	202
	porcentaje	20.8%	55.4%	21.3%	2.5%	100%



Cuadro. 7 Relación Sexo e Impacto Social Familiar.

FRECUENCIA DE RELACION SEXO CON IMPACTO EMOCIONAL FAMILIAR.

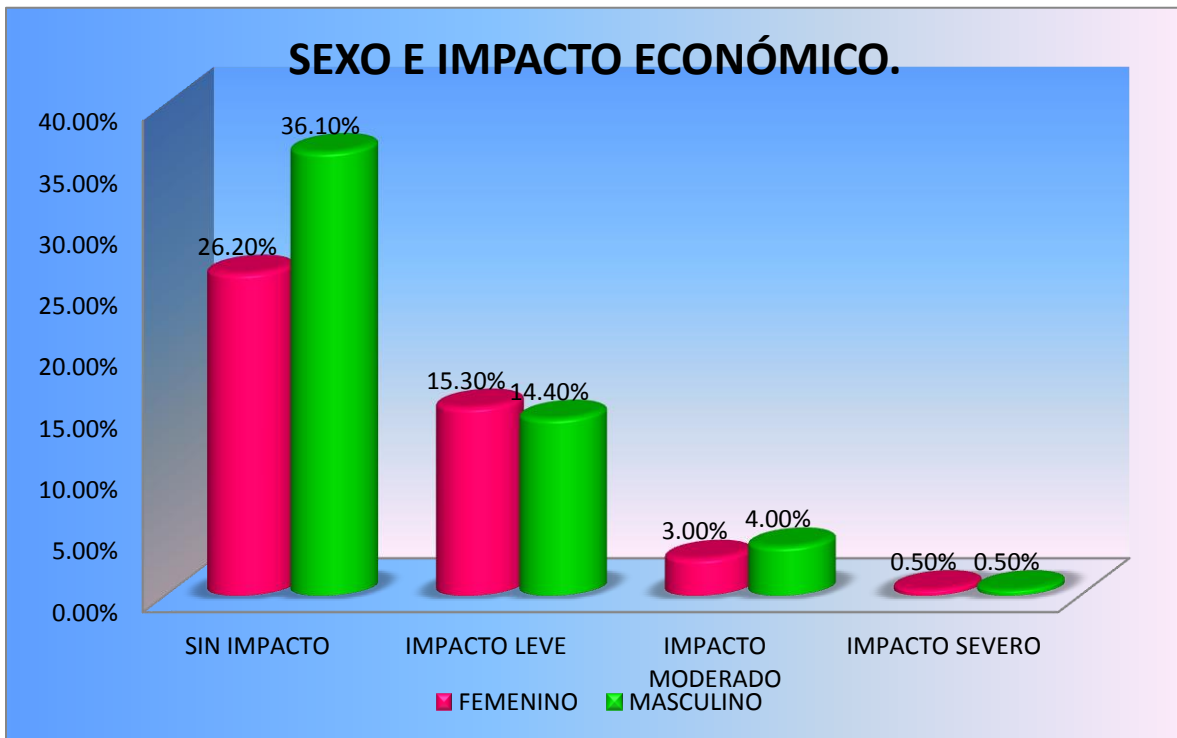
VARIABLES		Sin impacto	Impacto emocional leve	Impacto emocional moderado	Impacto emocional severo	Total
Femenino	frecuencia	14	27	40	10	91
	porcentaje	6.9%	13.4%	19.8%	5%	45%
Masculino	frecuencia	23	31	50	7	111
	porcentaje	11.4%	15.3%	24.8%	3.5%	55%
Total	frecuencia	37	58	90	17	202
	porcentaje	18.3%	28.7%	44.6%	8.4%	100%



Cuadro. 8 Relación Sexo e Impacto Emocional Familiar.

FRECUENCIA DE RELACION SEXO CON IMPACTO ECONOMICO FAMILIAR.

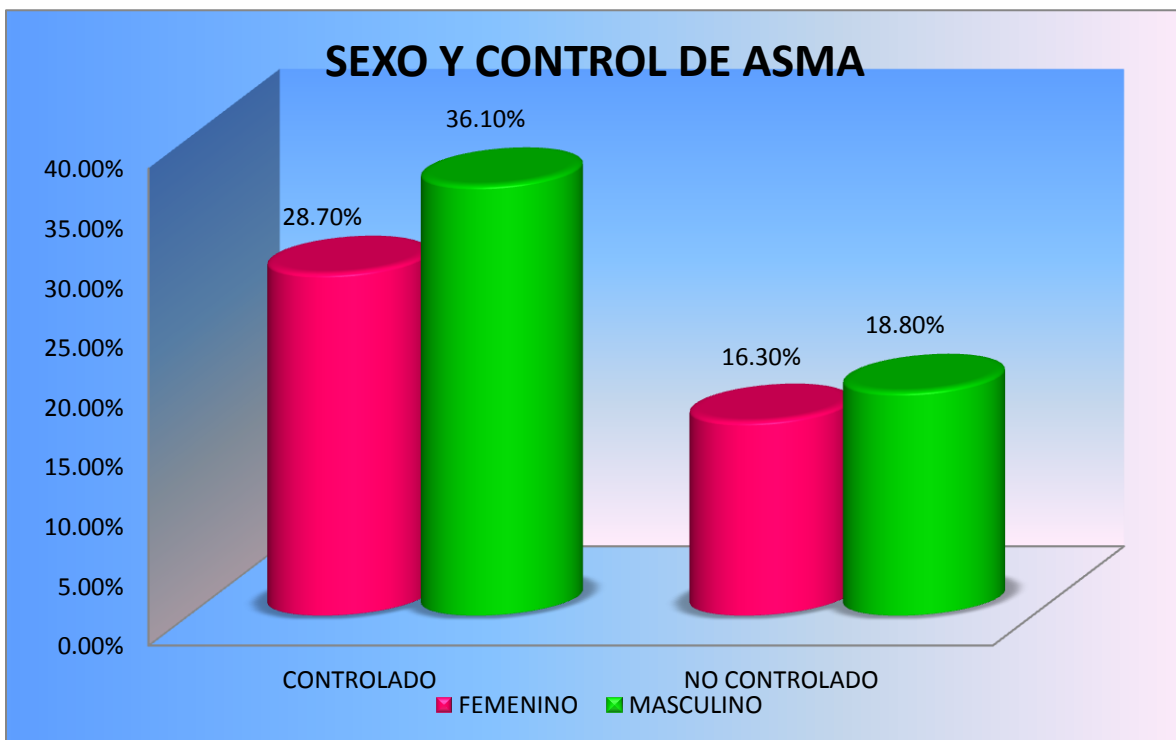
VARIABLES		Sin impacto	Impacto económico leve	Impacto económico moderado	Impacto económico severo	Total
Femenino	frecuencia	53	31	6	1	91
	porcentaje	26.2%	15.3%	3%	0.5%	45%
Masculino	frecuencia	73	29	8	1	111
	porcentaje	36.1%	14.4%	4%	0.5%	55%
Total	frecuencia	126	60	14	2	202
	porcentaje	62.4%	29.7%	6.9%	1.0%	100%



Cuadro. 9 Relación Sexo e Impacto Económico Familiar.

FRECUENCIA DE RELACION SEXO CON GRADO DE CONTROL DEL ASMA.

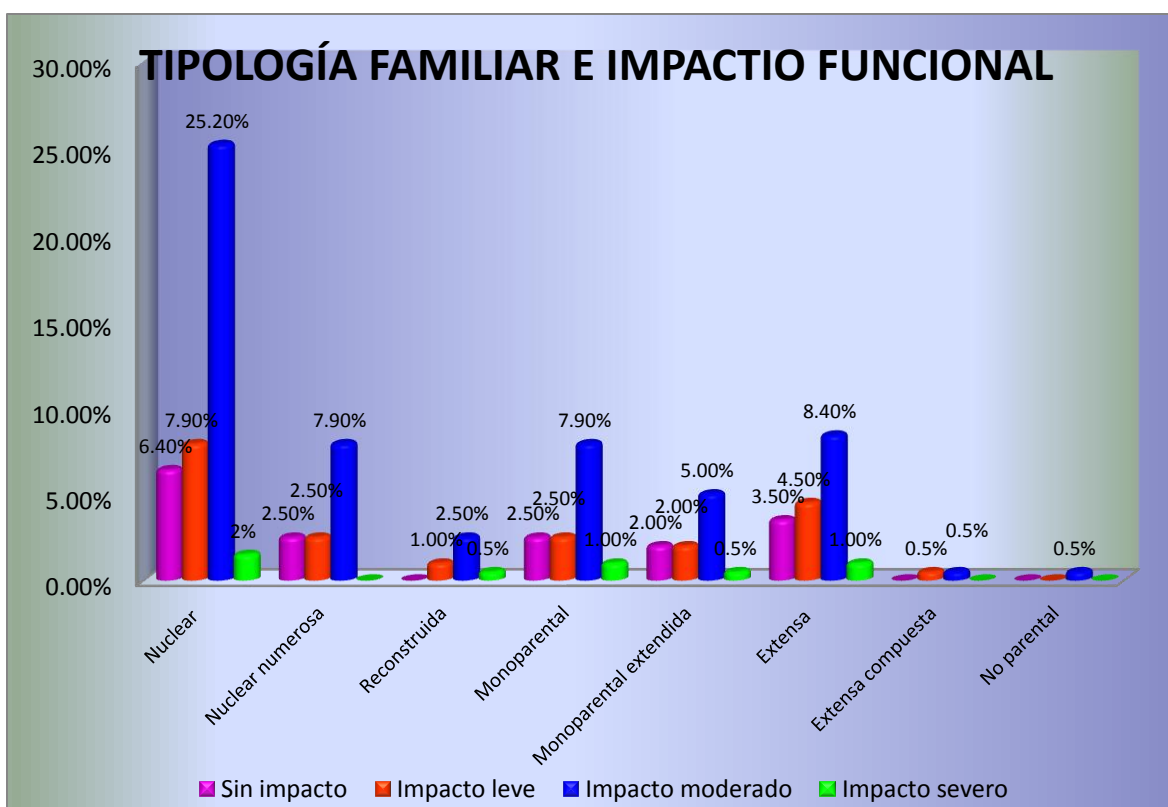
VARIABLES		Controlado.	No controlado.	Total.
Femenino.	Frecuencia.	58	33	91
	Porcentaje.	28.7%	16.3%	45%
Masculino.	Frecuencia.	73	38	111
	Porcentaje.	36.1%	18.8%	55%
Total	Frecuencia	131	71	202
	porcentaje	64.9%	35.1%	100%



Cuadro. 10 Relación Sexo e Impacto Económico Familiar.

FRECUENCIA DE RELACION TIPOLOGIA FAMILIAR E IMPACTO FUNCIONAL FAMILIAR

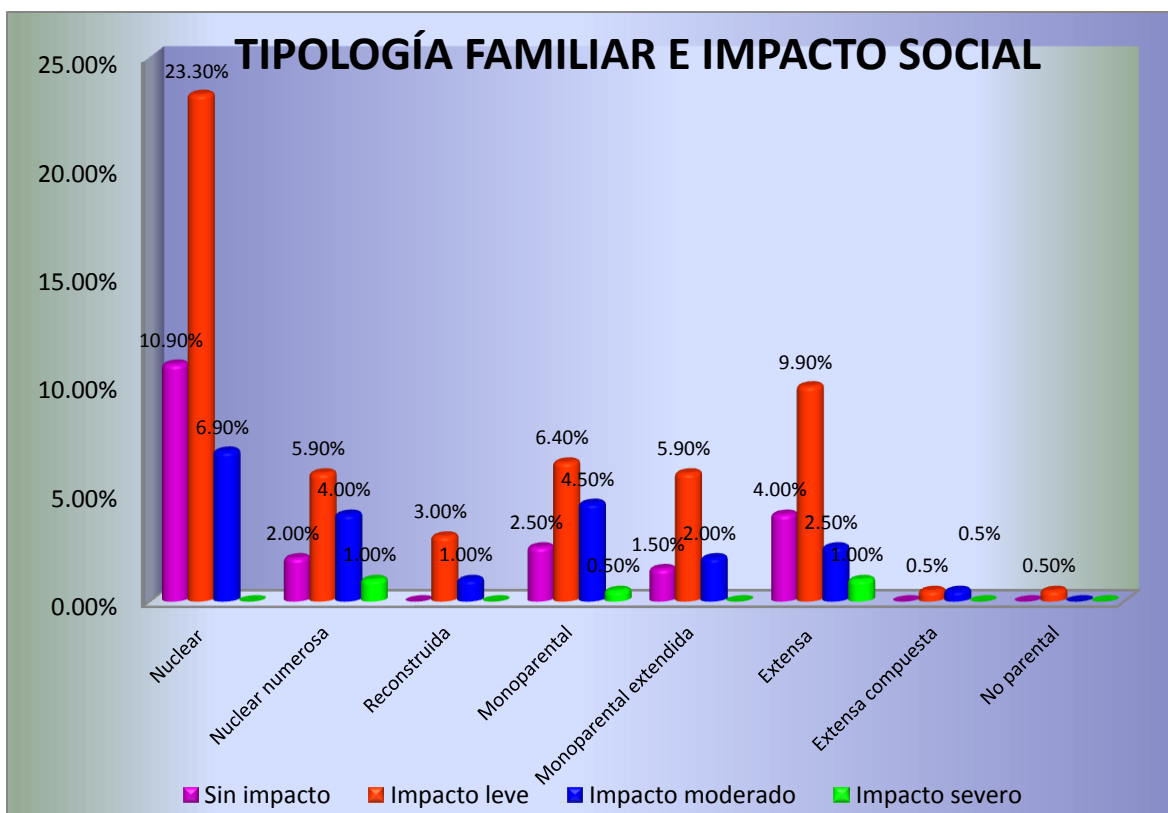
VARIABLES		Sin impacto	Impacto leve	Impacto moderado	Impacto severo	Total.
Nuclear simple	frecuencia	13	16	51	3	83
	porcentaje	6.4%	7.9%	25.2%	1.5%	41.1%
Nuclear numerosa	frecuencia	5	5	16	0	26
	porcentaje	2.5%	2.5%	7.9%	0	12.9%
Reconstruida	frecuencia	0	2	5	1	8
	porcentaje	0	1.0%	2.5%	0.5%	4.0%
Monoparental	frecuencia	5	5	16	2	28
	porcentaje	2.5%	2.5%	7.9%	1.0%	13.9%
Monoparental extendida	frecuencia	4	4	10	1	19
	porcentaje	2.0%	2.0%	5.0%	0.5%	9.4%
Extensa	frecuencia	7	9	17	2	35
	porcentaje	3.5%	4.5%	8.4%	1.0%	17.3%
Extensa compuesta	frecuencia	0	1	1	0	2
	porcentaje	0	0.5%	0.5%	0	1.0%
No parental	frecuencia	0	0	1	0	1
	porcentaje	0	0	0.5%	0	0.5%
Total	frecuencia	34	42	117	9	202
	porcentaje	16.8%	20.8%	57.9%	4.5%	100%



Cuadro. 11 Relación Tipología Familiar e impacto Funcional.

FRECUENCIA DE RELACION TIPOLOGIA FAMILIA CON IMPACTO SOCIAL FAMILIAR

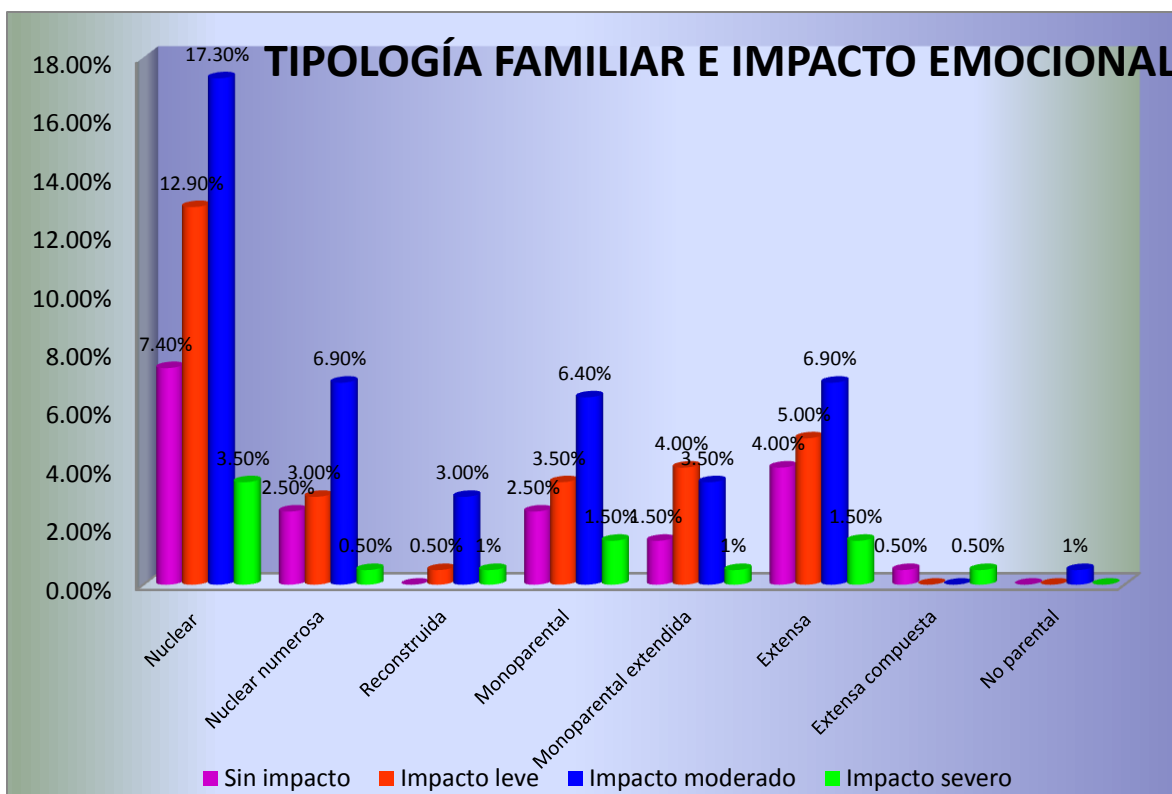
VARIABLES		Sin impacto	Impacto leve	Impacto moderado	Impacto severo	Total.
Nuclear simple	frecuencia	22	47	14	0	83
	porcentaje	10.9%	23.3%	6.9%	0	41.0%
Nuclear numerosa	frecuencia	4	12	8	2	26
	porcentaje	2.0%	5.9%	4.0%	1.0%	12.9%
Reconstruida	frecuencia	0	6	2	0	8
	porcentaje	0	3.0%	1.0%	0	4.0%
Monoparental	frecuencia	5	13	9	1	28
	porcentaje	2.5%	6.4%	4.5%	0.5%	13.9%
Monoparental extendida	frecuencia	3	12	4	0	19
	porcentaje	1.5%	5.9%	2.0%	0	9.4%
Extensa	frecuencia	8	20	5	2	35
	porcentaje	4.0%	9.9%	2.5%	1.0%	17.3%
Extensa compuesta	frecuencia	0	1	1	0	2
	porcentaje	0	0.5%	0.5%	0	1.0%
No parental	frecuencia	0	1	0	0	1
	porcentaje	0	0.5%	0	0	0.5%
Total	frecuencia	42	112	43	5	202
	porcentaje	20.8%	55.4%	21.3%	2.5%	100%



Cuadro. 12 Relación Tipología Familiar e Impacto Social.

FRECUENCIA DE RELACION TIPOLOGIA FAMILIA CON IMPACTO EMOCIONAL FAMILIAR

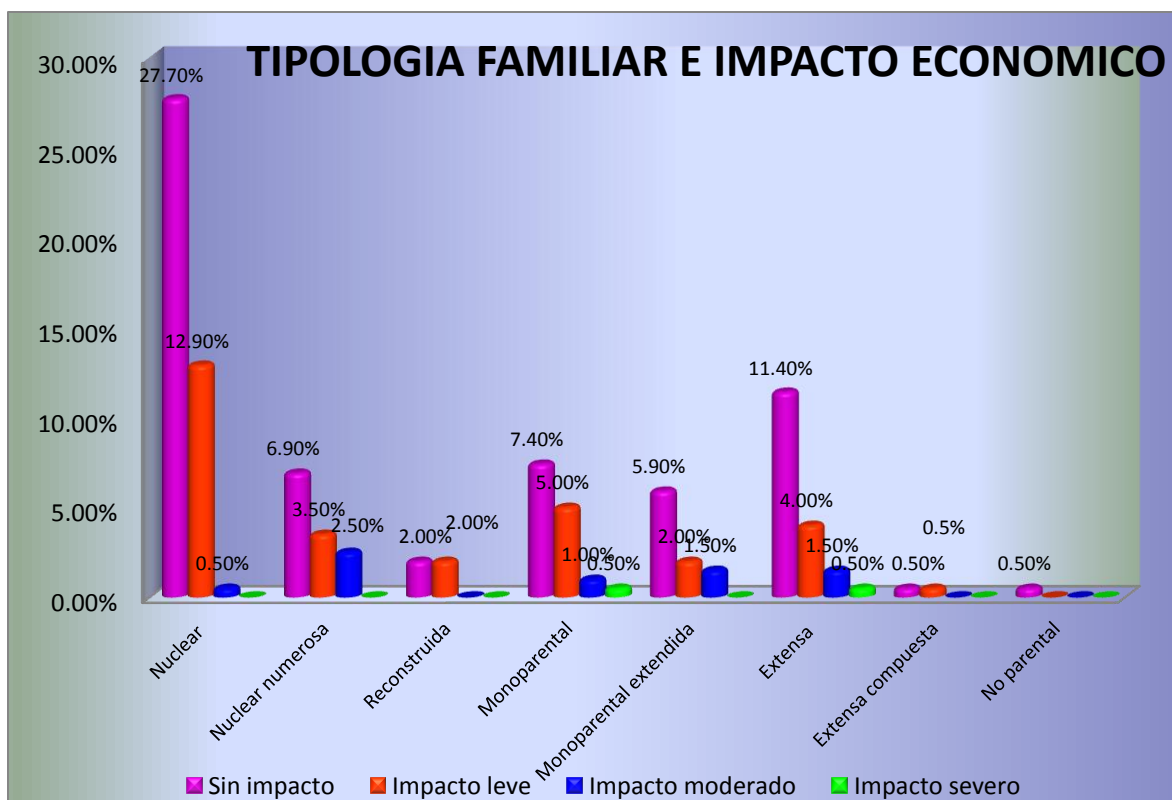
VARIABLES		Sin impacto	Impacto leve	Impacto moderado	Impacto severo	Total.
Nuclear simple	frecuencia	15	26	35	7	83
	porcentaje	7.4%	12.9%	17.3%	3.5%	41.1%
Nuclear numerosa	frecuencia	5	6	14	1	26
	porcentaje	2.5%	3.0%	6.9%	0.5%	12.9%
Reconstruida	frecuencia	0	1	6	1	8
	porcentaje	0%	0.5%	3.0%	0.5%	4.0%
Monoparental	frecuencia	5	7	13	3	28
	porcentaje	2.5%	3.5%	6.4%	1.5%	13.9%
Monoparental extendida	frecuencia	3	8	7	1	19
	porcentaje	1.5%	4.0%	3.5%	0.5%	9.4%
Extensa	frecuencia	8	10	14	3	35
	porcentaje	4.0%	5.0%	6.9%	1.5%	17.3%
Extensa compuesta	frecuencia	1	0	0	1	2
	porcentaje	0.5%	0%	0%	0.5%	1.0%
No parental	frecuencia	0	0	1	0	1
	porcentaje	0%	0%	0.5%	0%	0.5%
Total	frecuencia	37	58	90	17	202
	porcentaje	18.3%	28.7%	44.6%	8.4%	100%



Cuadro. 13 Relación Tipología Familiar e Impacto Emocional.

FRECUENCIA DE RELACION TIPOLOGIA FAMILIA CON IMPACTO ECONÓMICO FAMILIAR

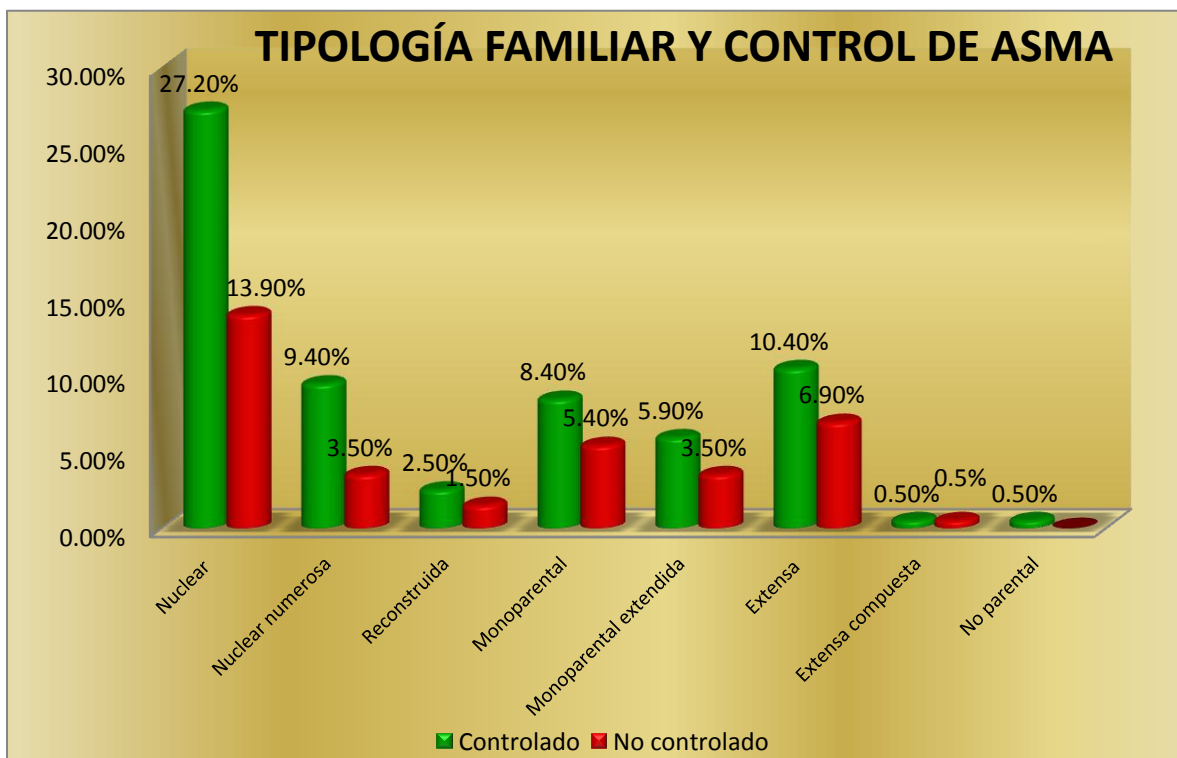
VARIABLES		Sin impacto	Impacto leve	Impacto moderado	Impacto severo	Total
Nuclear simple	frecuencia	56	26	1	0	83
	porcentaje	27.7%	12.9%	0.5%	0.0%	41.1%
Nuclear numerosa	frecuencia	14	7	5	0	26
	porcentaje	6.9%	3.5%	2.5%	0.0%	12.9%
Reconstruida	Frecuencia	4	4	0	0	8
	Porcentaje	2.0%	2.0%	0.0%	0.0%	4.0%
Monoparental	Frecuencia	15	10	2	1	28
	Porcentaje	7.4%	5.0%	1.0%	0.5%	13.9%
Monoparental extendida	Frecuencia	12	4	3	0	19
	Porcentaje	5.9%	2.0%	1.5%	0%	9.4%
Extensa	Frecuencia	23	8	3	1	35
	Porcentaje	11.4%	4.0%	3.5%	0.5%	17.3%
Extensa compuesta	Frecuencia	1	1	0	0	2
	Porcentaje	0.5%	0.5%	0%	0.0%	1.0%
No parental	Frecuencia	1	0	0	0	1
	Porcentaje	0.5%	0.0%	0%	0.0%	0.5%
Total	Frecuencia	126	60	14	2	202
	Porcentaje	62.4%	29.7%	6.9%	1.0%	100%



Cuadro. 14 Relación Tipología Familiar e Impacto Emocional.

FRECUENCIA DE RELACION TIPOLOGIA FAMILIA CON IMPACTO EMOCIONAL FAMILIAR

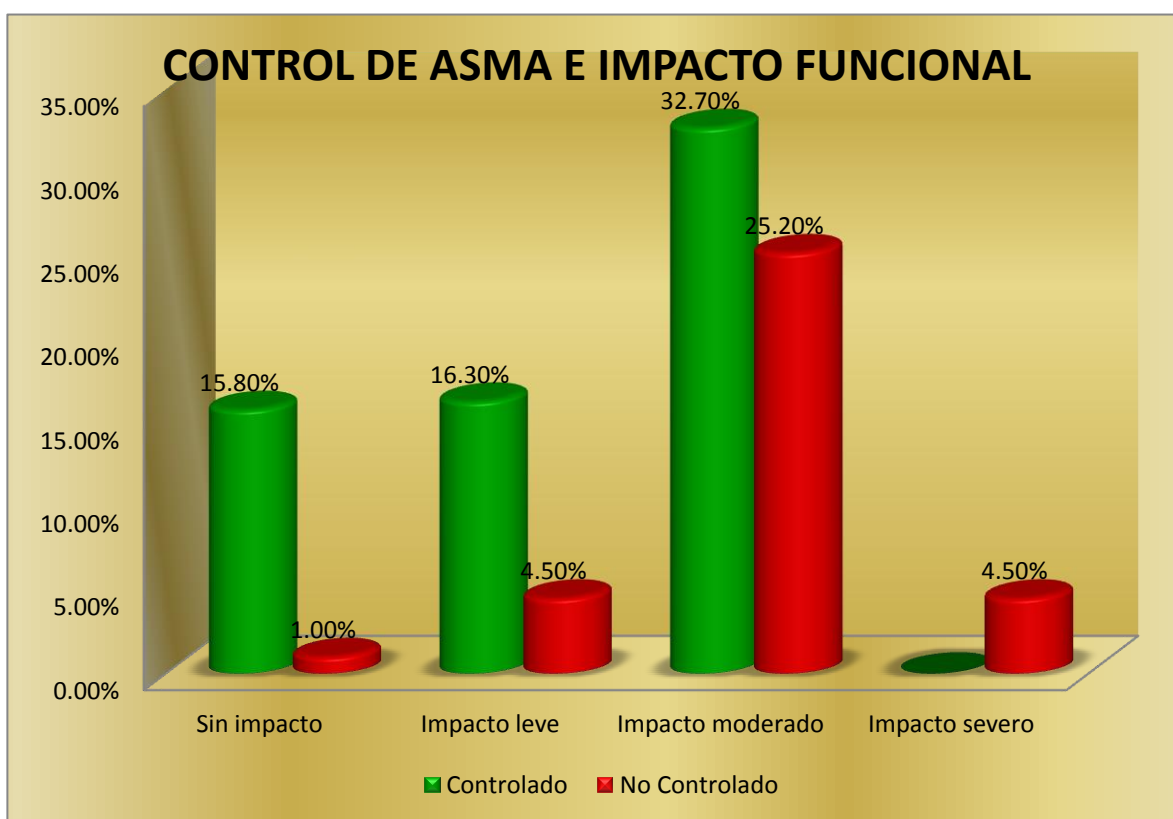
VARIABLES		Controlado	No controlado	Total
Nuclear	Frecuencia	35	28	83
	Porcentaje	27.2%	13.9%	41.1%
Nuclear numerosa	Frecuencia	19	7	26
	Porcentaje	9.4%	3.5%	12.9%
Reconstruida	Frecuencia	5	3	8
	Porcentaje	2.5%	1.5%	4.0%
Monoparental	Frecuencia	17	11	28
	Porcentaje	8.4%	5.4%	13.9%
Monoparental extendida	Frecuencia	12	7	19
	Porcentaje	5.9%	3.5%	9.4%
Extensa	Frecuencia	21	14	35
	Porcentaje	10.4%	6.9%	17.3%
Extensa compuesta	Frecuencia	1	1	2
	Porcentaje	0.5%	0.5%	1.0%
No parental	Frecuencia	1	0	1
	Porcentaje	0.5%	0%	0.5%
Total	Frecuencia	131	71	202
	Porcentaje	64.9%	35.1%	100%



Cuadro. 15 Relación Tipología Familiar y Control de Asma.

FRECUENCIA DE RELACION CONTROL DE ASMA E IMPACTO FUNCIONAL

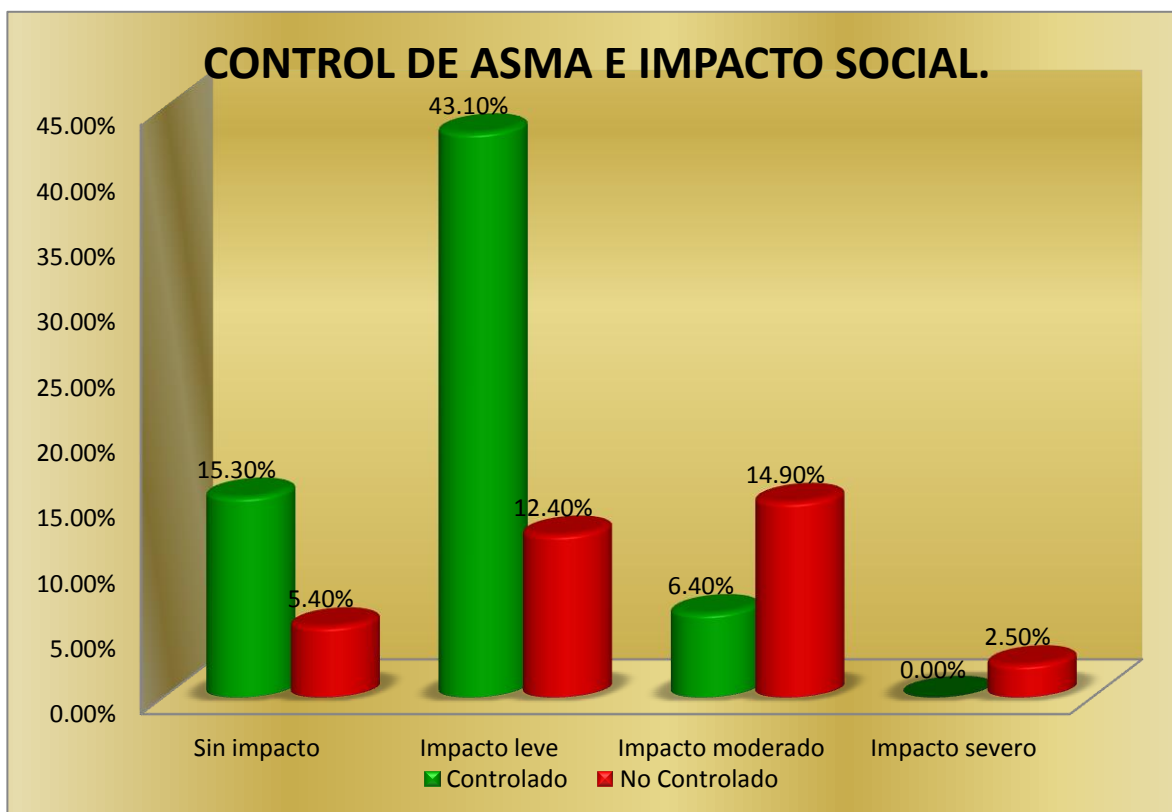
VARIABLES		Sin impacto	Impacto leve	Impacto moderado	Impacto severo	Total
Controlado	Frecuencia	32	33	66	0	131
	Porcentaje	15.8%	16.3%	32.7%	0.0%	64.9%
No Controlado	Frecuencia	2	9	51	9	71
	Porcentaje	1.0%	4.5%	25.2%	4.5%	35.1%
Total	Frecuencia	34	42	117	9	202
	porcentaje	16.8%	20.8%	57.9%	4.5%	100%



Cuadro. 16 Relación Control de asma e impacto Funcional..

FRECUENCIA DE RELACION CONTROL DE ASMA E IMPACTO SOCIAL FAMILIAR

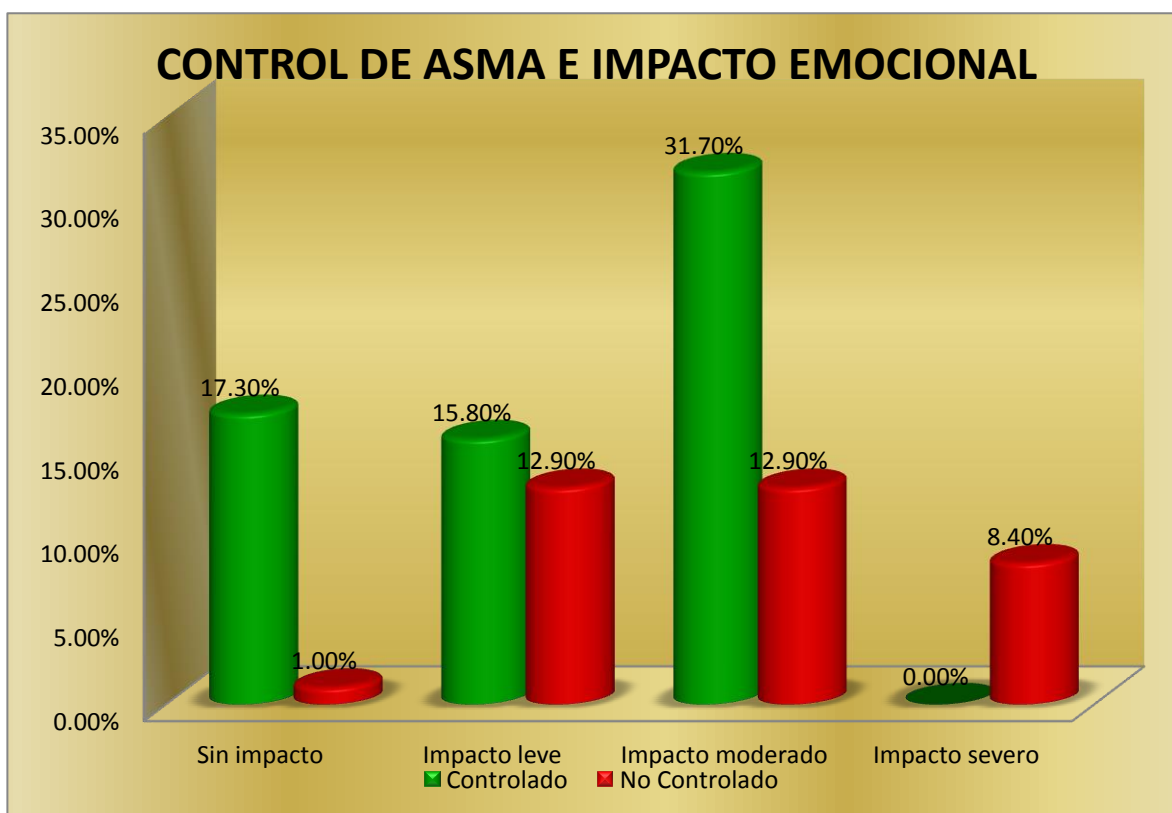
VARIABLES		Sin impacto	Impacto leve	Impacto moderado	Impacto severo	Total
Controlado	Frecuencia	31	87	13	0	131
	Porcentaje	15.3%	43.1%	6.4%	0.0%	64.9%
No Controlado	Frecuencia	11	25	30	5	71
	Porcentaje	5.4%	12.4%	14.9%	2.5%	35.1%
Total	Frecuencia	42	112	43	5	202
	Porcentaje	20.8%	55.4%	21.3%	2.5%	100%



Cuadro. 17 Relación Control de asma e Impacto Social.

FRECUENCIA DE RELACION CONTROL DE ASMA E IMPACTO EMOCIONAL FAMILIAR

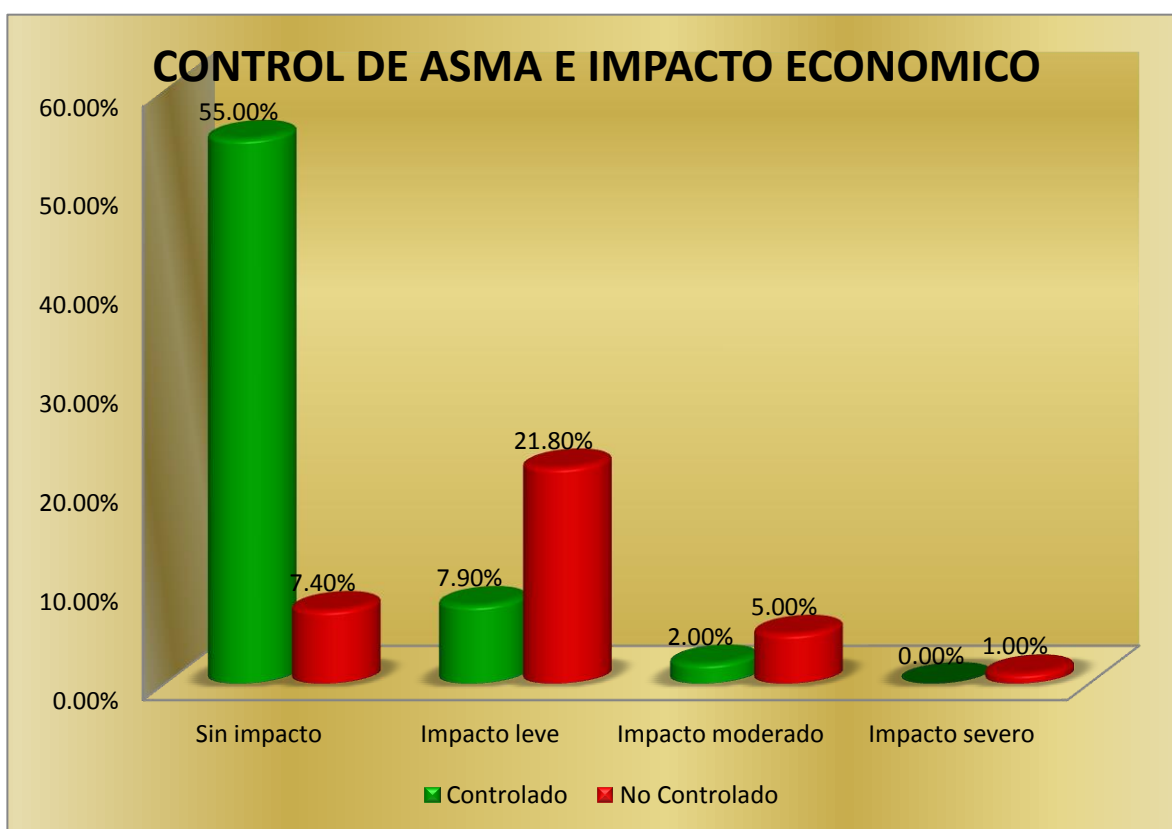
VARIABLES		Sin impacto	Impacto leve	Impacto moderado	Impacto severo	Total
Controlado	Frecuencia	35	32	54	0	131
	Porcentaje	17.3%	15.8%	31.7%	0.0%	64.9%
No Controlado	Frecuencia	2	26	26	17	71
	Porcentaje	5.4%	12.9%	12.9%	8.4%	35.1%
Total.	Frecuencia	37	58	90	17	202
	Porcentaje	18.3%	28.7%	44.6%	8.4%	100%



Cuadro.18 Relación Control de asma e Impacto Emocional.

FRECUENCIA DE RELACION TIPOLOGIA FAMILIA CON IMPACTO ECONÓMICO FAMILIAR

VARIABLES		Sin impacto	Impacto leve	Impacto moderado	Impacto severo	Total
Controlado	Frecuencia	111	16	4	0	131
	Porcentaje	55.0%	7.9%	2.0%	0.0%	64.9%
No Controlado	Frecuencia	15	44	10	2	71
	Porcentaje	7.4%	21.8%	5.0%	1.0%	35.1%
Total	Frecuencia	126	60	14	2	202
	Porcentaje	62.4%	29.7%	6.9%	1.0%	100%



Cuadro. 19 Relación Control de asma e Impacto Económico.

FRECUENCIA DE RELACION CONTROL DE ASMA Y ESTRATO SOCIOECONÓMICO.

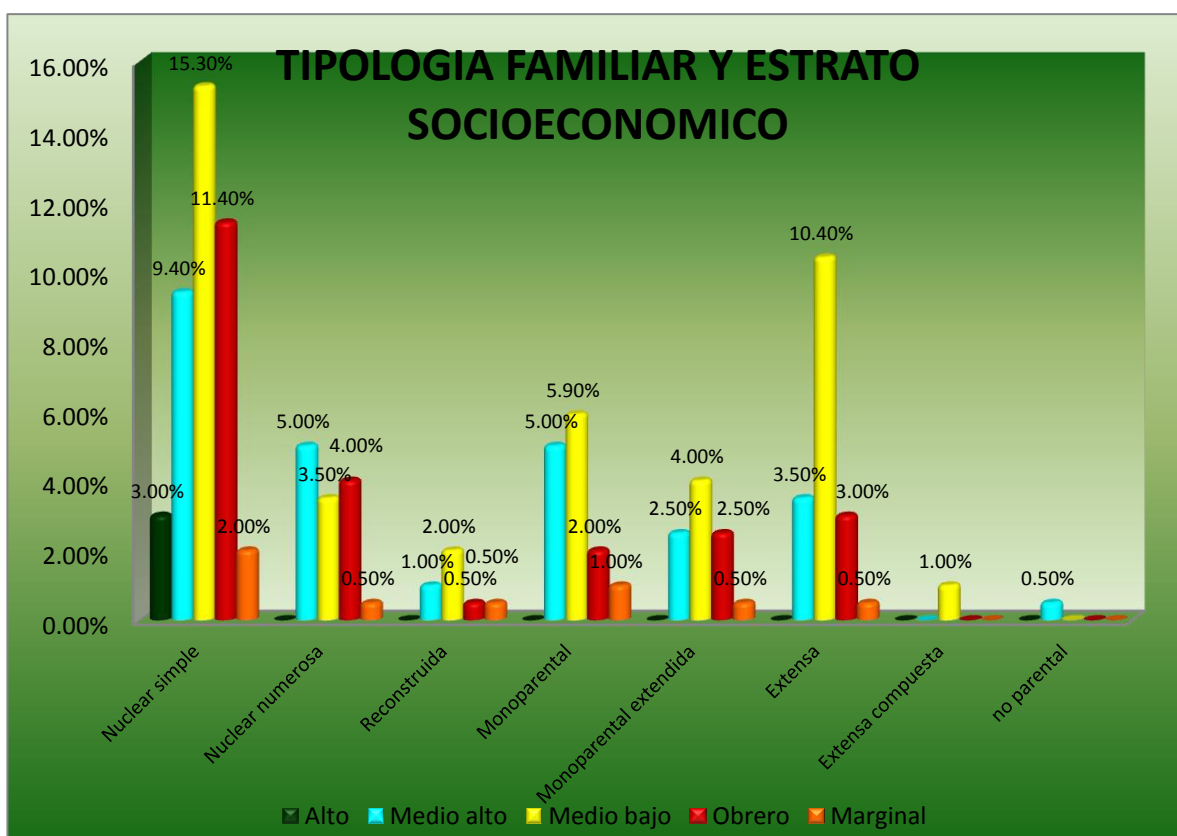
VARIABLES		Controlado	No controlado	Total
Alto	Frecuencia	2	4	6
	Porcentaje	1.0%	2.0%	3.0%
Medio alto	Frecuencia	43	11	54
	Porcentaje	21.3%	5.4%	26.7%
Medio bajo	Frecuencia	46	39	85
	Porcentaje	22.8%	19.3%	42.1%
Obrero	Frecuencia	34	13	47
	Porcentaje	16.8%	6.4%	23.3%
Marginal	Frecuencia	6	4	10
	Porcentaje	3.0%	2.0%	5.0%
Total	Frecuencia	131	71	202
	Porcentaje	64.9%	35.1%	100%



Cuadro. 20 Relación Estrato socioeconómico y Control de Asma.

FRECUENCIA DE RELACION TIPOLOGIA FAMILIA CON ESTRATO SOCIOECONOMICO.

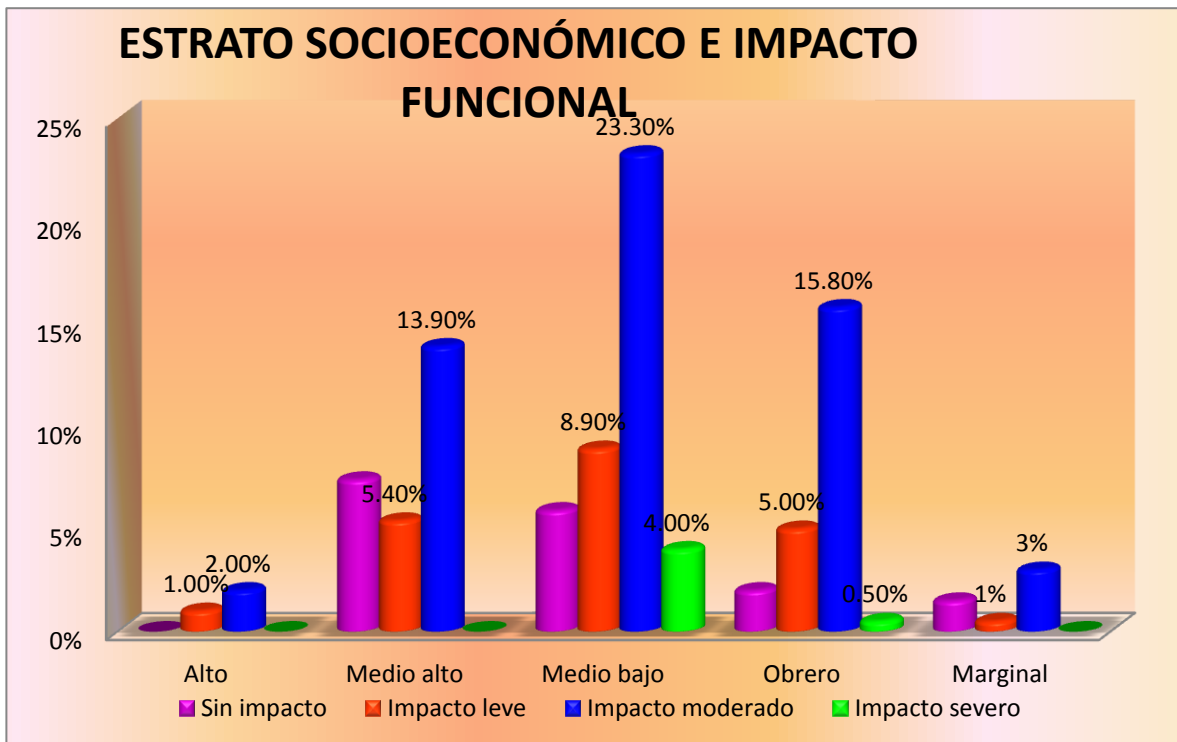
VARIABLES		Alto	Medio alto	Medio bajo	Obrero	Marginal	Total
Nuclear simple	Frecuencia	6	19	31	23	4	83
	Porcentaje	3.0%	9.4%	15.3%	11.4%	2.0%	41.1%
Nuclear numerosa	Frecuencia	0	10	7	8	1	26
	Porcentaje	0%	5.0%	3.5%	4.0%	0.5%	12.9%
Reconstruida	Frecuencia	0	2	4	1	1	8
	Porcentaje	0%	1.0%	2.0%	0.5%	0.5%	4.0%
Monoparental	Frecuencia	0	10	12	4	2	28
	Porcentaje	0%	5.0%	5.9%	2.0%	1.0%	13.9%
Monoparental extendida	Frecuencia	0	5	8	5	1	19
	Porcentaje	0%	2.5%	4.0%	2.5%	0.5%	9.4%
Extensa	Frecuencia	0	7	21	6	1	35
	Porcentaje	0%	3.5%	10.4%	3.0%	0.5%	17.3%
Extensa compuesta	Frecuencia	0	0	2	0	0	2
	Porcentaje	0%	0.0%	1.0%	0.0%	0.0%	1.0%
No parental	Frecuencia	0	1	0	0	0	1
	Porcentaje	0%	0.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.5%
Total	Frecuencia	6	54	85	47	10	202
	porcentaje	3%	26.7%	42.1%	23.3%	5.0%	100%



Cuadro. 21 Relación Tipología Familiar y Estrato Socioeconómico.

FRECUENCIA DE RELACION ESTRATO SOCIOECONOMICO IMPACTO FUNCIONAL FAMILIAR.

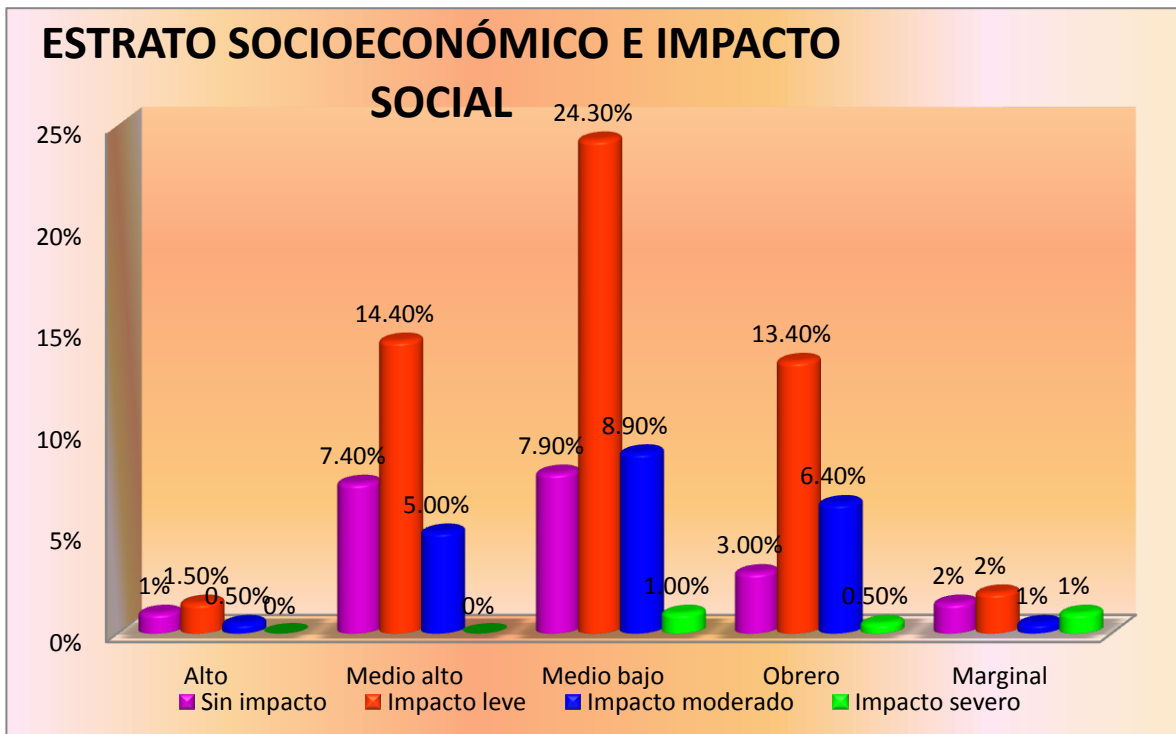
VARIABLES		Sin impacto	Impacto leve	Impacto moderado	Impacto severo	Total
Alto	Frecuencia	0	2	4	0	6
	Porcentaje	0%	1.0%	2.0%	0%	3.0%
Medio alto	Frecuencia	15	11	28	0	54
	Porcentaje	7.4%	5.4%	13.9%	0%	26.7%
Medio bajo	Frecuencia	12	18	47	8	85
	Porcentaje	5.9%	8.9%	23.3%	4.0%	42.1%
Obrero	Frecuencia	4	10	32	1	47
	Porcentaje	2.0%	5.0%	15.8%	0.5%	23.3%
Marginal	Frecuencia	3	1	6	0	10
	Porcentaje	1.5%	0.5%	3.0%	0%	5.0%
Total	Frecuencia	34	42	117	9	202
	Porcentaje	16.8%	20.8%	57.9%	4.5%	100%



Cuadro. 22 Relación Estrato Socioeconómico e Impacto Funcional.

FRECUENCIA DE RELACION ESTRATO SOCIOECONOMICO IMPACTO SOCIAL FAMILIAR.

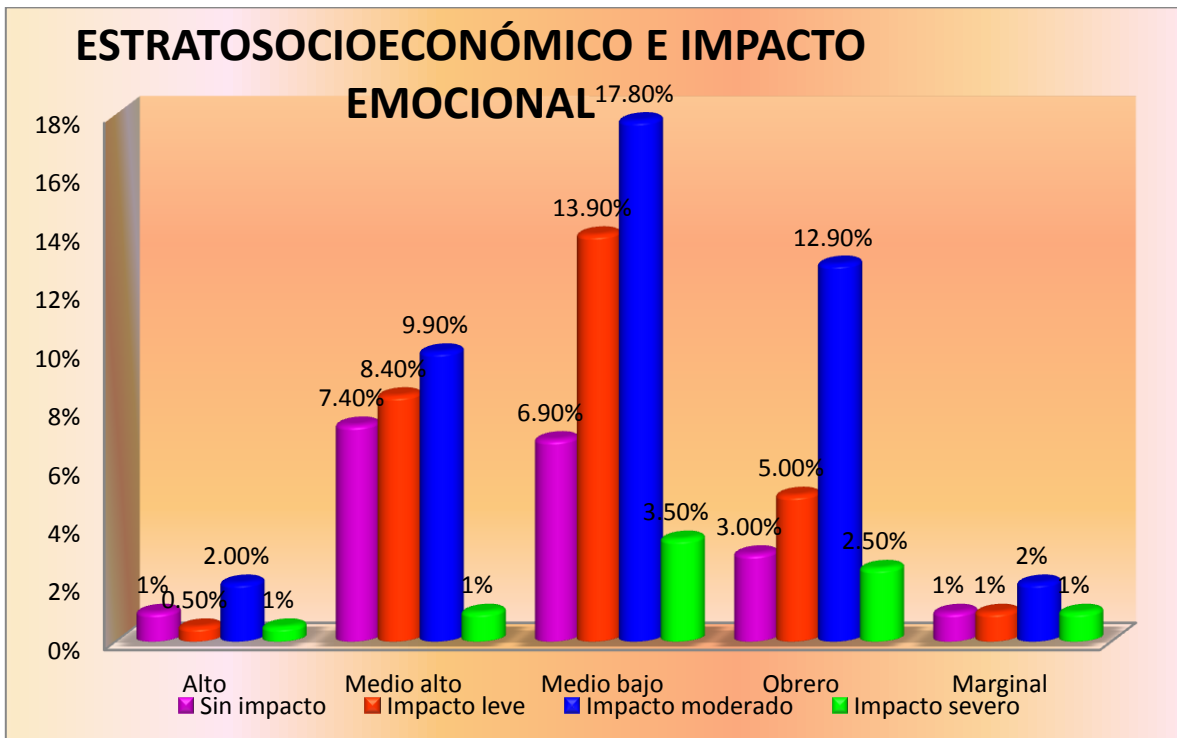
VARIABLES		Sin impacto	Impacto leve	Impacto moderado	Impacto severo	Total
Alto	Frecuencia	2	3	1	0	6
	Porcentaje	1.0%	1.5%	0.5%	0%	3.0%
Medio alto	Frecuencia	15	29	10	0	54
	Porcentaje	7.4%	14.4%	5.0%	0%	26.7%
Medio bajo	Frecuencia	16	49	18	2	85
	Porcentaje	7.9%	24.3%	8.9%	1.0%	42.1%
Obrero	Frecuencia	6	27	13	1	47
	Porcentaje	3.0%	13.4%	6.4%	0.5%	23.3%
Marginal	Frecuencia	3	4	1	2	10
	Porcentaje	1.5%	2.0%	0.5%	1.0%	5.0%
Total	Frecuencia	42	112	43	5	202
	Porcentaje	20.8%	55.4%	21.3%	2.5%	100%



Cuadro. 23 Relación Estrato Socioeconómico e Impacto Social.

FRECUENCIA DE RELACION ESTRATO SOCIOECONOMICO IMPACTO EMOCIONAL FAMILIAR.

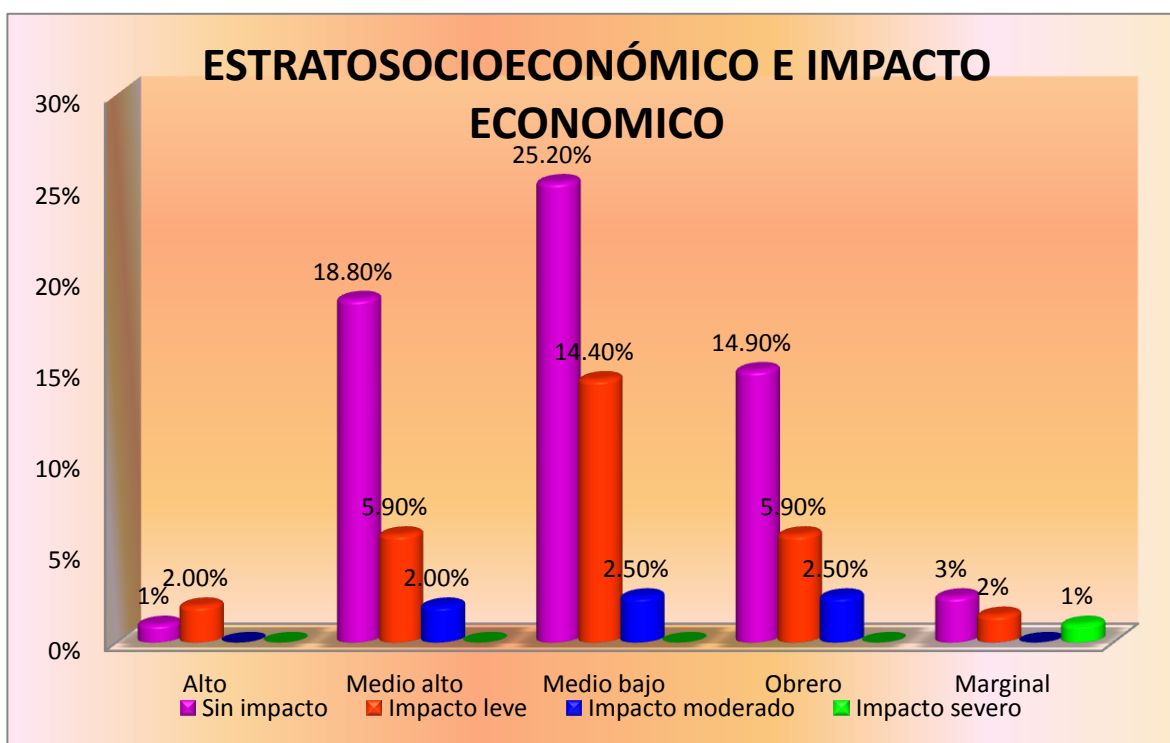
VARIABLES		Sin impacto	Impacto leve	Impacto moderado	Impacto severo	Total
Alto	Frecuencia	0	1	4	1	6
	Porcentaje	0%	0.5%	2.0%	0.5%	3.0%
Medio alto	Frecuencia	15	17	20	2	54
	Porcentaje	7.4%	8.4%	9.9%	1.0%	26.7%
Medio bajo	Frecuencia	14	28	36	7	85
	Porcentaje	6.9%	13.9%	7.8%	3.5%	42.1%
Obrero	Frecuencia	6	10	26	5	47
	Porcentaje	3.0%	5.0%	2.9%	2.5%	23.3%
Marginal	Frecuencia	2	2	4	2	10
	Porcentaje	1.0%	1.0%	2.0%	1.0%	5.0%
Total	Frecuencia	37	58	90	17	202
	Porcentaje	18.3%	28.7%	44.6%	8.4%	100%



Cuadro. 24 Relación Estrato Socioeconómico e Impacto Emocional.

FRECUENCIA DE RELACION ESTRATO SOCIOECONOMICO IMPACTO ECONOMICO FAMILIAR.

VARIABLES		Sin impacto	Impacto leve	Impacto moderado	Impacto severo	Total
Alto	Frecuencia	2	4	0	0	6
	Porcentaje	1.0%	2.0%	0%	0%	3.0%
Medio alto	Frecuencia	38	12	4	0	54
	Porcentaje	18.8%	5.9%	2.0%	0%	26.7%
Medio bajo	Frecuencia	51	29	5	0	85
	Porcentaje	25.2%	14.4%	2.5%	0%	42.1%
Obrero	Frecuencia	30	12	5	0	47
	Porcentaje	14.9%	5.9%	2.5%	0%	23.3%
Marginal	Frecuencia	5	3	0	2	10
	Porcentaje	2.5%	1.5%	0%	1.0%	5.0%
Total	Frecuencia	126	60	14	2	202
	Porcentaje	62.4%	29.7%	6.9%	1.0%	100%



Cuadro. 25 Relación Estrato Socioeconómico e Impacto Económico.

DISCUSIONES.

Roa Castro y colaboradores (2009) en su artículo “Estimaciones sobre la tendencia del asma en México para el periodo 2008-2012”, comenta que el asma ocurre en todas las edades, pero predomina en etapas tempranas de la vida. Aproximadamente, la mitad de los casos se desarrolla antes de los 10 años de edad. Afectando más a la población masculina con una razón hombre: mujer de 2:1. En nuestro estudio se obtuvo una razón hombre mujer de 1.2: 1, no representado gran diferencia entre ambos sexos, sin embargo siendo más afectado el sexo masculino lo que coincide con lo encontrado en la literatura nacional. La similitud se debe a que ambos estudios se realizaron en población mexicana.

Núñez Tapia y colaboradores (2010) en su tesis “Asociación entre funcionamiento familiar y calidad de vida en familias con un hijo con asma”, obtuvo que la tipología con mayor frecuencia fue la nuclear con un 64%, siendo similar el resultado en nuestro estudio en el cual se obtuvo que la tipología familiar nuclear simple es la más frecuente con un 54%, confirmando lo revisado en la literatura. Esto obedece a que ambos estudios se realizaron en una población urbana.

Bazán Riverón y colaboradores (2011) comentan que existe un impacto en la dimensión sociolaboral ya que esta se ve afectada por la tensión que se genera en las relaciones familiares, desacuerdos maritales, aislamiento. De acuerdo a nuestro estudio se observó que el grado de impacto en esta dimensión social fue leve, sin embargo no existe suficiente literatura que aborde el estudio de esta dimensión.

Lozano y Blanco (1996) indican que cuidar al niño asmático tiene un impacto emocional (sentimientos de soledad, frustración, depresivos sin esperanza) significativa en los padres y sus familias, los resultados arrojados en nuestra investigación respecto al impacto familiar en la dimensión emocional coinciden con dicho estudio obteniendo un impacto moderado en un 44.63% en este rubro.

No existe literatura en relación a la dimensión del impacto económico familiar de manera concreta, sin embargo Ungar et al (2005) en su estudio “ A qualitative analysis of the impact of asma medication acquisition on standard of living and quality of life in low-income families of children with asthma, comentan que el manejo del asma es prioritario por lo que otros gastos como las necesidades de salud de otros miembros, las necesidades básicas, otras no tan esenciales, así como inversiones a largo plazo se ven afectadas negativamente. Sin embargo en nuestro estudio el 62.4% de las familias valoró no presentar impacto económico en su familia. Esto pudiera ser debido a que nuestra población de estudio cuenta con seguridad social, la cual atiende sus necesidades de salud por grupos de edad bien definidos, con políticas claras en la atención médica.

Vidal, Ubilla y Duffau (2008) en su estudio Control de asma en adolescentes, estudiaron a 220 adolescentes utilizando el Asthma Control Test (ACT), encontrando que el 53.7% se encontraban controlados, mientras que el 46.3% no estaban controlados. En nuestra investigación encontramos la misma relación ya que el 65% de nuestros pacientes se encontraba controlados, mientras que 35% descontrolados.

Chen et al (2006) en su estudio “Socioeconomic status and inflammatory processes in childhood asthma: the role of psychological stress.”, obtuvieron que aquellas familias con estrato socioeconómico bajo presentaban más implicaciones en la morbilidad del asma infantil. Siendo asociado el estrato socioeconómico a estrés y procesos psicológicos e

inmunológicos implicados en el asma. Sin embargo en nuestro estudio encontramos que el estrato socioeconómico no modifica de forma importante el control del paciente ya que el universo de estudio cuenta con servicios de salud que utiliza en caso necesario lo que disminuye dichos factores estresantes.

Un sesgo importante en este estudio fue la diferencia de muestra en cuanto a la tipología familiar. Otra causa de posible sesgos fue el servicio de donde se obtuvo la muestra ya que en mayor porcentaje se obtuvo de pacientes encuestados en el servicio de urgencias pediátrica, donde no se podía supervisar la contestación de los instrumentos.

Al ser un estudio observacional nos permite identificar áreas de oportunidad para incidir en la educación hacia los padres y sobre el mismo paciente, sin embargo una gran limitación es la poca o nula intervención que se puede llevar a cabo, respecto a recomendaciones sobre situaciones que afectan al paciente como son características ambientales, estrato socioeconómico.

Los resultados de este estudio nos orientan a que en la atención del niño asmático no solo debe limitarse al adecuado control de este sino debe abarcar la salud física, emocional y social de sus padres, ya que a causa de la enfermedad con frecuencia pierden horas de sueño que pueden comprometer su salud y el normal funcionamiento en las áreas de la vida diaria.

Es prioritario atender al niño asmático y trabajar al mismo tiempo con los efectos producidos por la enfermedad en sus padres realizando un trabajo psicoterapéutico con ellos.

Con ayuda de un equipo multidisciplinario considerar la opción de implementar un programa de educación para la salud dirigido a padres de niños asmáticos, en las estrategias de afrontamiento que estos utilizan y en su calidad de vida.

Así como tener un panorama respecto a las posibles estrategias que se puedan implementar para el adecuado control y prevención de las posibles complicaciones secundarias al asma.

Otra área en la que se puede aplicar es tomando este estudio como base para futuros estudios comparativos e intervencionistas.

CONCLUSIONES

Es importante resaltar, que el objetivo se cumplió, ya que se obtuvo el impacto familiar del paciente pediátrico con asma, donde se observó, en la dimensión funcional, impacto moderado en 57.9% de las familias. En la dimensión social, impacto leve en 55.4% de las familias. En la dimensión emocional, impacto moderado en 44.6% de las familias y en la dimensión económica no observo impacto. Por lo cual, se encontró, que existe un impacto familiar importante, en dimensión funcional y emocional, otorgando información indirecta del impacto familiar.

En relación al control del asma y el impacto familiar, se obtuvo que los pacientes controlados, presentaron impacto moderado en dos dimensiones, la funcional 32.7% y la emocional 31.7%. Por otra parte, en pacientes descontrolados tienen tres dimensiones afectadas con impacto moderado, la dimensión funcional 25.2%, la dimensión social 14.9% y la dimensión emocional 12.9%. Lo que nos indica que los pacientes descontrolados tienen mayor impacto familiar.

Es importante comentar en cuanto al estrato socioeconómico y al impacto familiar donde se observó en todos los estratos, impacto moderado en la dimensión funcional e impacto leve en la dimensión social. Mientras que en la dimensión emocional el grado de impacto vario, encontrando en el estrato alto, el medio alto y el marginal un impacto moderado y en el estrato medio bajo y obrero un impacto leve. En la dimensión económica, solo el estrato socioeconómico alto reporto impacto leve, los demás estratos manifestaron no presentar impacto. Por lo que podemos concluir que el estrato socioeconómico no se puede considerar como factor de protección, respecto al impacto familiar en nuestra muestra.

De igual manera tomando en cuenta la tipología e impacto familiar, encontramos que los 8 tipos de familia estudiadas reportaron impacto moderado en la dimensión funcional y en la emocional. En la dimensión social reportaron impacto leve. Mientras que en la dimensión económica no se presentó impacto. Por lo que se concluye que la tipología familiar tampoco es un factor de protección para el impacto familiar respecto a los pacientes con asma de nuestro estudio.

Es importante resaltar que se acepta la hipótesis alterna, ya que se encontró en la investigación que los pacientes pediátricos con asma presentan con mayor frecuencia un impacto moderado en la dimensión emocional. Cabe señalar que no existe una puntuación global del impacto familiar. Siendo la dimensión emocional, la más estudiada en la literatura mundial y nacional.

En nuestra investigación obtuvimos que el 45% de los pacientes fueron femeninos mientras que el 55% fueron masculinos, no hay una marcada diferencia ya que se incluyó pacientes de 5 a 16 años, es decir en la infancia predominan en los niños, mientras que en la adolescencia no hay predominio de sexo.

Respecto a la tipología familiar, la más frecuente fue la nuclear simple con un 41.1%, lo cual se debe a que el estudio fue realizado en una población urbana.

En este estudio se obtuvo un 65% de los pacientes controlados respecto al asma. Esto debido a que existía un tratamiento farmacológico previo, así como valoraciones mensuales por su médico familiar.

Respecto al estrato socioeconómico se observó con mayor frecuencia el estrato medio bajo en 42.1% de las familias.

En relación al sexo y el impacto familiar se observó que tanto femeninos como masculinos en la dimensión funcional y en la emocional se obtuvo impacto moderado, en la dimensión social se encontró impacto leve y la dimensión económica no presentó impacto.

Podemos concluir que una mala percepción de síntomas lleva al abandono del tratamiento preventivo y al abuso de los medicamentos de rescate en episodios de crisis. Una vez que el paciente ha sido diagnosticado se requiere de un tratamiento integral, que incluya una parte farmacológica, el control de los factores de riesgo y la educación para la salud.

Falta realizar más estudios donde se valoren el impacto en la dimensión funcional y económica. Se propone que se obtenga un mismo número de muestra para cada una de las familias según su tipología estructural y el estrato socioeconómico para valorar de forma más representativa si son o no factores de protección para la familia. Así mismo se sugiere la realización de un estudio multicéntrico o de un estudio de casos y controles, para obtener una mayor representatividad en los resultados.

Así como la aplicación del cuestionario pediátrico de Control de Asma en Niños para comparar la percepción que se tiene en relación al impacto familiar, tanto de los padres como del paciente. Pudiendo complementar la información con el cuestionario PACQLQ (evaluación de la calidad de vida) y el cuestionario PSI ya que es un buen instrumento para la población mexicana con una buena percepción de síntomas y en relación a variables como sensibilidad al cambio, calidad de vida e impacto familiar del asma, abriendo nuevas líneas de investigación contribuyendo a mejorar la calidad de vida del paciente pediátrico con asma en México.

La actitud que tome la familia del paciente asmático con respecto a su enfermedad puede estar influenciada por la experiencia subjetiva sobre la misma y por sus repercusiones tanto en el ámbito personal como familiar, la percepción parental de la enfermedad especialmente de la medida con que esta limita las actividades de sus hijos puede influir en la mayor o menor alteración de la salud mental de los padres así como en el impacto que esta pueda tener en su familia.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. GINA. 2011.
2. Diagnóstico y tratamiento del asma en menores de 18 años en el primero y segundo niveles de atención; México: Secretaría de Salud; 2008.
3. Consenso Mexicano de Asma. Neumología y Cirugía de Tórax. 2005; 64 (1) 11- 42
4. Secretaría de Salud, México; Dirección de Epidemiología. Información Epidemiológica de Morbilidad 2012 Versión Ejecutiva. <http://www.dgepi.salud.gob.mx>
5. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. Asma en la niñez. 2006. <http://portal.iner.gob.mx>
6. López Pérez G, Morfín Maciel B, Huerta López J. Prevalencia de las enfermedades alérgicas en la ciudad de México. Rev. Alergia México 2009; 56 (3): 72-79
7. Barraza Villareal A, Hernández Cadena L, Moreno Macías H, Ramírez Aguilar M, Romieu I. Trends in the prevalence of asthma and other allergic diseases in schoolchildren from Cuernavaca, México. Allergy Asthma 2007; 28(3):368-374.
8. Del Río Navarro B. Del Río Chivardi JM. Berber A. Asthma prevalence in children living in north México City and a comparison with other Latin American cities and world regions. Allergy Asthma 2006; 27(4):334-340
9. Ramiro González, M. Angélica Pérez. Aspectos fisiopatológicos. Neumología Pediátrica. <http://www.neumologia-pediatria.cl>
10. Giron Matute. Generalidades del asma. Rev Fac. Cienc. 2008; 56-65
11. Cole C. Family history, dust mite exposure in early childhood, and risk for pediatric atopy and asthma. J Allergy Clin Immunol 2004; 114: 105-110.
12. Silva Castro M.M. Tuneu i Valls L. Guía de seguimiento Farmacoterapéutico sobre Asma bronquial. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica Universidad de Granada. 2ª edición.
13. Ibero I M, Escribano M A, José Sirvent G. J, García H G, Martínez G.A, Fernández B. M. Protocolos diagnósticos en asma bronquial. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en pediatría [en línea] [Accesado 28 Dic 2012]. Disponible en <http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/diagnostico-asma-aep.pdf>
14. Global Initiative for Asthma (GINA). Global Strategy for Asthma Management and Prevention [Internet]. GINA. Disponible en: http://www.ginasthma.org/uploads/users/files/GINA_Report_2011.pdf
15. Abad I. British Guideline on the Management of Asthma de la *Scottish Intercollegiate Guidelines Network* y la *British Thoracic Society*. [en línea] 2008 Octubre [accesado 28 diciembre 2012] Disponible en: <http://www.ics.gencat.cat/3clics/main.php>

16. Sancho, Herrera, Orellana. Impacto del asma en la vida edad pediátrica en la calidad de vida del niño. *Alergia e Inmunología Clínica*. 2005; 22 (1 y2); 13-23
17. Sociedad Argentina de Pediatría. Subcomisiones, Comités y Grupos de Trabajo. Consenso de Asma bronquial. *Arch Argent Pediatr*. 2008; 106(1):61-68.
18. Forns D, Tauler E, Prat R, Bosque M. Evaluation of quality of life among the caregivers of asthmatic children: The new IFABI-R questionnaire *Allergol Immunopathol (Madrid)*. 2011;39:32-8.
19. Bazan G, Torres L, Prat R, Sandoval J, Forns D. Impacto familiar del asma pediátrica. Versión mexicana del cuestionario IFABI-R. *Rev Inst Nal Enf Resp México* 2009. 22 (2) 115-125.
20. Hassan M, Lovel H, Behbehani N, Arifhodzic N, Woodcock A, Custovic A. Asthma and sensitization in a community with low indoor allergen levels and low pet-keeping frequency. *J Allergy Clin Immunol*, 2004 114(6), 1389-94.
21. Georgina Eugenia Bazan Riveron. Evaluación del impacto familiar del asma bronquial infantil en población mexicana. [tesis Doctoral] Barcelona Departamento de Psicología Clínica y de la Salud- FES Iztacala UNAM 2009.
22. Alvarado Moreno, M. Caridad. Evaluación del impacto familiar del asma bronquial infantil.[tesis Doctoral] Barcelona. Universidad Autónoma de Barcelona Departamento de Psicología de la Salud I Psicología Social. 2002.
23. Villa J, Cobos N, Pérez E, Garde J, Ibero M, Badiola C et al. Punto de corte que discrimina el nivel de control del asma en el cuestionario del "control del asma en niños" (CAN). *An Pediatr (Barc)* 2007; 66(Supl 2): 76-77
24. Lara de la Cruz Juan José. Identificación de la tipología familiar como factor de riesgo para embarazo en adolescentes de la unidad de medicina familiar No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo. [tesis Posgrado] México D.F. División de estudios de Posgrado Facultad de Medicina Universidad Autónoma de México Instituto Mexicano del Seguro Social. 2010.
25. K. Rabe, M. Adachi, C. Lai, J. Soriano, P. Vermeire, K. Weiss, S. Weiss Worldwide severity and control of asthma in children and adults: the global asthma insights and reality surveys. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 2004; 114 (1) 40-47
26. Diette G, Markson L, Skinner E, Nguyen T, Algatt-Bergstrom P, Wu A. Nocturnal asthma in children affects school attendance, school performance, and parents' work attendance. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2000. 154 (9):923-928.
27. Gómez Baute R. A, González Iglesias Y, Morejón Fernández M, Travieso Peña R. Calidad de vida relacionada con salud en niños asmáticos y sus cuidadores. *Revista Científica Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos Medisur* 2005; 3: 13-26
28. Schulz R, Dye J, Jolicoeur L, Cafferty T, Watson J. Quality-of-life factors for parents of children with asthma. *J. Asthma*. 1994;31(3):209-19.

29. Wilson S, Latini D, Starr N, Fish L, Loes L, Page A et al. Education of parents of infants and very young children with asthma: a developmental evaluation of the Wheezers Program. *K. Asthma* 1996. 33; 239-254.
30. Townsend M, Feeny D, Guyatt G, Seip A, Dolovich J. Evaluation of the burden of illness for pediatric asthmatic patients and their parents. *Ann Allergy* 1991. 67: 403-408.
31. Juniper E, Guyatt G, Feeny D, Ferrie P, Griffith L, Townsend M. Measuring quality of life in children with asthma. *Qual Life Res* 1996. 5:27-34
32. Maldonado Guzmán G. Calidad de vida en población pediátrica de 8 a 12 años con asma. *Nure Investigación*. 2007; 30 1-19

ANEXOS

TABLA 1.

Niveles de control del Asma			
Características.	Controlada	Parcialmente controlada	Descontrolada.
Síntomas diurnos.	Ninguno (<2 veces/semana)	>2 veces por semana	Tres o más características del Asma parcialmente controlada.
Limitación de Actividades	Ninguno	Algunos	
Síntomas Nocturnos y Despertares.	Ninguno	Algunos	
Necesidad de tratamiento de rescate	Ninguno (<2 veces/semana)	>2 veces por semana.	
Pruebas de Función Pulmonar FEV1 o PEF	Normal.	>80% del valor predictivo o del mejor valor personal (si se conoce)	

TABLA No. 2

Pasos de tratamiento				
	← reducir		aumentar →	
Paso 1	Paso 2	Paso 3	Paso 4	Paso 5
Educación, Control ambiental				
β2 ACC Según necesidad	β2 agonista acción rápida según necesidad			
Opciones controladores	Seleccione 1	Seleccione1	Agregar 1 o mas	Agregar 1 o ambos.
	CI dosis baja	CI dosis bajas mas B2 AAL		Corticoides orales (menor dosis)
	Anti leucotrienos	CI dosis media o altas. CI dosis bajas	Anti leucotrienos	Terapia Anti IgE
		Mas antileucotrienos	Teofilina liberación sostenida	
		CI dosis bajas mas teofilina liberación sostenida		

TABLA No 3

TIPOLOGÍA FAMILIAR EN BASE AL PARENTESCO	
Con Parentesco	Características
1. Nuclear simple.	Padre y madre con 1 a 3 hijos.
2. Nuclear numerosa.	Padre y madre con 4 hijos o más.
3. Reconstruida. (binuclear)	Padre y madre, en donde alguno o ambos han sido divorciados o viudos y tienen hijos de su unión anterior.
4. Monoparental.	Padre o madre con hijos.
5. Monoparental extendida.	Padre o madre con hijos, más otras personas con parentesco.
6. Extensa.	Padre y madre con hijos, más otras personas con parentesco.
7. Extensa compuesta.	Padre y madre con hijos, más otras personas con o sin parentesco.
8. No parental.	Familias con vínculo de parentesco que realizan funciones o roles de familia sin la presencia de los padres.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO
 DELEGACIÓN 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL
 HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 8
 GILBERTO FLORES IZQUIERDO.
 EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA



HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

PARA LA PARTICIPACIÓN EN EL PROYECTO TITULADO:
 “DETERMINACION DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR DEL PACIENTE PEDIÁTRICO CON ASMA DEL HGZ/UMF
 No.8 GILBERTO FLORES IZQUIERDO, IMSS”

1. FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

NOMBRE DEL PACIENTE. _____ FECHA _____
 AFILIACION. _____ EDAD. _____
 DIRECCION _____
 TELÉFONO _____ SEXO: FEMENINO MASCULINO
 DIAGNOSTICO DEL PACIENTE _____ PESO: _____ TALLA: _____
 FAMILIA: _____ TIEMPO DE UNIÓN _____
 DESCRIPCIÓN DE LA VIVIENDA _____

NOMBRE	EDAD	SEXO	PARENTESCO	ESCOLARIDAD	RELIGIÓN	OCUPACIÓN	EDO CIVIL	ENFERMEDADES

2. GENOGRAMA.

Elaboro: Dra. Alicia Huerta Valdés

PERFIL DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR.

TIPOLOGÍA FAMILIAR _____ ETAPA DEL CICLO VITAL _____

No. DE MIEMBROS: ADULTOS _____ ADOLESCENTES _____ NIÑOS _____

3. INSTRUMENTOS.

IMPACTO FAMILIAR DEL ASMA BRONQUIAL INFANTIL.

LEA CUIDADOSAMENTE CADA UNO DE LOS ENUNCIADOS Y MARQUE LA RESPUESTA QUE CORRESPONDA A SU CASO

DURANTE LOS ÚLTIMOS TRES MESES.	MUCHAS VECES	ALGUNAS VECES	POCAS VECES	NUNCA
1. ME HE DESPERTADO POR LA NOCHE A CAUSA DEL ASMA DE MI HIJO				
2. EL ASMA DE MI HIJO ME HA IMPEDIDO DORMIR DURANTE LA NOCHE				
3. ME HE SENTIDO CANSADA/O DEBIDO AL ASMA DE MI HIJO				
4. EL ASMA DE MI HIJO HA INTERFERIDO EN MIS ACTIVIDADES COTIDIANAS.				
5. MI FAMILIA HA TENIDO QUE CAMBIAR LOS PLANES A CAUSA DEL ASMA DE MI HIJO.				
6. DESPUÉS DE CUIDAR A MI HIJO ASMÁTICO, ME HA A QUEDADO POCO TIEMPO PARA EL RESTO DE MI FAMILIA.				
7. DEBIDO AL ASMA DE MI HIJO HEMOS TENIDO MENOS TIEMPO PARA LA FAMILIA Y LOS AMIGOS.				
8. EL ASMA DE MI HIJO HA DIFICULTADO LAS RELACIONES FAMILIARES.				
9. LA VIDA FAMILIAR HA GIRADO ALREDEDOR DE LA ENFERMEDAD DE MI HIJO.				
10. ME SIENTO SOLA/O ANTE EL CUIDADO DEL ASMA DE MI HIJO.				
11. DEBIDO AL ASMA DE MI HIJO LO HE SOBREPOTEGIDO MAS DE LO NORMAL.				
12. ME HE SENTIDO ASUSTADO CUANDO MI HIJO HA TENIDO TOS, PITIDOS O LE HA FALTADO LA RESPIRACIÓN.				
13. ME HE SENTIDO MOLESTA/O O DE MAL HUMOR A CAUSA DE LA TOS, LOS PITIDOS O LA FALTA DE RESPIRACIÓN DE MI HIJO.				
14. ME HE SENTIDO IMPACIENTE ANTE LOS CAMBIOS DE HUMOR DE MI HIJO OCASIONADOS POR EL ASMA				
15. DEBIDO AL ASMA DE MI HIJO ME HE SENTIDO TRISTE O CON GANAS DE LLORAR				
16. DEBIDO AL ASMA DE MI HIJO ME HE SENTIDO ANSIOSO O ESTRESADO				
17. ME HE SENTIDO PREOCUPADA/O POR LAS REPERCUSIONES DEL ASMA EN LA VIDA DE MI HIJO				
18. ME HA SENTIDO INSEGURO ANTE EL ASMA DE MI HIJO.				
19. HE PERDIDO TIEMPO DE TRABAJO PARA PODER CUIDAR DE MI HIJO				
20. ME HE TENIDO QUE AUSENTAR DE MI TRABAJO A CAUSA DEL ASMA DE MI HIJO.				
21. HEMOS TENIDO QUE HACER GASTOS ADICIONALES A CAUSA DEL ASMA DE MI HIJO.				

RESULTADO _____

Elaboro: Dra. Alicia Huerta Valdés

CUESTIONARIO CONTROL DEL ASMA EN NIÑOS (Versión tutores)

Este cuestionario ha sido diseñado para ayudarle a describir en general el asma del niño/a en las últimas 4 semanas y cómo esta influye en cómo se encuentra y en lo que puede hacer. Para cumplimentarlo, marque con X la casilla que mejor describa su respuesta.

1. Durante las últimas 4 semanas ¿con que frecuencia ha tosido durante el día en ausencia de resfriados?
 Más de una vez al día
 Una vez al día
 De 3 a 6 veces por semana
 Una o 2 veces por semana
 Nunca
2. Durante las últimas 4 semanas ¿con qué frecuencia ha tosido durante la noche en ausencia de resfriados?
 Más de una vez durante cada noche
 Una vez durante cada noche
 De 3 a 6 veces por semana
 Una o 2 veces por semana
 Nunca
3. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido silbidos durante el día?
 Más de una vez al día
 Una vez al día
 De 3 a 6 veces por semana
 Una o 2 veces por semana
 Nunca
4. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido silbidos durante la noche?
 Más de una vez durante cada noche
 Una vez durante cada noche
 De 3 a 6 veces por semana
 Una o dos veces por semana
 Nunca
5. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia le ha costado respirar (no por la nariz) durante el día?
 Más de una vez al día
 Una vez al día
 DE 3 a 6 veces por semana
 Una o 2 veces por semana
 Nunca
6. Durante las últimas 4 semanas ¿con qué frecuencia le ha costado trabajo respirar (no por la nariz) durante la noche?
 Más de una vez durante cada noche
 Una vez durante cada noche
 De 3 a 6 veces por semana
 Una o dos veces por semana
 Nunca
7. Cuando el niño hace ejercicio (juega, corre...) ó ríe a carcajadas ¿tiene tos o silbidos?
 Siempre
 Casi siempre
 A veces
 Casi nunca
 Nunca
8. Durante las 4 últimas semanas ¿cuántas veces ha tenido que ir a visitas de urgencias no programadas debido al asma?
 Más de 3 veces
 3
 2
 1
 Ninguna
9. Durante las 4 últimas semanas ¿cuántas veces ha ingresado en el hospital (asistencia médica en el hospital de más de 12 horas a causa de una crisis asmática) al niño debido al asma?
 Más de 3 veces
 3
 2
 1
 Ninguna

CLASIFICACIÓN DEL ESTRATO SOCIOECONÓMICO. MÉTODO DE GRAFFAR.

- A. PROFESIÓN DEL JEFE DE FAMILIA.
 - 1. universitario, gran comerciante, gerente, ejecutivo de grandes empresas, etc.
 - 2. profesionista técnico, mediano comerciante o de la pequeña industria, etc.
 - 3. empleado de profesión técnica definida o universidad inconclusa.
 - 4. obrero especializado: tractoristas, taxistas, etc.
 - 5. obrero no especializado: servicio domestico, etc.
- B. NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE.
 - 1. universitaria o su equivalente.
 - 2. enseñanza técnica superior y/o secundaria completa.
 - 3. secundaria completa o técnico inferior (cursos cortos)
 - 4. educación primaria completa.
 - 5. primaria incompleta, analfabeta.
- C. PRINCIPAL FUENTE DE INGRESOS.
 - 1. fortuna heredada o adquirida repentinamente (grandes negocios, juegos de azar)
 - 2. ingresos provenientes de una empresa privada, negocios, honorarios profesionales (médicos, abogados, etc) deportistas profesionales.
 - 3. sueldo quincenal o mensual.
 - 4. salario diario o semanal.
 - 5. ingresos de origen público o privado (subsidios)
- D. CONDICIONES DE LA VIVIENDA.
 - 1. vivienda amplia, lujosa y con óptimas condiciones sanitarias.
 - 2. vivienda amplia, sin lujos pero con excelentes condiciones sanitarias.
 - 3. vivienda con espacios reducidos pero confortable y buenas condiciones sanitarias.
 - 4. vivienda con espacios amplios o reducidos pero con deficientes condiciones sanitarias
 - 5. vivienda improvisada, construida con materiales de desecho o de construcción relativamente sólida pero con deficientes condiciones sanitarias.

RESULTADO _____



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	DETERMINACIÓN DEL IMPACTO FAMILIAR DEL PACIENTE PEDIÁTRICO CON ASMA QUE ACUDE A CONSULTA AL HGZ/UMF No 8. "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	México D.F. HGZ/UMF No.8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, Marzo 2011 – Febrero 2014.
Número de registro:	En trámite.
Justificación y objetivo del estudio:	El asma causa diferentes alteraciones físicas, emocionales y socio-económicas importantes, provocando limitación de las actividades de la vida cotidiana. A pesar de ser una enfermedad con prevalencia significativa, no se ha estudiado de manera amplia el impacto familiar en los pacientes pediátricos asmáticos, por lo cual es importante conocer la relación que existe para ampliar el conocimiento de la enfermedad, además de establecer sugerencias y medidas preventivas para mejorar la funcionalidad de la familia lo que conducirá a un mejor control y por consiguiente una mejor calidad de vida. OBJETIVO: Determinar el impacto familiar del paciente pediátrico con asma que acude al HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"
Procedimientos:	Se realizará una entrevista al tutor del paciente pediátrico con asma que acudan a consulta al HGZ/UMF No. 8
Posibles riesgos y molestias:	No existen riesgos ya que se trata de un estudio descriptivo. transversal, observacional.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Conocer el impacto que tiene el asma de tu hijo en tu familia.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Protocolo descriptivo, no hay intervención de variables por lo que solo se me informara en caso de datos relevantes.
Participación o retiro:	Me podre retirar del estudio en cualquier momento en el que lo considere necesario, sin que esta decisión afecte la atención médica que reciba del personal del HGZ/UMF No. 8.
Privacidad y confidencialidad:	Se ha otorgado seguridad en relación al anonimato que se guardará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio, así mismo los datos relacionados con mi privacidad serán manejados de forma confidencial.

En caso de colección de material biológico (si aplica):



- No autoriza que se tome la muestra.
- Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
- Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): _____

Beneficios al término del estudio: _____

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO

Colaboradores: DR. EDUARDO VILCHIS CHAPARRO.

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

Clave: 2810-009-013

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO
DELEGACIÓN No. 3 SUR DEL DISTRITO FEDERAL
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS E INVESTIGACIÓN MÉDICA.

HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR #8
"DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"

TESIS:

DETERMINACIÓN DEL IMPACTO FAMILIAR DEL PACIENTE PEDIÁTRICO CON ASMA QUE ACUDE A CONSULTA AL HGZ/UMF No 8. "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO" 2011-2012

FECHA	MAR 2011	ABR 2011	MAY 2011	JUN 2011	JUL 2011	AGO 2011	SEP 2011	OCT 2011	NOV 2011	DIC 2011	ENE 2012	FEB 2012
TITULO	X											
ANTECEDENTES		X										
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA			X									
OBJETIVOS				X								
HIPÓTESIS					X							
PROPÓSITOS						X						
DISEÑO METODOLÓGICO							X					
ANÁLISIS ESTADÍSTICO								X				
CONSIDERACIONES ÉTICAS									X			
RECURSOS										X		
BIBLIOGRAFÍA											X	
ASPECTOS GENERALES											X	
ACEPTACIÓN											X	
RRECOLECCION DE DATOS											X	X

2012-2014

FECHA	MAR 2012	ABR 2012	MAY 2012	JUN 2012	JUL 2012	AGO 2012	SEP 2012	OCT 2012	NOV 2012	DIC 2012	ENE 2013	FEB FEB 2013 2014
PRUEBA PILOTO	X											
ETAPA DE EJECUCIÓN DEL PROYECTO	X	X										
RECOLECCIÓN DE DATOS	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
ALMACENAMIENTO DE DATOS								X	X			
ANÁLISIS DE DATOS									X			
DESCRIPCIÓN DE DATOS									X	X		
DISCUSIÓN DE DATOS									X	X		
CONCLUSIÓN DEL ESTUDIO										X		
INTEGRACIÓN Y REVISIÓN FINAL										X		
REPORTE FINAL											X	
AUTORIZACIONES											X	
IMPRESIÓN DEL TRABAJO											X	
PUBLICACIÓN												X

Elaboro: Dra. Alicia Huerta Valdés