



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

---

**FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
HOSPITAL DE GINECO-PEDIATRIA 3A**

**TITULO:**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL CUIDADOR PRIMARIO DE PACIENTES  
PEDIATRICOS CON DIAGNÓSTICO DE ASMA**

**TESIS**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA**

**DRA. DENCY PATRICIA GONZALEZ GARCIA**

**DIRECTORA DE TESIS**

**DRA. VARINIA ZEPEDA ESTRADA**

**DIRECTORA METODOLOGICA**

**DRA. SANTA VEGA MENDOZA**



**GENERACIÓN:**

**2017-2020**

**CIUDAD DE MÉXICO**

**2020**



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.

**NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL CUIDADOR PRIMARIO DE PACIENTES  
PEDIATRICOS CON DIAGNÓSTICO DE ASMA QUE ACUDEN AL SERVICIO  
DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE GINECO-PEDIATRIA 3A**

**DIRECTOR DE TESIS**

---

**DRA. VARINIA ZEPEDA ESTRADA**

**ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA,  
SUBESPECIALISTA EN NEUMOLOGÍA PEDIÁTRICA  
ADSCRITA EN EL HOSPITAL GINECO-PEDIATRÍA 3A IMSS**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL CUIDADOR PRIMARIO DE PACIENTES  
PEDIATRICOS CON DIAGNÓSTICO DE ASMA QUE ACUDEN AL SERVICIO  
DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE GINECO-PEDIATRIA 3A**

**DIRECTORA METODOLÓGICA**

---

**DRA. SANTA VEGA MENDOZA**

**ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
MAESTRA EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN  
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN  
MEDICINA FAMILIAR UMF NO.20 IMSS**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL CUIDADOR PRIMARIO DE PACIENTES  
PEDIATRICOS CON DIAGNÓSTICO DE ASMA QUE ACUDEN AL SERVICIO  
DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE GINECO-PEDIATRIA 3A**

**Vo. Bo.**

---

**DRA. MARÍA DEL CARMEN AGUIRRE GARCÍA**

**ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
MAESTRA EN TERAPIA FAMILIAR  
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN  
EN MEDICINA FAMILIAR UMF NO. 20 IMSS.**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL CUIDADOR PRIMARIO DE PACIENTES  
PEDIATRICOS CON DIAGNÓSTICO DE ASMA QUE ACUDEN AL SERVICIO  
DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE GINECO-PEDIATRIA 3A**

**Vo. Bo.**

---

**DR. GILBERTO CRUZ ARTEAGA**

**ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
COORD. CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20 IMSS.**

***A mis padres***

*Que, con su amor infinito y apoyo incondicional, son el mayor ejemplo de esfuerzo, perseverancia, tenacidad y dedicación para lograr los objetivos, por ser los principales promotores de mis sueños.*

***A mi hermana***

*Compañera incondicional de vida, que bajo ninguna circunstancia ha doblegado su amor y apoyo fraterno.*

***A mis abuelas***

*Ejemplos de vida, que, a través de palabras sabias, lecciones y acciones de vida, fueron y serán fuente de inspiración de valores, confianza y fe para alcanzar metas.*

**DRA. VARINIA ZEPEDA ESTRADA**

*Gracias por su apoyo y su tiempo  
para poder realizar este trabajo*

**DRA. SANTA VEGA MENDOZA**

*Muchas gracias por su tiempo,  
paciencia y dedicación para la  
realización de este proyecto.*

## ÍNDICE

RESUMEN.....	1
TITULO.....	3
INTRODUCCION.....	4
MARCO TEORICO.....	5
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
OBJETIVOS.....	13
HIPOTESIS.....	14
SUJETOS, MATERIAL Y METODOS.....	15
RESULTADOS.....	24
DISCUSION.....	38
CONCLUSIONES.....	42
RECOMENDACIONES.....	43
BIBLIOGRAFIA.....	44
ANEXOS.....	48

## RESUMEN

### NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL CUIDADOR PRIMARIO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON DIAGNÓSTICO DE ASMA

Zepeda Estrada Varinia<sup>1</sup>, Vega-Mendoza Santa<sup>2</sup>, González García Dency Patricia<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Especialista en Pediatría, subespecialidad en Neumología Pediátrica, H. G.P. 3ª, IMSS.

<sup>2</sup>Especialista en Medicina Familiar; Maestra en Ciencias de La Educación, UMF20 IMSS.

<sup>3</sup>Residente de tercer año de Medicina Familiar, UMF20 IMSS.

El asma es de etiología multifactorial y de expresión clínica heterogénea, donde interviene el componente educativo del cuidador primario, lo que permite identificar las necesidades del paciente y/o los padres, disminuir las exacerbaciones y mejorar la calidad de vida. **Objetivo:** Determinar el nivel de conocimiento del cuidador primario de los pacientes pediátricos con asma que acudieron a urgencias del HGP 3A. **Metodología:** Estudio transversal analítico en cuidadores primarios de pacientes pediátricos con asma del HGP 3ª. Previo consentimiento informado se aplicó encuesta de aspectos socio demográficos, instrumento conocimientos acerca del asma, valoración de sobrecarga del cuidador, datos demográficos y clínicos del paciente pediátrico con asma. Estadística bivariada, Chi<sup>2</sup>. **Resultados:** Cuidadores: mujeres 83.6%, madres 64.8%, 30 a 39 años 40.2%, bachillerato completo 34.4%, hogar 48.4%, estrato medio bajo 53.3%, conocimiento global bajo 86.9%, conocimiento bajo en mitos y creencias, conocimientos y aspectos asociados 92.6%, 87.7% y 86.1% respectivamente, ausencia de sobrecarga 62.3%. *Pediátrico con asma:* 4 años 16.4%, masculino 58.2%, 4-6 crisis al año 57.4%, 3 a 4 años de evolución 34.4%, ningún tratamiento 15.6%. La escolaridad (.015) y estrato socioeconómico (.023) se relaciona con bajo conocimiento, la ocupación se relaciona con aspectos asociados (.010), mitos y creencias con el número de crisis (.008). **Conclusiones:** El nivel de conocimiento de asma es bajo, solo los mitos y creencias influyen en la recurrencia de crisis asmáticas.

**Palabras claves:** Asma, cuidador primario, nivel de conocimiento, paciente pediátrico

## ABSTRACT

### LEVEL OF KNOWLEDGE OF THE PRIMARY CAREGIVER OF PEDIATRIC PATIENTS WITH ASTHMA DIAGNOSIS

Zepeda Estrada Varinia<sup>1</sup>, Vega-Mendoza Santa<sup>2</sup>, González García Dency Patricia<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Especialista en Pediatría, subespecialidad en Neumología Pediátrica, H. G.P. 3ª, IMSS.

<sup>2</sup>Especialista en Medicina Familiar; Maestra en Ciencias de La Educación, UMF20 IMSS.

<sup>3</sup>Residente de tercer año de Medicina Familiar, UMF20 IMSS.

Asthma is multifactorial etiology and heterogeneous clinical expression, which involves the educational component of the primary caregiver, which allows to identify the needs of the patient and / or parents, reduce exacerbations and improve the quality of life. **Objective:** determine the level of knowledge of the primary caregiver of pediatric patients with asthma who came to the emergency department of the 3rd HGP. **Methodology:** Analytical cross-sectional study in primary caregivers of pediatric patients with asthma of HGP 3A. Prior informed consent was applied a survey of socio-demographic aspects, knowledge tool about asthma, assessment of caregiver overload, demographic and clinical data of the pediatric patient with asthma. Bivariate statistics, Chi<sup>2</sup>. Results: Caregivers: women 83.6%, mothers 64.8%, 30 to 39 years 40.2%, complete baccalaureate 34.4%, household 48.4%, medium stratum under 53.3%, global knowledge under 86.9%, low knowledge in myths and beliefs, knowledge and aspects associated 92.6%, 87.7% and 86.1% respectively, absence of overload 62.3%. Pediatric with asthma: 4 years 16.4%, male 58.2%, 4-6 crisis per year 57.4%, 3 to 4 years of evolution 34.4%, no treatment 15.6%. Schooling (.015) and socioeconomic stratum (.023) is related to low knowledge, occupation is related to associated aspects (.010), myths and beliefs with the number of crises (.008). Conclusions: The level of knowledge of asthma is low, only myths and beliefs influence the recurrence of asthmatic crises.

Keywords: Asthma, primary caregiver, level of knowledge, pediatric patient

**NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL CUIDADOR PRIMARIO DE PACIENTES  
PEDIATRICOS CON DIAGNÓSTICO DE ASMA QUE ACUDEN AL SERVICIO  
DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE GINECO-PEDIATRIA 3A**

**Registro ante el comité 3404: R-2019-3404-099**

## INTRODUCCION

El asma por ser una de las enfermedades respiratorias no transmisibles más frecuentes en nuestro país, con elevada prevalencia en la población infantil, representan un elevado costo en la infraestructura de salud para su manejo asertivo, tanto agudo como crónico.

El curso crónico inflamatorio del asma, implica limitaciones del conjunto familiar en algunos casos, lo que favorece que la adherencia sea inadecuada, genere un mayor número de reagudizaciones anuales o bien síntomas persistentes y por ende mala calidad de vida (1)

El análisis de esta investigación es importante para poder establecer cómo es el manejo de pacientes pediátricos con diagnóstico de asma por parte de los cuidadores primarios dentro del núcleo familiar y así determinar si las acciones que se realizan son las adecuadas, ya que de acuerdo a la literatura se ha demostrado la asociación de este factor con la evolución de la enfermedad

Bajo la perspectiva del conocimiento del cuidador primario implica también el reconocer la importancia de la intervención educativa, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), “La educación terapéutica es un proceso continuo, integrado en los cuidados y centrado sobre el paciente. Comprende actividades organizadas de sensibilización, información, aprendizaje y acompañamiento psicosocial relacionado con la enfermedad y el tratamiento prescrito” (2)

Reconociendo el componente educativo como un proceso continuo de aprendizaje, se convierte en uno de los principales objetivos, no sólo de informar y educar al paciente, sino investigar al cuidador primario en el manejo adecuado de la enfermedad, ya que es un factor que pudiera influir para disminuir el riesgo de efectos adversos limitando la asistencia a urgencias y hospitalizaciones.

A través de la evaluación del nivel de conocimiento del cuidador primario en estos pacientes , desmenuzando los factores que influyen en la carencia o bien en la desorientación de información, es posible establecer estrategias que permitan disminuir los factores de riesgo asociados , de manera asertiva, oportuna y dirigida, teniendo como consecuencia mayor calidad de vida en los pacientes, menor carga para el cuidador primario, estabilidad familiar y económica así como un impacto positivo a nivel institucional.

## MARCO TEÓRICO

El asma es una enfermedad heterogénea, crónica inflamatoria, donde se combinan tanto factores predisponentes y factores desencadenantes, que aumentan la probabilidad de padecer asma o bien de agravarla. (3) Constituye una de las enfermedades no transmisibles más frecuentes de la población a nivel mundial, de acuerdo con la OMS en los países en desarrollo existe una tendencia al incremento

La combinación de estos factores en diferentes momentos con células de la vía aéreas, específicamente el sistema inmunológico, explica el cuadro clínico característico de esta enfermedad así como la diversidad individualizada de síntomas en cada uno de los paciente , en la Guía Mexicana de Asma Mexicana 2017 se describen agrupaciones con alelos de más de 50 genes que participan en la interacción con los factores ambientales, el desarrollo de la respuesta inmunológica, el control de la inflamación y la reparación tisular en las vías aéreas. También, explica los mecanismos epigenómicos dependientes de estímulos ambientales, tales como la dieta, el contacto con la microbiota y sus productos metabólicos, la exposición a contaminantes, que pueden modificar la expresión de los genes descritos de diferentes maneras para activar o inhibir su efecto, que frecuentemente pueden causar exacerbaciones en los pacientes con asma. (3)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Foro Internacional de Sociedades Respiratorias (FIRS, por sus siglas en inglés), consideran que existen entre 300 y 235 millones de pacientes con asma a nivel mundial. Según ISAAC por sus siglas en inglés (International Study of Asthma and Allergies in Childhood) (4) considera que la prevalencia en niños tiende a ser mayor si el diagnóstico se hace por autoreporte del paciente y menor cuando lo efectúa un médico; en algunos países ha aumentado y en otros, disminuido, con fluctuaciones importantes que parecen ser secundarias a factores ambientales, de acuerdo a esta revisión bibliográfica: “estima la prevalencia de asma en Latinoamérica en 17 % , en Brasil se registra una prevalencia alta de asma: 24.3% en niños y 19% en adolescentes, al evaluar la prevalencia de asma en zonas urbana, semiurbana y rural de Chile se encontró 16, 10 y 6%, respectivamente, en adolescentes de 13 a 14 años, en Buenos Aires, Argentina, se informa una prevalencia de asma de 15.4% en niños entre 6 y 7 años y de 9.9% en adolescentes entre 13 y 14 años, de 5 % a 30 % en algunas ciudades como México” , por lo que se entiende que en algunos escenarios el asma se considera un problema de salud pública.”(5)

En México, de acuerdo a la OMS, el 7% de la población padece asma, lo cual significa aproximadamente 8.5 millones de mexicanos enfermos por este padecimiento respiratorio crónico, en la actualidad es causa de muerte en todo el mundo, estimando 250 000 muertes por asma al año. La prevalencia de asma en México es muy similar a la que se puede observar en países de Europa del Este y

Asia; sin embargo, comparada con los países de América latina es de los países con menos prevalencia, aplicando la metodología de ISAAC, se determinó el grupo de adolescentes de 13 a 14 años como el más afectado, con una prevalencia de 9.9%, mientras que en el grupo de escolares de seis a siete años cuenta con una prevalencia de 6.8% (6)

En cuanto a su presentación clínica el asma puede ser poco específica, aunque existen criterios documentados de síntomas claves, dentro de estos síntomas existe una alta variabilidad de síntomas en cada individuo, aun así la sospecha diagnóstica en infantes es principalmente clínico, basado en la presencia de dos o más síntomas clave y su variabilidad en intensidad y tiempo, inclusive en el mismo día, así como en otros detalles personales y familiares del paciente, una vez establecido la posibilidad de padecer asma, se realizan pruebas confirmatorias para establecer con certeza el diagnóstico, sin embargo en menores de 6 años no todas las pruebas confirmatorias pueden llevarse a cabo por lo que los criterios de diagnóstico pueden llegar a ser, en algunos casos, subjetivos y principalmente clínicos (7,3)

Otro punto de relevancia en asma como en todas las enfermedades es establecer un tratamiento idóneo e individualizado, siendo el primer parámetro que se tomara en cuenta, el control actual de los síntomas, y es preciso ser realizado al momento de la consulta, tomando en consideración que según los síntomas y el uso de medicación de rescate se manejan 3 niveles de control: bien controlado, parcialmente controlado o no controlado, también basándose en el nivel de medicación que ha sido necesario en el pasado y en la historia clínica del paciente con asma, se evalúa la gravedad de la enfermedad clasificándola en intermitente-persistente leve-moderada-grave.(7) en un estudio realizado en Cuba analizan la relación entre severidad y nivel de control del asma bronquial en la población pediátrica estipulando su importancia, por lo que la evaluación de control se ha convertido en los últimos tiempos en la base del manejo integral.(8) para lograr influir en la calidad de vida de los pacientes la cual está directamente relacionada con la severidad y control de todos los factores asociados de acuerdo a un estudio sobre la calidad de vida de estos pacientes(9)

Para evaluar el control del asma se deben considerar tres rubros fundamentales: 1.- evaluación de control de los síntomas y la identificación de factores de riesgo para una evolución tórpida, así como la medición de la función pulmonar antes de iniciar el tratamiento por medio de espirómetro, aunque en menores de 5 años no está indicado; 2.- Aspectos relacionados con el tratamiento (analizar y explicar el tratamiento del paciente, identificando reacciones adversas, comprobar el uso adecuado de inhaladores y dispositivos auxiliares, establecer una conversación empática clara abierta acerca de la adherencia terapéutica, preguntar al paciente sobre sus aptitudes, metas y actitudes en relación con la enfermedad); 3.- enfermedades concomitantes.(7)

Son precisamente todos estos aspectos lo que la vuelve una enfermedad compleja en su atención, se tienen reconocidas las deficiencias de mayor impacto en la atención de estos pacientes, entre ellas destacan: el uso reducido de pruebas de utilidad clínica (espirometría), el uso habitual de medicamentos no indicados en el control de esta enfermedad (mucolíticos, antitusígenos, antihistamínicos, antibióticos, entre otros) y en cambio, el pobre uso de terapias útiles (cortico esteroides y broncodilatadores inhalados) aunado a la deficiencias en el diagnóstico y tratamiento del asma, así lo menciona la Guía Mexicana de Asma, a esto se tiene que sumar la poca cultura de la población acerca de esta enfermedad y la necesidad de mejorar la capacitación del personal de salud para fomentar a la educación del cuidador. Probablemente, la corrección de estas últimas y otras deficiencias facilitará a los médicos la atención integral adecuada de los pacientes, favoreciendo el acceso a los medicamentos básicos, para optimizar los recursos en las instituciones de salud en todos sus niveles de atención (3)

De ahí, que el tratamiento del paciente asmático debe ser multidisciplinario, en el que hay que tomar en cuenta aspectos farmacológicos, factores preventivos, los relacionados con fisioterapia del tórax, así como factores nutricionales, psicológicos y educativos del paciente y su familia. (10), por lo que, al tratarse de un padecimiento crónico, con exacerbaciones que pueden comprometer la integridad del paciente con o sin comorbilidades, en la literatura se ha analizado no solo el impacto que tiene la enfermedad en el aspecto fisiopatológico sino también en los aspectos emocionales, sociales y actividades de la vida diaria pudiendo ser altamente controlable.

Estos aspectos no relacionados con la fisiopatología de la enfermedad de manera estricta, son variables que se han descrito en diversas literaturas, como factores influyentes de manera considerable en la calidad de vida de los pacientes asmáticos, dentro de estas variables se ha considerado la intervención del cuidador primario y su papel en el tratamiento y control de la enfermedad ya sea en su etapa aguda o crónica, y por ende en el pronóstico a corto, mediano y largo plazo.

Precisamente es este tema de cuidador primario el que nos ocupa, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Ocupación, al tercer trimestre de 2016 son aproximadamente 286 mil los ocupados en el cuidado de personas dependientes en México, siendo predominantemente femenina, pues 97 de cada 100 que la ejercen son mujeres. Los datos de la Encuesta Laboral y de Corresponsabilidad Social (ELCOS) de 2012, permitió tener una aproximación a la dimensión de la población que requiere de cuidados en nuestro país: en ese año, 52% de los hogares urbanos mexicanos (6.9 millones) tenían al menos un integrante con demanda de cuidador (11)

Reporto además que, en el 45.1% del total de los hogares urbanos vivían niñas y niños menores de 15 años, que representa aproximadamente seis millones de hogares, de estos el 7.9% tenía un integrante que cuidados de manera temporal

ya sea por enfermedad o accidente, lo que corresponde a 1.1 millones de hogares y el 5.2% no se valían por si mismas debido a limitación física o mental, es decir en 694 mil hogares; de tal manera que esta población de niñas y niños menores de 15 años fueron el mayor grupo que requería de un cuidador primario con un porcentaje de 86.8% . Así mismo, en el año de 2014, la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) reporta 120 millones de personas; de las cuales 7.2 millones reportaron tener alguna discapacidad, es decir la dificultad de realizar alguna actividad del total de actividades que investigaron. También, cerca de 15.9 millones tenían dificultades leves o moderadas (11)

Algunas de las características sociodemográficas de los cuidadores informales descritos en un estudio de Latinoamérica son: mujeres 83.6%); amas de casa 44.25%; sin estudios 17.1%; con parentesco directo, 22% esposas y 7.5% nueras; no reciben ayuda de otras personas 53.7%, gran parte de los cuidadores comparten el domicilio con el enfermo, prestando ayuda diaria, en su mayoría sin remuneración. (12)

Aún no existe datos sociodemográficos específicos para cuidadores primarios de pacientes asmáticos, sin embargo, el asma por ser la enfermedad respiratoria crónica más frecuente en el mundo, independientemente de todas las razas, edades o género, condición económica, estatus social o bien región geográfica, forma parte de esta población de cuidadores informales. (5) “La labor del cuidador tiene una gran relevancia, no sólo por la participación directa en el cuidado de enfermos crónicos y su carácter instrumental en la recuperación sino también por su papel en la reorganización, mantenimiento y cohesión de la familia, superación de la vulnerabilidad de la enfermedad entre otras” (13)

La importancia principal del cuidador, es decir la tarea que le da sentido al cuidador está en función de: Cuidado, Asistencia, Tareas de apoyo, Físico y emocional y Prestar atención a las necesidades físicas del enfermo, esto permite que otras personas puedan desenvolverse en su vida diaria, ayudándolas a adaptarse a las limitaciones que su discapacidad funcional les impone (14), por lo que el rol y el conocimiento del cuidador primario pudieran disminuir los factores de riesgo que incrementan la vulnerabilidad de pacientes con enfermedades crónicas como asma, incluyendo el ámbito familiar.

Así en el ámbito de lo familiar, el instituto nacional de pediatría en un análisis sobre la dinámica familiar y su relación progresiva con un mejor apego al tratamiento y mejor control de la enfermedad, establece que las familias disfuncionales tienen casi el doble de riesgo de sufrir asma grave que aquellos con una familia funcional, y por consecuencia identifica las intervenciones adecuadas para su manejo. (15) en este manejo donde aparecen figuras como auxiliares de la salud, determinan un cambio en el control de la enfermedad, y reconocen la labor del cuidador de la persona dependiente, así como la dinámica familiar como foco de atención para un mejor control.

También se describe en una cohorte de niños con una intervención familiar, que a pesar del tratamiento asertivo, así como el diagnóstico oportuno de la enfermedad, sin infravalorar el esfuerzo de los médicos por lograr un adecuado control, existe un número importante de pacientes asmáticos con persistencia de síntomas respiratorios o bien reagudizaciones, a pesar de un tratamiento documentado, por lo que la detección de factores asociados a las exacerbaciones y mal pronóstico, recobra interés (10)

En cuanto a factores asociados, en un taller multidisciplinario dirigido a pacientes pediátricos con asma y sus padres, basado en la Guía Internacional para el Manejo del Asma (16), también evalúa factores de riesgo asociados específicamente a crisis asmáticas, concluye que el conocimiento por parte del paciente o familiar acerca de la enfermedad tiene poco impacto, que se requiere un trabajo multidisciplinario para ver cambios significativos tanto estadísticamente como clínicamente. (16)

Aunque existen avances en el manejo del asma se han publicado artículos que consideran que existen obstáculos, en un estudio publicado en el tercer foro nacional de neumología se repasan circunstancias en las que el mal control del asma sucede por razones atribuibles a aspectos humanos, los cuales pueden ser debidos al propio paciente, el cuidador e independientes a la propia enfermedad, o bien a un déficit en la actuación de los profesionales de la salud en aspectos específicos y circunstancias vinculadas al asma, sin embargo, cabe destacar que existe un pequeño pero importante grupo de pacientes con asma en los que la enfermedad en sí misma es grave y refractaria a los tratamientos habituales. (17)

De la misma manera se ha demostrado que la morbilidad de los niños y adolescentes con asma aumenta con el estrés y con los trastornos psiquiátricos. Con respecto a este tema se desconocen los factores causales de esta asociación, se han planteado tres posibilidades: a) que el asma y los trastornos psiquiátricos tendrían factores de riesgo en común; b) que padecer asma sería un factor de riesgo para el desarrollo de este tipo de trastornos y/o c) que algunos trastornos psiquiátricos podrían aumentar el riesgo de asma bronquial. (17) este factor constituye un nuevo aspecto para la orientación hacia un mejor control, además de otro punto importante como lo es la intervención educativa

Todas las recomendaciones, guías y protocolos, establecen el papel de la educación como elemento clave en el manejo y control de esta enfermedad; Según la Organización Mundial de la Salud (OMS): "la Educación terapéutica es un proceso continuo, integrado en los cuidados y centrado sobre el paciente. Comprende actividades organizadas de sensibilización, información, aprendizaje y acompañamiento psicosocial relacionado con la enfermedad y el tratamiento prescrito". El diagnóstico educativo identifica las necesidades del paciente, es decir, aquellos factores sobre los que es preciso actuar para modificarlos e identifican una serie de factores fundamentales que son los siguientes: Los *factores predisponentes, factores facilitadores y factores de refuerzo*. (18)

Al respecto, el estudio *Therapeutic education in asthma management* (18) revisión avalada por la asociación de neumología pediátrica de España establece la educación terapéutica que va dirigida a pacientes con enfermedades crónicas a diferencia de la educación para la salud cuyo ámbito es la población sana y permite ayudar a los pacientes a adquirir o mantener las competencias necesarias para gestionar la prevención.

Esta intervención educativa debe ser progresiva, secuencial, organizada y estructurada en un programa, con posibilidad de refuerzos periódicos, no necesariamente en consulta programada ya que cualquier ocasión puede ser aprovechada para ejercer alguna acción educativa como la correcta técnica de inhalo terapia, ya que éste es un punto fundamental tanto para el control del asma como para tratar de mejorar la percepción de calidad de vida del paciente y su estado emocional, éste tema se apoya en el artículo “Eficacia de una intervención educativa en el manejo de dispositivos de inhalación”(19), de donde se puede concluir que es de vital importancia el conocimiento de una correcta técnica inhalatoria, así los padres son quienes más experiencia deben tener sobre ésta técnica ya que ellos son quienes a diario la realizan a sus hijos; en el estudio “*Assessment of parental asthma knowledge with the Newcastle Asthma Knowledge Questionnaire*” (20) se concluye la importancia del conocimiento del cuidador primario y su aplicación en la práctica ya que de esta manera se está asegurando una correcta adherencia al tratamiento farmacológico

El artículo “*impacto del asma infantil en familias mexicanas: dos instrumentos para su evaluación*”(21) muestra que los pacientes que tienen familias o cuidadores con una mala percepción de los síntomas van a empeorar mucho más la enfermedad, igualmente los cuidadores que son sobreprotectores van a disminuir la calidad de vida de los niños con asma al volverlos demasiado dependientes, afectando su vida social, en este sentido el artículo “*Asma pediátrica: calidad de vida del paciente relacionada con el impacto familiar*”( 22)sugiere para investigaciones futuras, la evaluación de problemas de comportamiento relacionados con el asma, como la baja autoestima, la depresión y la ansiedad que podrían generarse cuando el niño se ve incapaz de hacer lo que sus pares hacen de manera cotidiana. Respecto a los cuidadores, se considera que en futuras investigaciones la atención debe centrarse en generar estrategias de intervención para disminuir el impacto en la esfera socioemocional y para ayudarles a desarrollar habilidades para el manejo del niño enfermo, evitando la sobreprotección, mejorando la calidad de vida del niño y disminuyendo el impacto familiar del asma.

Una intervención educativa destinada a aumentar el conocimiento acerca del asma debe permitir a los niños y/o a sus padres entender la naturaleza de la enfermedad y los factores que pueden provocar crisis asmáticas para ello se han creado instrumentos de evaluación, como el cuestionario de conocimientos de asma desarrollado en el estudio “*Validación de un cuestionario de conocimientos acerca del asma entre padres o tutores de niños asmático*”(23) concluyendo que

es una herramienta útil y fiable para cuantificar el nivel basal de conocimiento acerca del asma en padres de niños asmáticos, así como para determinar la eficacia de una intervención educativa destinada a aumentar el conocimiento y la comprensión de la enfermedad.

A través de este enfoque, se permite una retroalimentación en los conocimientos, adquisición de habilidades necesarias, cambio en la actitud y comportamiento de los pacientes, familiares y cuidadores, lo que facilita una mayor adherencia a los tratamientos y permite un mejor automanejo de los síntomas y evolución favorable de la enfermedad. Este tipo de intervención educativa, junto con la evitación de los factores desencadenantes, así como la administración correcta de los inhaladores y la detección y tratamiento temprano de las reagudizaciones, mejoran sin duda el grado de control de los pacientes con asma. De ahí que la educación sea ampliamente recomendada por las principales guías vigentes en la actualidad

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Cuando se habla sobre el asma se encuentra que uno de los pilares en el tratamiento y prevención está a cargo del cuidador primario, sin embargo el subtratamiento son realidades de la práctica médica cotidiana, siendo el mayor implicado de las causas de las reagudizaciones en los pacientes pediátricos la falta de información, mal control y seguimiento de las personas a cargo de los cuidados de la enfermedad, debido a los pocos conocimientos sobre técnicas que se utilizan en terapia respiratoria (el mal uso de los dispositivos de inhalo terapia para el manejo de esta enfermedad), y la poca iniciativa que tiene el tutor para aprender y el personal de la salud para enseñar. Esta situación afecta directamente a los enfermos ya que incrementa la frecuencia de hospitalizaciones, los insumos de la atención médica, favorece la inasistencia escolar y laboral e influye de manera importante en la calidad de vida de los pacientes con asma.

Es preciso conocer los diferentes aspectos que pueden relacionarse con el paciente asmático, así como aquellos que están relacionados con el fenómeno tan prevalente de la falta de adherencia. El conocimiento de los factores que influyen en la comunicación médico-paciente-familia es relevante para conseguir las metas que se plantean.

La evidencia de la falta de información acerca de la enfermedad como factor riesgo para agravación o bien recurrencia, permiten a su vez el fomento de la educación del paciente-cuidador, porque existe evidencia contundente que esto reduce el número de hospitalizaciones, las visitas no programadas y las exacerbaciones; además, mejora la calidad de vida, el control del asma y la función pulmonar

En este proceso han de superarse las dificultades relacionadas con el paciente, con los profesionales y con el propio sistema sanitario, ya que se da por sentado que se realiza de manera asertiva sin conocer el grado de conocimiento o bien el desconocimiento del cuidador primario, sobre la enfermedad, llegando omitir pequeños cambios que pudieran generar grandes resultados en el control y prevención del asma en base a esto nos lleva a la siguiente ***pregunta de investigación:***

***¿Cuál es el nivel de conocimiento del cuidador primario de pacientes pediátricos con diagnóstico de asma?***

## OBJETIVOS

### Objetivo general

Determinar el nivel de conocimiento del cuidador primario de los pacientes pediátricos con diagnóstico de asma en el HGP 3A

### Objetivos específicos

1. Descripción sociodemográfica de los cuidadores primarios del paciente con asma (edad, sexo, escolaridad, ocupación, nivel socioeconómico y parentesco con el paciente con diagnóstico de asma).
2. Nivel de conocimiento del cuidador primario sobre el manejo del paciente con asma
3. Identificar los diferentes dominios y nivel de conocimiento en cada uno de ellos.
4. Identificar sobrecarga en el cuidador primario de pacientes con asma
5. Identificar datos demográficas y clínicas del niño con asma (Edad, Genero, Tiempo De Evolución De Asma, Rendimiento Escolar, Crisis De Asma)

## **HIPÓTESIS**

### Hipótesis alterna

El nivel de conocimiento del cuidador primario influye en el adecuado control del asma en pacientes pediátricos

### Hipótesis nula

El nivel de conocimiento del cuidador primario no influye en el adecuado control del asma en pacientes pediátricos

## SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS

### LUGAR DE ESTUDIO:

El lugar de estudio fue en el área de consulta de urgencias en el HGP 3A ubicada en Av. I.P.N. Esquina Eje 4 Norte Av. Fortuna Col. Magdalena De Las Salinas C.P. 07760, Gustavo A. Madero, CD MX

POBLACIÓN DE ESTUDIO: Cuidadores primarios de pacientes con asma

Derechohabientes del IMSS

### GRUPO DE ESTUDIO:

Cuidadores primarios de los pacientes con diagnóstico de asma a partir de los 2 años de edad hasta los 10 años atendidos en HGP 3A

### DISEÑO DE ESTUDIO:

Observacional Transversal analítico

### CRITERIOS DE ESTUDIO

#### Criterios de inclusión:

1. Cuidadores primarios de pacientes pediátricos con diagnóstico de asma que se encontraron en el servicio de consulta externa y urgencias pediátricas
2. Cuidadores primarios de pacientes pediátricos con diagnóstico de asma entre los 2 a 10 años de edad
3. Cuidadores primarios del paciente pediátrico de 12 a 24 hrs. al día.
6. Cuidadores primarios de pacientes pediátricos con diagnóstico de asma igual o mayor a 2 meses.

#### Criterios de exclusión:

1. Cuidadores primarios eventuales del paciente pediátrico con asma.
2. Cuidadores primarios de 2 a 10 años hospitalizados por posibles eventos de crisis asmática
3. Cuidadores primarios con paciente pediátrico con sospecha de asma, sin diagnóstico definido o reciente diagnóstico.
4. Cuidadores primarios con pacientes pediátricos con asma y otras enfermedades crónicas como motrices o neurológicas, cáncer, diabetes etc.

### Criterios de eliminación

Cuidadores primarios que llenaron de manera inadecuada el cuestionario

Cuidadores primarios que decidieron retirarse posterior a la contestar la encuesta.

### TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Para obtener el tamaño de la muestra se obtuvo mediante la formula

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 \times p \times q}{d^2}$$

Siendo z el grado de confianza o seguridad (1- $\alpha$ ). El grado de confianza prefijado da lugar a un coeficiente ( $Z_{\alpha}$ ) cuyo valor para una seguridad del 95% es de 1,96.

La d equivale a la precisión o error muestral que se desea, en este caso deseamos un tres por ciento (0.03).

Donde p corresponde a una idea del valor aproximado del parámetro que queremos medir (proporción), aplicando la metodología del ISAAC, el grupo de adolescentes de 13 a 14 años es el más afectado, con una prevalencia de 9.9%, mientras que en el grupo de escolares de seis a siete años es de 6.8%(3), 0.06%.

Por ultimo q es una constante de 1 menos la proporción esperada, en este caso 1-.06= .94

$$N= 1.96 \times 0.06 \times 0.94 / 0.03^2 = 122$$

### **Siendo el tamaño de la muestra 122 cuidadores primarios de pacientes pediátricos diagnosticados con asma**

### TIPO DE MUESTREO:

Muestro no probabilístico por conveniencia (casos consecutivos): Se encuesta a todos los cuidadores primarios que acudieron en la consulta externa y urgencias pediatría del HGP 3A y que deseen participar.

## VARIABLES DE ESTUDIO

### VARIABLE DEPENDIENTE

**Nivel de conocimiento (aspectos asociados, mitos y creencias)**

### VARIABLE INDEPENDIENTE

**Del cuidador:** Edad, genero, escolaridad, ocupación, nivel socioeconómico, parentesco con el paciente asmático, nivel de conocimiento del cuidador, nivel de sobrecarga. **Del paciente con asma:** Edad, genero, tiempo de evolución de asma, rendimiento escolar, crisis asmáticas.

*Variables del cuidador:*

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	UNIDAD DE MEDICION
<b>EDAD</b>	Tiempo transcurrido desde el nacimiento	Edad en año al momento del estudio	Cuantitativa	Discreta	25,26, 27, 28, 29....
<b>GENERO</b>	Características fenotípicas y genotípicas que identifican a un individuo	Condición de un organismo que lo distingue	Cualitativa	Nominal Dicotómica	1. Femenino 2. Masculino
<b>ESCOLARIDAD</b>	Grado de instrucción de los padres o cuidador	Haber cursado estudios hasta el nivel establecido	Cualitativa	Ordinal	1. Primaria completa 2. Primaria incompleta 3. Secundaria completa 4. Secundaria incompleta 5. Bachillerato completa 6. Bachillerato incompleto 7. Licenciatura completa 8. Licenciatura incompleta 9. Posgrado

<b>OCUPACIÓN</b>	Puesto ocupado por una persona dentro de una organización, empresa.	Actividad desempeñada por el cuidador para obtener remuneración	Cualitativa	Nominal politómica	1 Directores y gerentes 2 Profesionales científicos e intelectuales 3 Técnicos y profesionales de nivel medio 4 Personal de apoyo administrativo 5 Trabajadores de los servicios y vendedores de comercios y mercados 6 Agricultores y trabajadores calificados agropecuarios, forestales y pesqueros 7 Oficiales, operarios y artesanos de artes mecánicas y de otros oficios 8 Operadores de instalaciones y máquinas y ensambladores 9 Ocupaciones elementales 0 Ocupaciones militares
<b>NIVEL SOCIO-ECONOMICO</b>	Jerarquía social y económica que tiene una persona o un grupo con respecto a otro o al resto, basada en sus ingresos, educación, vivienda y empleo	Características que determinan el nivel socioeconómico mediante el método de Graffar que lo clasifica en puntajes de la siguiente manera 04-06: Alto, 07-09: Medio Alto 10-12: Medio Bajo, 13-16: Obrero, 17-20: Marginal	Cualitativa	Ordinal	1. Estrato Alto 2. Estrato Medio Alto 3. Estrato Medio bajo 4. Estrato obrero 5. Estrato Pobreza Extrema

<b>PARENTESCO</b>	Vínculo o lazo de unión existente entre dos personas, ya sea consanguíneo, conyugal, de afinidad, legal o de costumbre.	Pregunta directa sobre el vínculo o lazo del cuidador primario con el paciente con asma	Cualitativa	Nominal politómica.	Tutor(a), Abuela (o), Padre o Madre, Hermano (a), tío(a).....
<b>CONOCIMIENTO</b>	Facultad para comprender por medio de la razón la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas	Puntaje de Conocimientos sobre la enfermedad, crisis y tratamiento, naturaleza inflamatoria obtenidos en dominio de factor II de instrumento; de 24 a 30 alto conocimiento, de 1 a 23 bajo conocimiento	Cualitativa	Nominal dicotómica	1. Alto conocimiento 2. Bajo conocimiento
<b>ASPECTOS ASOCIADOS</b>	Circunstancias o acciones que pueden alterar la historia natural de la enfermedad	Puntaje de conocimiento sobre Actividad física que pueden realizar los niños asmáticos y ambiente libre de tabaco obtenido en dominios de factor III de instrumento; de 16 a 20 alto conocimiento, de 1 a 15 bajo conocimiento	Cualitativa	Nominal dicotómica	1. Alto conocimiento 2. Bajo conocimiento
<b>MITOS Y CREENCIAS</b>	Estado de la mente en el que un individuo supone verdadero el conocimiento o la experiencia que tiene acerca de un suceso o cosa	Puntaje de conocimiento acerca de factores que se consideran pueden afectar el grado de adherencia al tratamiento obtenidos de los dominios de	Cualitativa	Nominal dicotómica	1. Alto conocimiento 2. Bajo conocimiento

		factor I de instrumento; de 28 a 35 alto conocimiento, menor de 27 bajo conocimiento			
<b>SOBRECARGA</b>	Desgaste emocional y físico que experimenta la persona que convive y cuida a un enfermo crónico	Sentimientos habituales que experimenta la persona que convive y cuida a un enfermo, a través del puntaje obtenido por dominios de ítems de escala de Zarit; puntaje mayor de 56 sobrecarga intensa, de 47 a 55 sobrecarga ligera, menor de 46 ausencia de sobrecarga	Cualitativa	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ausencia de sobrecarga</li> <li>2. Sobrecarga ligera</li> <li>3. Sobrecarga intensa</li> </ol>

*Variables del paciente pediátrico con asma:*

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	UNIDAD DE MEDICION
<b>EDAD</b>	Tiempo transcurrido desde el nacimiento	Edad en años al momento del estudio	Cuantitativa	Discreta	2,3,4,5,6,7,8,9,10
<b>GENERO</b>	Características fenotípicas y genotípicas que identifican a un individuo	Condición de un organismo que lo distingue	Cualitativa	Nominal/dicotómica	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Femenino</li> <li>2. Masculino</li> </ol>
<b>TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE ASMA</b>	Periodo transcurrido desde el diagnóstico de asma	Meses o años con el diagnóstico de asma	Cuantitativa	continua	4, 5, 6, 7, 8, 9...
<b>RENDIMIENTO ESCOLAR</b>	evaluación del conocimiento adquirido en el ámbito escolar	Aprendizaje escolar	Cualitativa	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bueno</li> <li>2. Malo</li> <li>3. Regular</li> </ol>

<b>CRISIS ASMÁTICAS</b>	Episodio agudo de hiperreactividad bronquial y una obstrucción variable de flujo aéreo total o parcial	Numero de agudizaciones de asma en el año	Cuantitativa	Discreta	1,2,3,4,5....
<b>TRATAMIENTO</b>	Terapéutica empleada para el manejo de una patología específica o bien para el control de la misma	Pregunta directa encausada a conocer el tipo de manejo que lleva el paciente para el control del asma	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Corticoides inhalados</li> <li>2. Modificadores de leucotrienos</li> <li>3. Agonistas beta de acción prolongada</li> <li>4. Inhaladores combinados</li> <li>5.- Corticoides orales</li> <li>6. Vacunas</li> <li>7. Biológicos</li> </ol>

Al termino del protocolo de estudio y solicitud de folio de registro, se solicitó permiso por escrito al director, así como al departamento de enseñanza e investigación del Hospital de Gineco-Pediatría 3A del Instituto Mexicano del Seguro Social, para la realización del estudio. Informando el tipo de estudio, así como la importancia y los beneficios que puede conllevar dicho estudio.

Se identificaron a los cuidadores primarios de pacientes pediátricos con asma de acuerdo con los criterios establecidos en el diseño de estudio, a los que se les informo sobre la realización de la investigación; al aceptar verbalmente su participación se dio consentimiento informado posteriormente encuesta de aspectos socio demográficos, instrumento conocimientos acerca del asma, valoración de sobrecarga del cuidador, datos demográficos y clínicos del paciente pediátrico con asma, respetando el albedrio de cada cuidador primario, sin existir repercusión alguna en caso de no aceptar

Una vez aplicado el instrumento de medición, se procedió al análisis de datos obtenidos, se tabularon y se obtuvieron conclusiones

## **INSTRUMENTO DE MEDICION**

### ***Cuestionario de conocimientos acerca de asma para padres y tutores.***

Instrumento elaborado por el Dr. Carlos E. Rodríguez Martínez. Cuestionario compuesto por 17 ítems, los ítems están relacionados con conocimientos acerca del asma, tales como su naturaleza inflamatoria, la actividad física que deben realizar los niños asmáticos, la severidad que pueden llegar a tener las crisis, y la necesidad de la administración continua de medicamentos controladores; ítems relacionados con factores que se consideró pueden afectar el grado de adherencia a los medicamentos antiasmáticos, tales como el miedo a la dependencia, adicción y a los efectos adversos que pueden resultar de la administración prolongada de inhaladores; e ítems relacionados con las medidas que realizan los padres al inicio de los episodios gripales y de las crisis asmáticas de sus hijos. Cada ítem calificado por una escala de tipo Likert de cinco puntos, con un rango de respuestas variando desde “Muy en desacuerdo” hasta “Muy de acuerdo”. Se estableció una graduación de las respuestas para cada ítem desde 1 a 5, asignando una puntuación mayor a las respuestas correctas.

Además de los ítems relacionados con el conocimiento acerca del asma, se registrarán otras variables, tales como la edad y sexo del paciente, el tiempo de diagnóstico de la enfermedad, agudizaciones. Hace un Análisis factorial para explorar posibles dominios de los ítems que conforman el cuestionario de conocimientos de asma, clasificado en tres factores Mitos y creencias, Conocimientos, Aspectos asociados. El factor I mitos y creencias explora los dominios de los ítems 1 al 6 e ítem 10, el factor II conocimientos explora los dominios de los ítems 7,11,12,15,16,17, el factor III aspectos asociados explora los dominios de los ítems 8,9,13,14. La cohorte para establecer alto conocimiento para el factor I fue con puntuación de 28 a 35 y bajo conocimiento con puntuación menor de 27; para alto conocimiento en el factor II la puntuación se estable de 24 a 30 y bajo conocimiento en este rubro con puntaje de 1 a 23; la cohorte para establecer alto conocimiento en el factor III se establece con puntuación de 16 a 20 y bajo conocimiento con puntuación de 1 a 15, con un total de 85 puntos para el total.

El coeficiente alfa de Cronbach para el cuestionario total fue de 0.73, y los coeficientes alfa de Cronbach para cada uno de los dominios que lo componen variaron entre 0.60 y 0.77.

### ***Escala de carga del cuidador de Zarit***

Por Zarit, Rever y Bach-Peterson. Es un instrumento que evalúa la carga de los cuidadores primarios a partir de identificar los sentimientos habituales que experimentan quienes cuidan a otra persona. Está compuesta por 22 ítems tipo Likert con cinco niveles de respuesta: 1=nunca, 2=rara vez, 3=algunas veces, 4=bastantes veces y 5=siempre. El resultado clasifica al cuidador en ausencia de sobrecarga, sobrecarga ligera y sobrecarga intensa, siendo el puntaje menor de 46, de 47 a 55 y mayor de 56 respectivamente.

La escala de carga del cuidador de Zarit, también se pueden distribuir tres factores: 1) impacto del cuidado, 2) relación interpersonal y 3) expectativas de autoeficacia, para fines de nuestro estudio solo se evaluará de manera general la sobrecarga. La escala de Zarit tiene un coeficiente alfa de Cronbach que oscila entre .69 y .90

### ***Escala de estratificación social de Graffar-Mendez Castellanos***

El método de Graffar fue creado por el profesor Marcel Graffar de Bélgica, permite la estratificación social, en Venezuela el Dr. Hernán Méndez Castellano decide aplicar dicho método con algunas modificaciones introducidas clasificándolo este en cuatro variables: Graffar-Méndez Castellano (1994), considera las variables: profesión del jefe o jefa de la familia; nivel de instrucción de la madre; principal fuente de ingreso de la familia y tipo de vivienda. A cada una de estas variables, están compuestas de 5 ítems, las cuales tienen asignada una puntuación, luego se suman esos puntos para ubicar a la familia en un estrato, con una puntuación de 4-6 puntos, se considera I estrato alto; de 7-9 puntos: II estrato medio alto; de 10-12 puntos: III estrato medio bajo; de 13-16 puntos: IV estrato obrero; 17-20 puntos: V estrato Pobreza extrema, con una sensibilidad y especificidad del 84%, con alfa-Cronbach entre 0,86 y 0.85

### **RECOLECCION DE DATOS**

El método de recolección fue por medio de encuesta estructurada tipo cuestionario, así como el uso de Excel que permitieron la tabulación de datos

### **ANÁLISIS DEL ESTUDIO:**

Se realizó por medio de estadística descriptiva (medidas de tendencia central, frecuencias y porcentajes) y para asociación de variables  $\chi^2$ .

## RESULTADOS

### Características de los Cuidadores primarios

Se encuestaron 122 cuidadores primarios de pacientes pediátricos con diagnóstico de asma. Se observó una media de edad de  $3.2 \pm 1.2$ , el grupo de edad 30 a 39 años un 40.2% (n=49), el 83.6%(n=102) del género femenino. Escolaridad de bachillerato el 34.4%(n=42). Tabla 1.

Tabla 1. Características sociodemográficas de cuidadores primarios de pacientes con diagnóstico de asma

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE CUIDADORES PRIMARIOS	N	%
<b>EDAD</b>		
18 a 20 años	1	0.8
20 a 29 años	37	30.3
30 a 39 años	49	40.2
40 a 49 años	18	14.8
50 a 59 años	7	5.7
60 a 69 años	7	5.7
70 o más años	3	2.5
<b>GENERO</b>		
Femenino	102	83.6
Masculino	20	16.4
<b>ESCOLARIDAD</b>		
Primaria completa	9	7.4
Primaria incompleta	3	2.5
Secundaria completa	22	18.0
Secundaria incompleta	6	4.9
Bachillerato completo	42	34.4
Bachillerato incompleto	17	13.9
Licenciatura completa	14	11.5
Licenciatura incompleta	8	6.6
Posgrado	1	0.8

Fuente: encuestas a derechohabientes GP3A

Se observó ocupación amas de casa 48.4%(n= 59); nivel socioeconómico medio bajo 53.3%(n=65). Tabla 2.

Tabla 2. Ocupación y nivel socioeconómico de los cuidadores primarios

<b>OCUPACION</b>		
Profesionales científicos e intelectuales	10	8.2
Técnicos y profesionales de nivel medio	5	4.1
Personal de apoyo administrativo	13	10.7
Vendedores de comercios y mercados	19	15.6
Oficiales, artesanos de artes mecánicas y otros oficios	11	9.0
Ocupaciones elementales	3	2.5
Ama de casa	59	48.5
Pensionado	2	1.6
<b>NIVEL SOCIECONOMICO</b>		
Estrato alto	4	3.3
Estrato medio alto	18	14.8
Estrato medio bajo	65	53.3
Obrero	35	28.7

Fuente: encuestas a derechohabientes GP3A

Se identificó un parentesco del cuidador con el niño con asma madre un 64.8%(n=79) como la madre y el 13.9% (n=17) fue el padre (Tabla 3)

Tabla 3. Tipo de parentesco de cuidadores primarios de pacientes con diagnóstico de asma

<b>CARACTERISTICAS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>PARENTESCO</b>		
Madre	79	64.8
Padre	17	13.9
Abuela materna	8	6.6
Abuela paterna	5	4.1
Abuelo paterno	1	0.8
Bisabuela materna	1	0.8
Hermana	2	1.6
Tío	2	1.6
Tía	7	5.7

Fuente: encuestas a derechohabientes GP3A

Se obtuvo un nivel de conocimiento global bajo acerca de asma 86.9% (n=106) con una media de conocimiento de  $51.02 \pm 7.3$  (Tabla 4)

Tabla 4. Nivel de conocimiento global de los cuidadores primarios sobre asma

NIVEL DE CONOCIMIENTO	N	%
ALTO	16	13.1
BAJO	106	86.9

Fuente: encuestas a derechohabientes GP3A

Por áreas de conocimiento, en **mitos y creencias** fue bajo hasta un 92.6%(n=113) con una media de  $18.6 \pm 4.9$ , en **conocimiento** con un porcentaje 87.7%(n=107) con una media  $20.0 \pm 2.6$  y en **aspectos asociados** con un porcentaje 86.1% (n=105) con una media  $12.3 \pm 2.5$ . (Tabla 5)

Tabla 5. Nivel de conocimiento por dominios de cuidadores primarios de pacientes con asma.

NIVEL DE CONOCIMIENTO	N	%
<b>MITOS Y CREENCIAS</b>		
ALTO CONOCIMIENTO	9	7.4
BAJO CONOCIMIENTO	113	92.6
<b>CONOCIMIENTO</b>		
ALTO CONOCIMIENTO	15	12.3
BAJO CONOCIMIENTO	107	87.7
<b>ASPECTOS ASOCIADOS</b>		
ALTO CONOCIMIENTO	17	13.9
BAJO CONOCIMIENTO	105	86.1

Fuente: encuestas a derechohabientes GP3A

Con respecto al nivel de sobrecarga del cuidador primario el 62.3%(n=76) presento ausencia de sobrecarga, el 23.8%(n=29) una sobrecarga intensa y el 13.9%(n=17) sobrecara ligera. (Tabla 6)

Tabla 6. Grado de sobrecarga de cuidadores primarios de pacientes con diagnóstico de asma.

<b>GRADO DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Ausencia de sobrecarga	76	62.3
Sobrecarga ligera	17	13.9
Sobrecarga intensa	29	23.8

Fuente: encuestas a derechohabientes GP3A

### **Características de los niños cuidados con asma**

En cuanto a los datos demográficos de los 122 niños cuidados con asma se observó una media de edad de  $6.11 \pm 2.44$  años, 4 años con un 16.4% (n=20), siendo hasta un 58.2 % (n=71) del género masculino (Tabla 7).

Tabla 7. Características demográficas de los niños con diagnóstico de asma

<b>CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DEL PACIENTE</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>GENERO</b>		
HOMBRE	71	58.2
MUJER	51	41.8
<b>EDAD</b>		
2 años	3	2.5
3 años	19	15.6
4 años	20	16.4
5 años	14	11.5
6 años	12	9.8
7 años	15	12.3
8 años	10	8.2
9 años	15	12.3
10 años	14	11.5

Fuente: encuestas a derechohabientes GP3A.

Las características clínicas de los niños con asma el tiempo de evolución de asma fue de 3 a 4 años un 34.4% (n=42), número de exacerbaciones de 4-6 crisis al año 57.4% (n=70), el 15.8% (n= 19) sin ningún tratamiento continuo, el 14.8% (n=18) con tratamiento mixto con dos fármacos y el 14.8% (n=18) con tres fármacos (Tabla 8).

Tabla 8. Características del padecimiento del niño con asma

<b>CARACTERISTICAS DEL PADECIMIENTO</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE ASMA</b>		
1 a 2 años	31	25.4
3 a 4 años	42	34.4
4 a 5 años	37	30.3
6 a 7 años	7	5.7
8 a 9 años	5	4.1
<b>NUMERO DE CRISIS AL AÑO</b>		
1 a 3 crisis	16	13.1
4 a 6 crisis	70	57.4
7 a 9 crisis	22	18.0
10 a 12 crisis	9	7.4
13 a 15 crisis	4	3.3
16 o más crisis	1	0.8
<b>TRATAMIENTO</b>		
Ninguno	19	15.6
<i>Corticoides inhalados</i>	15	12.3
Modificadores de leucotrienos	10	8.2
<i>Agonista beta de acción prolongada</i>	11	9.0
Inhaladores combinados	8	6.6
<i>Corticoides orales</i>	3	2.5
Inmunoterapia	5	4.1
<i>Modificadores de leucotrienos, corticoides</i>	18	14.8
<i>Corticoides inhalados, agonista beta 2 de acción corta,</i>	18	14.8
Inmunoterapia, modificadores de leucotrienos,	2	1.6
<i>Agonista beta de acción corta</i>	13	10.7

Fuente: encuestas a derechohabientes GP3A

Se valoró el rendimiento escolar, observando un rendimiento escolar bueno con un porcentaje de 56.6%( n=69). (Tabla 9)

Tabla 9. Rendimiento escolar del niño con asma.

<b>RENDIMIENTO ESCOLAR</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Bueno	69	56.6
Regular	40	32.8
Malo	3	2.5
No acude	10	8.2

Fuente: encuestas a derechohabientes GP3A

Nivel de conocimiento y características sociodemográficas:

**Bajo conocimiento** cuidadores con una edad de 30 a 39 con 39.6%(n=42), género femenino 84.9%(n=90), escolaridad bachillerato completo 34%(n=36), ocupación hogar 48.1% (n=51), estrato medio bajo 52.8%(n=58), parentesco madre 65.1 %(n=69).

**Alto conocimiento** cuenta con una edad de 30 a 39 con 43.8%(n=7), género femenino 75%(n=12), escolaridad bachillerato completo 37.5%(n=6), ocupación hogar 50% (n=8), estrato medio bajo 56.2%(n=9), parentesco madre 62.5 %(n=10). Tabla 10

Tabla 10. Relación entre nivel de conocimiento global y características sociodemográficas del cuidador primario

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS	NIVEL DE CONOCIMIENTO		
	ALTO N(%)	BAJO N(%)	P
<b>EDAD</b>			
18 a 20 años	0 (0)	1(0.9)	.910
20 a 29 años	6(37.5)	31(29.2)	
30 a 39 años	7(43.8)	42(39.6)	
40 a 49 años	2(12.5)	16(15.1)	
50 a 59 años	1(6.2)	6(5.7)	
60 a 69 años	0(0)	7(6.6)	
70 o más años	0(0)	3(2.8)	
<b>GENERO</b>			
Femenino	12(75)	90(84.9)	.251
Masculino	4(25)	16(15.1)	
<b>ESCOLARIDAD</b>			
Primaria completa	1(6.2)	8(7.5)	.837
Primaria incompleta	0(0)	3(2.8)	
Secundaria completa	3(18.8)	19(17.9)	
Secundaria incompleta	0(0)	6(5.7)	
Bachillerato completo	6(37.5)	36(34)	
Bachillerato incompleto	1(6.2)	16(15.1)	
Licenciatura completa	3(18.8)	11(10.4)	
Licenciatura incompleta	2(12.5)	6(5.7)	
Posgrado	0(16)	1(0.9)	
<b>OCUPACION</b>			
Profesionales científicos e intelectuales	2(12.5)	8(7.5)	.960
Técnicos y profesionales de nivel medio	1(6.2)	4(3.8)	
Personal de apoyo administrativo	1(6.2)	12(11.3)	

Vendedores de comercios y mercados	3(18.8)	16(15.1)	
Oficiales, artesanos de artes mecánicas y otros oficios	1(6.2)	10(9.4)	
Ocupaciones elementales	0(0)	3(2.8)	
Ama de casa	8(50)	51(48.1)	
Pensionado	0(0)	2(1.9)	
<b>NIVEL SOCIECONOMICO</b>			
Estrato alto	0(0)	4(3.8)	.126
Estrato medio alto	5(31.2)	13(12.3)	
Estrato medio bajo	9(56.2)	56(52.8)	
Obrero	2(12.5)	33(31.1)	
Pobreza extrema	0(0)	0(0)	
<b>PARENTESCO</b>			
Madre	10(62.5)	69(65.1)	.581
Padre	4(25)	13(12.3)	
Abuela materna	0(0)	8(7.5)	
Abuela paterna	0(0)	5(4.7)	
Abuelo paterno	0(0)	1(0.9)	
Bisabuela materna	0(0)	1(0.9)	
Hermana	1(6.2)	1(0.9)	
Tía	1(6.2)	6(5.7)	
Tío	0(0)	2(1.9)	

Fuente: encuestas a derechohabientes GP3A

#### Nivel de conocimiento y características del asma:

Respecto a la relación del nivel de conocimiento global del cuidador con las características del padecimiento (Tabla 11), se identificó que los cuidadores con:

**Bajo conocimiento** cuidan a familiar con 3 a 4 años de evolución 34%(n= 36), 3 a 4 crisis 58.5%(n=62) y con tratamiento mixto con tres fármacos 17%(n=18).

**Alto conocimiento** cuida a familiar con 4 a 5 años de evolución 43.8%(n= 7), 4 a 6 crisis 50%(n=8), tratamiento mixto con dos fármacos 18.8%(n=3), corticoides inhalados 18.8%(n=3) y agonista beta de acción corta 18.8%(n=3).

Tabla 11. Relación entre el nivel de conocimiento global del cuidador y características de padecimiento de asma

CARACTERÍSTICAS DEL PADECIMIENTO	NIVEL DE CONOCIMIENTO			
	ALTO CONOCIMIENTO		BAJO CONOCIMIENTO	
	N	%	N	%
<b>TIEMPO DE EVOLUCION</b>				
1 a 2 años	2	12.5	29	27.4
3 a 4 años	6	37.5	36	34.0
4 a 5 años	7	43.8	30	28.3
5 a 7 años	1	6.2	6	5.7
8 a 9 años	0	0.0	5	4.7
				.539
<b>NUMERO DE CRISIS ASMATICAS AL AÑO</b>				
1 a 3 crisis	4	25.0	12	11.3
4 a 6 crisis	8	50.0	62	58.5
7 a 9 crisis	2	12.5	20	18.9
10 a 12 crisis	2	12.5	7	6.6
13 a 15 crisis	0	0.0	4	3.8
16 o más crisis	0	0.0	1	0.9
				.567
<b>TRATAMIENTO</b>				
Ninguno	2	12.5	17	16.0
Corticoides inhalados	3	18.8	12	11.3
Modificadores de leucotrienos	1	6.2	9	8.5
Aagonista beta de acción prolongada	1	6.2	10	9.4
Inhaladores combinados	2	12.5	6	5.7
Corticoides orales	0	0.0	3	2.8
Inmunoterapia	1	6.2	4	3.8
Modificadores de leucotrienos. corticoides inhalados	3	18.8	15	14.2
Corticoides inhalados. aagonista beta acción corta. antaagonista	0	0.0	18	17
Inmunoterapia. modificadores de leucotrienos. corticoides	0	0.0%	2	1.9%
Aagonista beta de acción corta	3	18.8%	10	9.4%
				.727

Fuente: encuestas a derechohabientes GP3A

Relación entre las características sociodemográficas de los cuidadores primarios y el nivel de conocimiento por dominios (Tabla 12):

- *Nivel de conocimiento en mitos y creencias*

**Bajo:** Edad de 30 a 39 años 40.7%(n=46); género femenino 84.1%(n=95); escolaridad bachillerato completo 35.4%(n=40); ocupación hogar 48.7%(n=55); estrato medio bajo 53.1%(n=60); parentesco madre 64.6% (n=73)

**Alto:** Edad de 20 a 29 años 44.4%(n=4); género femenino 77.8% (n=7); escolaridad licenciatura completa 9.7%(n=7); ocupación hogar 44.4%(n=4); estrato medio bajo 55.6% (n=5); parentesco madre 66.7% (n=6).

- *Nivel de conocimiento en conocimientos*

**Bajo:** Edad de 30 a 39 años, con 40.2%(n=43); género femenino 82.2%(n=88); escolaridad bachillerato completo 39.3%(n=42); ocupación hogar 47.7%(n=51); estrato medio bajo 54.2%(n=58); parentesco de madre un 62.6% (n=67)

**Alto:** Edad de 30 a 39 años 40%(n=6); género femenino 11.5% (n=14); escolaridad secundaria completa 40%(n=6); ocupación hogar 53.3%(n=8); estrato medio bajo 46.7% (n=7); parentesco madre 80% (n=12).

- *Nivel de conocimiento de aspecto asociados*

**Bajo:** Edad de 30 a 39 años, con 42.9%(n=45); género femenino 84.8%(n=89); escolaridad bachillerato completo 35.2%(n=37); ocupación hogar 54.3%(n=57); estrato medio bajo 53.3%(n=56); parentesco de madre 66.7% (n=70)

**Alto:** Edad de 20 a 29 años 5.7%(n=7); género femenino 11.5% (n=14); escolaridad secundaria completa 40%(n=6); ocupación hogar 53.3%(n=8); estrato medio bajo 46.7% (n=7); parentesco madre 80% (n=12).

Tabla 12. Relación entre las características sociodemográficas del cuidador primario y el nivel de conocimiento por dominios

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DEL CUIDADOR PRIMARIO	NIVEL DE CONOCIMIENTO					
	* FACTOR I		** FACTOR II		*** FACTOR III	
	ALTO CONOCIMIENTO	BAJO CONOCIMIENTO	ALTO CONOCIMIENTO	BAJO CONOCIMIENTO	ALTO CONOCIMIENTO	BAJO CONOCIMIENTO
<b>EDAD DEL CUIDADOR</b>						
18 A 20 años	0 (0%)	1(0.9%)	0(0.0%)	1(0.9%)	0(0%)	1(0.8%)
20 a 29 años	4 (44.4%)	33 (29.2%)	2(13.3%)	35(32.7%)	7(5.7%)	30(24.6%)
30 a 39 años	3 (33.3%)	46 (40.7%)	6(40%)	43(40.2%)	4(3.3%)	45(36.9%)
40 a 49 años	1 (0.8%)	17 (15%)	5(33.3%)	13(12.1%)	3(2.5%)	15(12.3%)
50 a 59 años	1 (11.1%)	6 (5.3%)	2(13.3%)	5(4.7%)	2(1.6%)	5(4.1%)
60 a 69 años	0 (0%)	7(6.2%)	0(0%)	7(6.5%)	0(0%)	7(5.7%)
70 años	0 (0%)	3 (2.7%)	0(0%)	3(2.8%)	1(0.8%)	2(1.6%)
		.900		.180		.455
<b>GENERO</b>						
Masculino	2(22.2%)	18(15.9%)	1(6.7%)	19(17.8%)	4(23.5%)	16(15.2%)
Femenino	7 (77.8%)	95(84.1%)	14(11.5%)	88(82.2%)	4(23.5%)	89(84.8%)
		.624		.277		.392
<b>ESCOLARIDAD</b>						
Primaria completa	0(0%)	9(8.0%)	1(6.7%)	8(7.5%)	1(5.9%)	8(7.6%)
Primaria incompleta	0(0%)	3(2.7%)	0(0%)	3(2.8%)	1(5.9%)	2(1.9%)
Secundaria completa	1(11.1%)	21(18.6%)	6(40.0%)	15(15%)	1(5.9%)	21(20%)
Secundaria	0(0%)	6(5.3%)	0(0%)	6(5.6%)	0(0%)	6(5.7%)
Bachillerato	2(22%)	40(35.4%)	0(0%)	42(39.3%)	5(29.4%)	37(35.2%)

Bachillerato	1(11.1%)	16(14.2%)	2(13.3%)	15(15%)	3(17.3%)	14(13.3%)
Licenciatura	3(33.3%)	11(9.7%)	5(33.3%)	9(8.4%)	4(23.5%)	10(9.5%)
Licenciatura Posgrado	2(22.2%) 0(0%)	6(5.3%) 1(0.9%)	1(6.7%) 0(0%)	7(6.5%) 1(0.9%)	1(5.9%) 1(5.9%)	7(6.7%) 0(0%)
<b>P</b>		.270		.015		.126
<b>OCUPACION</b>						
Profesionales científicos e intelectuales	2(22.2%)	8(7.1%)	1(6.7%)	9(8.4%)	2(11.8%)	8(7.65)
Técnicos y profesionales de nivel medio	1(11.1%)	4(3.5%)	0(0%)	5(4.7%)	2(11.8%)	3(2.9)%
Personal de apoyo administrativo	1(11.1%)	12(10.6)	1(6.7%)	12(11.2%)	2(11.8%)	11(10.5%)
Vendedores de comercios y mercados	1(11.1%)	18(15.9%)	3(20.0%)	16(15.0%)	5(29.4%)	14(13.3%)
Oficiales, artesanos de artes mecánicas y otros oficios	0(0%)	11(9.7%)	2(13.3%)	9(8.4%)	2(11.8%)	9(8.6%)
Ocupaciones elementales	0(0%)	3(2.7%)	0(0%)	3(2.8%)	2(11.8%)	1(1.0%)
Ama de casa	4(44.4%)	55(48.7%)	8(53.3%)	51(47.7%)	2(11.8%)	3(2.5%)
Pensionado	0(0%)	2(1.8%)	0(0%)	2(1.9%)	0(0%)	2(1.6%)
<b>P</b>		.669		.937		.010
<b>NIVEL SOCIECONOMICO</b>						
Estrato alto	0(0%)	4(3.5%)	0(0%)	4(3.7%)	1(5.9%)	3(2.9%)
Estrato medio alto	3(33.3%)	15(13.3%)	6(40%)	12(11.2%)	4(23.5%)	14(13.3%)
Estrato medio bajo	5(55.6%)	60(53.1%)	7(46.7%)	58(54.2%)	9(52.9)	56(53.3%)
Obrero	1(11.1%)	34(30.1%)	2(13.3%)	33(30.8%)	3(17.6%)	32(30.5%)
<b>P</b>		.302		.023		.517
Madre	6(66.7%)	73(64.6%)	12(80%)	67(62.6%)	9(52.9%)	70(66.7%)
Padre	2(22.2%)	17(13.9%)	1(6.7%)	16(15%)	4(23.5%)	13(12.4%)
Abuela materna	0(0%)	8(6.6%)	1(6.7%)	7(6.5%)	1(5.9%)	7(6.7%)
Abuela paterna	0(0%)	5(4.4%)	0(0%)	5(4.7%)	1(5.9%)	4(3.8%)
Abuelo paterno	0(0%)	7(6.2%)	0(0%)	7(6.5%)	1(5.9%)	6(5.7%)
Bisabuela materna	0(0%)	2(1.8%)	0(0%)	2(1.9%)	0(0%)	2(1.9%)
Hermana	0(0%)	1(0.9%)	0(0%)	1(0.9%)	0(0%)	1(1.0%)
Tía	1(11.1%)	1(0.9%)	1(6.7%)	1(0.9%)	1(5.9%)	1(1.0%)
Tío	0(0%)	1(0.9%)	0(0%)	1(0.9%)	0(0%)	1(1.0%)
<b>P</b>		.462		.631		.788

Fuente: encuestas a derechohabientes GP3A \* mitos y creencias \*\*conocimientos\*\*\*aspectos asociados

La relación entre nivel de conocimiento por dominios de cuidadores primarios y el número de crisis asmáticas que presentan los pacientes (Tabla 13):

- Nivel de conocimientos de mitos y creencias: Bajo con 4-6 crisis 59.3%(n=67) y Alto con 1 a 3 crisis 55.6% (n=5)
- Nivel de conocimientos de conocimientos: Bajo con 4-6 crisis 57. 5% (n=61) y Alto con 4 a 6 crisis 60%( n=9)
- Nivel de conocimiento de aspectos asociados: Bajo con 4-6 crisis 59%(n=62) y Alto con 4 a 6 crisis 47.1%(n=8)

Tabla 13. Relación entre el nivel de conocimiento del cuidador por dominios y características de asma

CARACTERÍSTICAS DE PADECIMIENTO NUMERO DE CRISIS DE ASMA AL AÑO	NIVEL DE CONOCIMIENTO					
	* FACTOR I		** FACTOR II		***FACTOR III	
	ALTO CONOCIMIENTO	BAJO CONOCIMIENTO	ALTO CONOCIMIENTO	BAJO CONOCIMIENTO	ALTO CONOCIMIENTO	BAJO CONOCIMIENTO
<b>1 a 3</b>	5(55.6%)	11(9.7%)	2(13.3%)	14(13.1%)	4(23.5%)	12(11.4)
<b>4 a 6</b>	3(33.3%)	67(59.3%)	9(60%)	61(57. 5%)	8(47.1%)	62(59%)
<b>7 a 9</b>	1(11.1%)	21(18.6%)	1(6.7%)	21(19.6%)	3(17.6%)	19(18.1%)
<b>10 a 12</b>	0(0%)	9(8.0%)	3(20%)	6(5.6%)	2(11.8%)	7(6.75)
<b>13 a 15</b>	0(0%)	4(3.5%)	0(0%)	4(3.7%)	0(0%)	4(3.8%)
<b>16 o mas</b>	0(0%)	1(0.9%)	0(0%)	1(0.9%)	0(0%)	1(1.0%)
P	.008		.343		.650	

Fuente: encuestas a derechohabientes GP3A. \* mitos y creencias \*\*conocimientos\*\*\*aspectos asociados

Relación entre el nivel de conocimiento por dominios de los cuidadores primarios y el tiempo de evolución (Tabla 14):

- Nivel de conocimientos de mitos y creencias: Bajo con tres o cuatro años 35.4%(n=40) y Alto con 4 a 5 años 44.4%(n=4)
- Nivel de conocimientos de conocimientos: Bajo tres o cuatro años 33.6%(n=36) y Alto con 3 a 4 años 40%(n=6)
- Nivel de conocimiento de aspectos asociados: Bajo tres o cuatro años 37.1%(n=39) y Alto con 4 a 5 años 35.6%(n=6)

Tabla 14. Relación entre el nivel de conocimiento del cuidador por dominios y características de asma

CARACTERÍSTICAS DE PADECIMIENTO TIEMPO DE EVOLUCION	NIVEL DE CONOCIMIENTO					
	*FACTOR I		**FACTOR II		***FACTOR III	
	ALTO CONOCIMIENTO	BAJO CONOCIMIENTO	ALTO CONOCIMIENTO	BAJO CONOCIMIENTO	ALTO CONOCIMIENTO	BAJO CONOCIMIENTO
1 A 2	2(22.2%)	29(25.7%)	3(20%)	28(26.2%)	5(29.4%)	26(24.8%)
3 a 4	2(22.2%)	40(35.4%)	6(40%)	36(33.6%)	3(17.6%)	39(37.1%)
4 a 5	4(44.4%)	33(29.2%)	3(20%)	34(31.8%)	6(35.6%)	31(29.5%)
5 a 7	1(11.1%)	6(5.3%)	3(20%)	4(3.7%)	2(11.8%)	5(4.8%)
8 a 9	0(0%)	5(4.4%)	0(0%)	5(4.7%)	1(5.9%)	4(3.8%)
P	.739		.103		.508	

Fuente: encuestas a derechohabientes GP3A. \* mitos y creencias \*\*conocimientos\*\*\*aspectos asociados

Referente a la sobrecarga del cuidador primario en relación con el nivel de conocimiento global, el 64.7%( n= 11) con sobrecarga ligera tiene un conocimiento bajo y el 63.2%(n=48) con ausencia de sobrecarga tienen alto conocimiento. (Tabla 15)

Tabla15. Relación entre el grado de sobrecarga del cuidador primario y nivel de conocimiento global

NIVEL DE CONOCIMIENTO	SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO		
	AUSENCIA DE SOBRECARGA	SOBRECARGA LIGERA	SOBRECARGA INTENSA
ALTO	N	48	6
	%	63.2	35.3
BAJO	N	28	11
	%	36.8	64.7
P .073			

Fuente: encuestas a derechohabientes GP3A

En relación de la sobrecarga con el nivel de conocimientos por dominios, el 94.1% de los cuidadores con sobrecarga ligera presentan bajo conocimiento en mitos y creencias, el 89.5% de los cuidadores con ausencia de sobrecarga presentan bajo conocimiento en conocimientos y el 94.1% con sobrecarga ligera tiene bajo conocimiento en aspectos asociados, sin relación estadísticamente significativa. (Tabla 16)

Tabla 16. Relación de sobrecarga del cuidador primario con nivel de conocimiento por dominios

<b>NIVEL DE CONOCIMIENTO POR DOMINIOS</b>	<b>SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO</b>					
	Ausencia de sobrecarga		Sobrecarga ligera		Sobrecarga intensa	
	N	%	N	%	N	%
<b>MITOS Y CREENCIAS</b>						
Alto conocimiento	6	7.9	1	5.9	1	6.9
Bajo conocimiento	70	92.1	16	94.1	27	93.1
	P	.954				
<b>CONOCIMIENTOS</b>						
Alto conocimiento	8	10.5	2	11.8	5	17.2
Bajo conocimiento	68	89.5	15	88.2	24	82.8
	P	.643				
<b>ASPECTOS ASOCIADOS</b>						
Alto conocimiento	12	15.8	1	5.9	4	13.8
Bajo conocimiento	64	84.2	16	94.1	25	86.2
	P	.566				

Fuente: encuestas a derechohabientes GP3A

En relación el grado de sobrecarga de los cuidadores primarios y al tiempo de evolución del el 34.2%(n=26) de los cuidadores con ausencia de sobrecarga cuidan a un paciente con 4 a 6 años de evolución con asma. Respecto a la relación entre Los cuidadores primarios encuestados y numero de crisis, los cuidadores que presentan ausencia de sobrecarga, el 63.2% (n= 48) de los pacientes presentan de 4 a 6 crisis al año, presentando un valor de significación menor de 0.05 (Tabla 17).

Tabla 17. Relación entre el grado de sobrecarga del cuidador primario y características del padecimiento

RELACION DE LA SOBRECARGA CON CARACTERISTICAS DEL PADECIMIENTO	SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO					
	Ausencia de sobrecarga		Sobrecarga ligera		Sobrecarga intensa	
	N	%	N	%	N	%
<b>NUMERO DE CRISIS ASMATICAS AL AÑO</b>						
1 a 3	14	18.4	1	5.9	1	3.4
4 a 6	48	63.2	11	64.7	11	37.9
7 a 9	11	14.5	4	23.5	7	24.1
10 a 12	2	2.6	1	5.9	6	20.7
13 a 15	1	1.3	0	0.0	3	10.3
16 o más	0	0.0	0	0.0	1	3.4
P .003						
<b>TIEMPO DE EVOLUCION DE ASMA</b>						
1 a 2 años	21	27.6	2	11.8	8	27.6
3 a 4 años	22	28.9	10	58.8	10	34.5
4 a 5 años	26	34.2	3	17.6	8	27.6
5 a 7 años	4	5.3	2	11.8	1	3.4
8 a 9 años	3	3.9	0	0.0	2	6.9
P .34029						

Fuente: encuestas a derechohabientes GP3A

De acuerdo a la evidencia muestral se observó una relación significativa entre escolaridad y el bajo conocimiento en el dominio de conocimiento:  $p = .015$ ; entre la ocupación y el bajo conocimiento en el dominio de aspectos asociados:  $p = .010$ ; entre el nivel socioeconómico y el bajo conocimiento en el dominio de conocimiento:  $p = .023$ ; entre el bajo conocimiento en el dominio de mitos y creencias y número de crisis:  $p = .008$ .

También se encontró una relación estadísticamente significativa entre la sobrecarga del cuidador primario y número de crisis presentada al año  $C .424$ ,  $p = .003$ , sin embargo, la mayor frecuencia corresponde a cuidadores con ausencia de sobrecarga.

## DISCUSIÓN

Se identificó en los cuidadores primarios de niños con asma un nivel de conocimiento bajo en más del 80%,

Al respecto **Henríquez**<sup>24</sup> en su estudio donde evalúa el impacto en conocimientos, Adherencia y Control de niños con diagnóstico de asma; determino que los cuidadores primarios cuentan con conocimiento bajo en un 52.5%, así como **García**<sup>25</sup> en su estudio Conocimientos en padres acerca del asma, señala que los padres obtuvieron calificaciones inadecuadas en cuanto a las manifestaciones clínicas del asma bronquial, tratamiento y factores ambientales intradomilciliarios en un 68%,64% y 58% respectivamente. Sin embargo, en nuestro estudio el porcentaje de cuidadores con bajo conocimiento fue mucho más alto con un 86.9%, donde se valora la naturaleza inflamatoria, la actividad física que pueden realizar los niños asmáticos, la severidad que pueden llegar a tener las crisis, la necesidad de la administración continua de la terapia farmacológica, las medidas que toman los cuidadores cuando se presentan crisis o estados gripales y el conocimiento acerca de los inhaladores, factores considerados que pudieran influir en el grado de adherencia terapéutica y por ende en el control de los niños con asma, todas estas características clasificadas en mitos y creencias, conocimiento y aspectos generales.

En cuanto mitos y creencias, también **Henríquez**<sup>24</sup> en su estudio determina que el 72% de los cuidadores, estaba de acuerdo con la afirmación de que los inhaladores causan adicción o dependencia en sus hijos, al igual que en nuestro estudio donde también existe esta creencia, aunada con la opinión de que los inhaladores pueden causar daños cardiacos. Al respecto **Beltran-Cabrera**<sup>26</sup> en el estudio Mitos, Creencias y Prácticas en cuidadores de niños con asma respecto al tratamiento con inhaladores, concluye que los cuidadores de niños con asma poseen mitos, creencias y prácticas sobre el tratamiento con inhaladores que afecta la adherencia al tratamiento y por consecuencia un mal control. Por su parte **Curbelo**<sup>27</sup> en su estudio donde evalúan el conocimiento por parte de los padres de niños con asma, encontraron que en el ámbito de mitos y creencias tienen un bajo conocimiento. Lo anterior concuerda con lo identificado en nuestro estudio donde se encontró bajo conocimiento en mitos y creencias en el 92. 6%, lo que podríamos vincular a que los mitos y creencias han sido parte de la historia psico-socio-cultural en México que afectan la percepción y conocimiento popular sobre las enfermedades, aumentando la incertidumbre en las enfermedades crónicas, sobre todo si no han tenido soluciones terapéuticas esperadas, ocasionando que busquen otras opciones de tratamiento que carecen de un sustento científico, el arraigo de estas creencias en algunas poblaciones incluso urbanas se han vuelto transgeneracionales, esta percepción subjetiva de la población implica toma de

decisiones por parte de los cuidadores que de alguna manera pueden dificultar un adecuado control.

También **Curbelo**<sup>27</sup> señala en su estudio un bajo conocimiento en aspectos asociados, lo que coincide con nuestro estudio donde se identificó bajo conocimiento de los cuidadores en este dominio en un 87.7%, dentro de estos aspectos asociados se identificó principalmente un conocimiento inadecuado acerca del tabaquismo pasivo, lo que de acuerdo con la literatura se ha asociado a la recurrencia de crisis asmáticas.

Por otra parte, **Curbelo**<sup>27</sup> señala un alto conocimiento por parte de los padres en el factor de conocimiento, opuesto a nuestro estudio, donde se identificó bajo conocimiento en un 86.1% de los cuidadores que coincide con el estudio Influencia del conocimiento de los padres acerca del asma de **Coronel-Carbajal**<sup>28</sup>, este estudio reporta que el conocimiento fue insuficiente sobre: las medidas preventivas de las crisis en 62.4% de los padres, en el 83.6% sobre los fármacos para su prevención y en 57.1% sobre el tratamiento; también señala que los padres de los enfermos no controlados y de los parcialmente controlados tenían conocimientos insuficientes. Cabe destacar que, aunque en nuestro estudio estas variables no se clasificaron como el estudio de **Coronel-Carbajal**<sup>28</sup>, en el dominio de conocimiento valoramos estos puntos, observando que existe un inadecuado conocimiento de la naturaleza inflamatoria del asma, así como en tratamiento ya sea continuo o de rescate, lo que está determinado por la percepción de los padres o cuidadores quienes infravaloran o bien sobrevaloran la presentación de las crisis en los niños con asma, ocasionando una adherencia terapéutica inadecuada y por ende visitas recurrente en el servicio de urgencias.

En cuanto a las características sociodemográficas de los cuidadores **Bazán**<sup>29</sup> en su estudio donde evalúa estas características y los problemas que enfrentan en la atención del niño con asma, establece a las madres como cuidadoras con una edad que osciló entre 26 y 48 años; lo que no difiere con nuestro estudio donde se observó como principal parentesco el de madre, identificando la edad de 30 a 39 años en la mayoría de los cuidadores. Aunque podemos ver que el rol de la madre también implica ser cuidadora primaria en la mayoría de la población pediátrica, llama la atención que en la actualidad existe un mayor involucro por parte del padre en el cuidado de los hijos, lo que podemos observar en nuestro estudio donde el padre es el segundo parentesco con mayor frecuencia.

**Bazan**<sup>29</sup> también establece en cuanto al grado académico, que la mayor prevalencia es la escolaridad de bachillerato o secundaria trancos en 37.2% y con menor prevalencia los que no tienen estudios en un 23%, pertenecientes a clases desfavorecidas socialmente. Información semejante fue observada en nuestro estudio, siendo el bachillerato también con mayor frecuencia, aunque la escolaridad encontrada no fue truca sino completa, con mayor frecuencia pertenecientes a el estrato medio bajo de acuerdo con la escala de Graffar-

Mendez. Tanto la escolaridad como el estrato socioeconómico se relacionaron con el grado de conocimiento en el dominio de conocimiento el cual fue bajo, sin embargo, al contar con una escolaridad de nivel medio superior permite un pensamiento más complejo lo que proporciona mayor facilidad de comprensión acerca de la información respecto al asma de sus hijos y aunque el estrato es medio bajo, cuentan con la red de apoyo institucional que facilita la atención y seguimiento de los niños con asma, por lo que podemos concluir que existe la posibilidad que las medidas educativas en esta población no está siendo clara, individualizada, realista, progresiva y continuada.

En las últimas décadas el asma ha mostrado un incremento paulatino en su frecuencia, siendo la población pediátrica la más afectada, al respecto, **Mancilla-Hernández**<sup>30</sup> en su estudio Prevalencia de asma y sus síntomas en población escolar, reportan una prevalencia de asma en niñas de 51% y 49% en niños con edad promedio de 8 años, a diferencia de nuestro estudio donde el género masculino tuvo una mayor prevalencia con un 58.2% y secundariamente el género femenino en 41.8%, con una edad promedio de 4 años. Cabe mencionar que otros autores al igual que en nuestro estudio también señalan con mayor el género masculino<sup>31,32,33</sup>

**Vidal**<sup>32</sup> en el estudio Calidad de vida en el niño asmático y su cuidador, señalan en cuanto al tiempo de evolución que 83 niños tenían menos de 2 años diagnosticados, 110 niños de 2 a 4 años y 74 niños con más de 4 años. En cuanto a las crisis asmáticas, encontraron con mayor prevalencia 51.3% persistentes moderados, seguido de 39% persistentes leves, estos datos son semejantes a una de las características clínicas de los niños con asma encontradas en nuestro estudio en cuanto al tiempo de evolución de asma ya que fue de 3 a 4 años en un 34.4%, sin embargo en cuanto a la presentación de crisis se opone a nuestro estudio donde se observó en su mayoría de 4 a 6 crisis al año en un 57.4%, lo que no corresponde a el número de crisis presentadas en el asma persistente moderada. Así mismo, se observó que la mayoría se encontraba sin ningún tratamiento continuo en el 15.8%, seguido de tratamiento mixto con dos fármacos en un 14.8% y con tres fármacos, también en un 14.8%. Cabe mencionar que el estudio de **Vidal**<sup>32</sup> al estudiar la calidad de vida de los niños asmáticos, no señala relaciones significativas del padecimiento de asma con la calidad de vida global del niño, con lo que concordamos en nuestro estudio, ya que tampoco se encontró relación entre el rendimiento escolar y las características del padecimiento que fue, siendo el rendimiento escolar en su mayoría bueno y las actividades escolares y deportivas parte de la calidad de vida global del niño, sin embargo algunos padres consideran que a pesar de un buen control, debería estar contraindicada las actividades deportivas en sus hijos, como una medida preventiva, sin embargo esta sobreprotección y las visitas repetidas al servicio de urgencias aunque no estén propiamente indicadas, se debe a la incertidumbre

subjetiva que puede ocasionar el afrontar una enfermedad crónica propio del desconocimiento de la enfermedad.

También en el estudio de **Vidal**<sup>32</sup> el cuidador sufre un importante compromiso de su calidad de vida global, de limitación de actividades y de función emocional, mientras mayor es la duración del asma del niño y de alguna manera mientras mayor es la gravedad del padecimiento. En este sentido, ya que el asma es una enfermedad crónica, otro punto relevante a estudiar es la sobrecarga del cuidador primario, por su parte **Pedraza**<sup>33</sup> en su estudio Validación inicial de una escala para medir el nivel de sobrecarga de padres o cuidadores de niños asmáticos, se encontró que 22,8 % estaban experimentando una sobrecarga intensa y los restantes 77,2 % no, en desigualdad con nuestro estudio donde el 62.3% presento ausencia de sobrecarga, el 23.8% sobrecarga intensa y el 13.9% sobrecarga ligera. Opuesto a nuestro estudio **Pedraza**<sup>33</sup> encuentra relación entre el grado de control del asma y la sobrecarga intensa. Si bien en el estudio que realizamos existe una relación significativa entre la sobrecarga y el número de crisis, el mayor porcentaje de los cuidadores no presenta sobrecarga, quizá porque la mayoría de los cuidadores es la madre del niño con asma y secundariamente el padre, aunado por el hecho de que las familias se encuentran en etapa evolutiva de dispersión, por lo que la tarea del cuidador forma parte del rol de los padres dentro del núcleo familiar, además que el número de crisis que presentan los niños con asma se relaciona con presentaciones episódicas de asma o bien con asma intermitente, lo que propicia que no se perciba como una carga por parte de los cuidadores.

## CONCLUSION

La mayoría de los cuidadores primarios fueron del género femenino, de la cuarta década de la vida de 30 a 39 años, con escolaridad de bachillerato completo, dedicadas al hogar, pertenecientes a un estrato socioeconómico medio bajo, la mayoría siendo madres del paciente pediátrico con asma, seguido del parentesco de padre.

Un poco más de tres terceras partes de los cuidadores primarios obtuvieron un nivel de conocimiento global bajo.

Dentro del nivel de conocimiento por dominios una novena parte de los cuidadores primarios obtuvo un nivel de conocimientos bajo en mitos y creencias, ochenta y siete punto siete por ciento presentó un bajo conocimiento en el dominio conocimiento, al igual que en aspectos asociados donde también predominó el conocimiento bajo en un ochenta y seis punto seis por ciento.

En relación con la sobrecarga de los cuidadores primarios más de la mitad tuvieron ausencia de sobrecarga en un sesenta y dos por ciento, seguido de sobrecarga intensa en un veintitrés por ciento y solo el trece por ciento presentó una sobrecarga ligera.

En cuanto a las características sociodemográficas de los niños, en su mayoría cuentan con una edad de cuatro años, del género masculino. Un poco más de la mitad de los niños permanecen con buen rendimiento escolar.

Respecto a las características clínicas del padecimiento de asma en los pacientes pediátricos, se encontró que la mayoría cursa con tres a cuatro años de evolución en un treinta y cuatro por ciento, presentando de cuatro a seis crisis al año en un cincuenta y siete por ciento, sin contar con tratamiento de manera continua en un quince por ciento, seguido de los que contaban tratamiento mixto con dos fármacos y tres fármacos.

El nivel de conocimiento bajo en el dominio de mitos y creencias se relacionó significativamente con el número de crisis presentadas por los pacientes pediátricos con asma, no así para el resto de dominios, tampoco con el conocimiento global.

## RECOMENDACIONES

Basándose en el análisis del presente estudio se sugieren las siguientes recomendaciones

- ❖ Crear grupos de apoyo en todos los niveles de atención, que permitan adquirir nueva información y perspectivas a los cuidadores, los cuales ayudan a afrontar la enfermedad, crear lazos que fomentan la interacción empática y la cooperación como apoyo emocional, generando nuevas redes de apoyo.
- ❖ Implementar estrategias educativas individualizadas de acuerdo a las características de la enfermedad del niño, tomando en cuenta el impacto y la organización familiar, así como la progresión de conocimientos y habilidades de los padres-niño.
- ❖ Establecer talleres dirigidos a los cuidadores primarios de niños con asma, con técnicas expositivas y dinámicas grupales, con temas acerca de características clínicas básicas-relevantes, medidas preventivas, factores ambientales, uso adecuado de los inhaladores y los dispositivos de acuerdo a la edad, que favorezcan el análisis reflexivo de los derechohabientes.
- ❖ Realizar intervenciones informativas continuas y escalonadas para promover la autonomía de la familia-niño en la toma de decisiones, siempre apoyada en un plan de acción por parte del especialista.
- ❖ Fomentar habilidades de comunicación y métodos andragógicos en el médico que permitan mejorar la relación con padres o cuidadores primarios que permita conocer la influencia de mitos y creencias acerca de la enfermedad o experiencias previas y al mismo tiempo transmitir metas y tratamientos con un lenguaje claro y adaptada al nivel de formación de la familia.

## BIBLIOGRAFIA

1. Impacto socioeconómico del manejo del asma. Impacto Socioeconómico del manejo del asma. Boletín de Información Clínica Terapéutica de la Academia Nacional de Medicina. No. 4(08-2010)
2. Henríquez MT, Ceruti DE. Education in asthmatic children controlled at Roberto del Rio Hospital: Impact on knowledge, adherence and disease control [Internet]. Rev. chil. enferm. respir.; 2013 Apr [cited 2018 June 16]; 29( 2 ): 70-74. Available from: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-73482013000200002&lng=en](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-73482013000200002&lng=en). <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-73482013000200002>
3. Guía mexicana de asma. Revista neumología y cirugía de tórax. 2017; 76(1)
4. Matthew M, Denise F, Shaun H, Richard Beasley the global burden of asthma: executive summary of the GINA dissemination committee report. Allergy 2014; 59: 469-478
5. Río-Navarro BE, Hidalgo-Castro EM, Sienra-Monge JJ. Asma. Bol Med Hosp Infant Mex . [revista en la Internet]. 2014; [citado 2018 Jun 16]; 66 (1): 3-33. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-11462009000100002&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462009000100002&lng=es)
6. Vargas-Becerra MH. Epidemiología del asma. Neumología y Cirugía de Tórax [serie en internet] 2009[citado 2018 jul 9]; 68(S2): S91-S97. Disponible en: [www.medigraphic.org.mx](http://www.medigraphic.org.mx)
7. Guía para el manejo y la prevención del asma. Basada en la estrategia mundial para el tratamiento y la prevención del asma. Global initiative for asthma; 2016
8. Torres-Molina A, Loforte-Columbié Y. Severidad y nivel de control del asma bronquial en la población pediátrica de Yamanigüey. Moa. Medisur [revista en Internet]. 2013 [citado 2013 Mar 6]; 11(1):[aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1724>
9. Sienra-Monge J, del Río NB, Álvarez A, Blandon V, Gómez C. Calidad de vida del cuidador del niño asmático. Gac. Méd. Méx [revista en la Internet]. 2014 Abr [citado 2018 Jun 12]; 140( 2 ): [aprox 6 p.]. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0016-38132004000200004&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-38132004000200004&lng=es).
10. Berbesí-Fernández DY, Segura-Cardona AM, García-Jaramillo M, Posada-Saldarriaga R. Seguimiento a una cohorte de niños con asma luego de una intervención familiar. Rev CES Med 2013; 27(2):143-152

11. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadísticas de cuidadores de personas dependientes. 28 de febrero de 2017.
12. Islas SN, Ramos RB, Aguilar EM, García GM. Perfil psicosocial del cuidador primario informal del paciente con EPOC. Rev. Inst. Nal. Enf. Resp. Mex. [revista en la Internet]. 2006 Dic [citado 2018 Jul 19]; 19( 4 ): 266-271. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S01877585200600040006&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01877585200600040006&lng=es).
13. Rivas Herrera JC, Ostiguín MR. Cuidador: ¿concepto operativo o preludio teórico? Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM Enero-Marzo 2011; 8(1): 49-54
14. Ruiz RA, Nava GN. Cuidadores: responsabilidades-obligaciones. Enf. Neurológica. Mex [revista en la Internet]. 2012 [citado 2018 Jul 12]; 11( 3 ): 163-169. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/enfermerianeurologica>
15. Hinojos-Gallardo LC, Martínez-González I, Upton-Rivas TI, Cisneros-Castolo M. Disfunción familiar y nivel de control de asma en pacientes pediátricos. INP, Acta Pediatr. Mex. 2010;31(6):293-296
16. Bazan R, Georgina E, Paredes R, Mirna P, Osorio GM. Taller multidisciplinario dirigido a pacientes pediátricos con asma y sus padres, basado en la Guía Internacional para el Manejo del Asma (GINA). [online] Av. Psicol. Latinoam.. 2007 [citado 2019-08-22], vol.25, n.1 pp.111-117. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1794-47242007000100010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-47242007000100010&lng=en&nrm=iso). ISSN 1794-4724.
17. Vidal GA, Matamala BM. Asthma and psychiatric disorders in childhood and adolescence. Rev. chil. enferm. respir. [Internet]. 2013 Mar [cited 2018 June 17];29(1):14-23. Available from: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S071773482013000100003&lng=en](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071773482013000100003&lng=en). <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-73482013000100003>
18. Korta MJ, Valverde MJ, Praena CM, Figuerola M, Rodríguez CR, Fernández O, S. et. al. La educación terapéutica en el asma. Sociedad Española de Neumología Pediátrica. An Pediatr (Barc). 2011;66(5):496-517
19. Noguera AS, Martínez ÁS, Palacios MG, Abellán MDM, Sánchez JA. Eficacia de una intervención educativa en el manejo de dispositivos de inhalación. Metas de enfermería. Difusión Avances de Enfermería; 2015;18(5):1
20. Leonardo-Cabello MT, Oceja-Setien E, García HL, Cabero MJ, Pérez BE, Gómez-Acebo I. Assessment of parental asthma knowledge with the Newcastle Asthma Knowledge Questionnaire. Rev Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2013 June [cited 2018 June 17]; 15( 58 ): [about 9 p.]. Available from: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S113976322013000200003&lng=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113976322013000200003&lng=en).

21. Eugenia G, Riveron B, Maricela Y, Guzmán O. Impacto del Asma Infantil en Familias Mexicanas: dos Instrumentos para su Evaluación. [Internet]. Rev Elect Psicol Iztacala 2011 [citado 28 de mayo de 2016];14(4). Recuperado a partir de: [www.revistas.unam.mx/index.php/rep](http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep)
22. Bazán-Riverón GE, Prat-Santaolara R, Torres-Velázquez LE, Javier SN, Forns SD. Asma pediátrica: calidad de vida de la paciente relacionada con el impacto familiar. Neumol Cir Torax . Abril-junio 2010; 69(2:75-83): 74-82.
23. Rodríguez MC, Sossab MP. Validación de un cuestionario de conocimientos acerca del asma entre padres o tutores de niños asmáticos. Arch Bronconeumol. 2005;41(8):419-24
24. Henríquez MT, Ceruti DE. Education in asthmatic children controlled at Roberto del Rio Hospital: Impact on knowledge, adherence and disease control [Internet]. Rev. chil. enferm. respir.; 2013 Apr [cited 2018 June 16] ; 29( 2 ): 70-74. Available from: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-73482013000200002&lng=en](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-73482013000200002&lng=en). <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-73482013000200002>
25. García LC, Sánchez SC, Sagaró CN, Cisneros MW, Chacón MA. Conocimientos en padres acerca del asma padecida por sus hijos. Medisan 2017; 21(5):548.
26. Beltrán-Cabrera C, Vela-PP, Díaz-MR, Maticorena-AF, Razón-AV, et. al. Mitos, creencias y prácticas en cuidadores de niños con asma respecto al tratamiento con inhaladores. Acta Medica Perú. 2018;35(1):28-35.
27. Curbelo N, Pinchak C, Gutiérrez S. Conocimiento del asma enfermedad por parte de los padres de niños asmáticos. Archivos de Pediatría del Uruguay. 2010; 81(4): 225-230.
28. Coronel-Carbajal C . Influencia del conocimiento de los padres acerca del asma en el control del niño asmático. Revista Mexicana de Pediatría. Noviembre-diciembre 2017;84(6):222-229.
29. Bazán-Riverón EG, Rodríguez-Martínez JI, Osorio GM, Sandoval-Navarrete J. Características sociodemográficas de las cuidadoras y problemas que enfrentan en la atención del niño con asma. Neumología y Cirugía de Tórax. Enero-marzo 2014; 73(1): 4-11.
30. Mancilla-Hernández E, González-Solórzano EVM, Medina-Ávalos MÁ, Barnica-Alvarado RH. Prevalencia de asma y sus síntomas en población escolar de Cuernavaca, Morelos, México. Revista Alergia México. 2016;63(4):351-357

31. Jiménez-Fontao L, Fernández-Machín L, Sarmiento BG, González-García VM, Martín-Ruiz L. Comportamiento del asma bronquial en la edad pediátrica. Revista Cubana Medicina Integral [Internet]. 2001 [citado 2020 Ene 26]; 17( 1 ): 43-49. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-212520010001000006&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-212520010001000006&lng=es).
32. Vidal AG, Duffau GT, Ubilla CP. Calidad de vida en el niño asmático y su cuidador Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias. 2007; 23: 160-166
33. Pedraza, Ángela M.; Rodríguez-Martínez, Carlos E.; Acuña, Ranniery. Validación inicial de una escala para medir el nivel de sobrecarga de padres o cuidadores de niños asmáticos. Biomédica. Sep 2013;33(3):361-369.

# ANEXOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



**Dictamen de Aprobado**

Comité Local de Investigación en Salud **3404**.  
U MED FAMILIAR NUM 20

Registro COFEPRIS **18 CI 09 005 002**  
Registro CONBIOÉTICA **CONBIOETICA 09 CEI 013 2018082**

FECHA **Viernes, 15 de noviembre de 2019**

**Dra. VARINIA ZEPEDA ESTRADA**

**PRESENTE**

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL CUIDADOR PRIMARIO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON DIAGNÓSTICO DE ASMA** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**.

Número de Registro Institucional

R-2019-3404-099

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

  
**Dr. ALEJANDRO HERNÁNDEZ FLORES**  
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3404

[Imprimir](#)

**IMSS**  
SEGURIDAD Y SALUD SOCIAL



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD  
**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ANEXO 1)**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN**

Nombre del estudio:	NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL CUIDADOR PRIMARIO DE PACIENTES PEDIATRICOS CON DIAGNOSTICO DE ASMA
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica.
Lugar y fecha:	HGP 3A. Av I.P.N y Fortuna, Col. Magdalena de las, Gustavo A. Madero, Ciudad de México a ____ de _____ del 2019.
Número de registro:	<b>R-2019-3404-099</b>
Justificación y objetivo del estudio:	Tanto el manejo agudo como a largo plazo del paciente con asma implica grandes limitaciones al grupo familiar con síntomas persistentes. Desmenuzando los factores que influyen en información es posible establecer estrategias que permitan disminuir los factores de riesgo asociados, de manera asertiva, oportuna y dirigida, teniendo mayor calidad de vida en los pacientes, menor carga para el cuidador primario, estabilidad familiar y económica así como un impacto positivo a nivel institucional por lo que el objetivo de este estudio es determinar el nivel de conocimiento del cuidador primario de los pacientes pediátricos con diagnóstico de asma.
Procedimientos:	Para obtener la información solicitada solo se te aplicará una encuesta de datos generales y preguntas de cómo te sientes y que sabes ante el cuidado de tu familiar con asma y datos generales del niño (a) a tu cuidado.
Posibles riesgos y molestias:	El contestar la encuesta no te originará ningún riesgo a tu salud o de prestación de servicio a ti y al niño (a) a tu cuidado con asma ya que la información obtenida será mediante preguntas sencillas.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Al contestar esta encuesta no obtendrás ningún beneficio personal, de salud, laboral o económico, sin embargo, los resultados son muy valiosos para conocer el conocimiento que tienen las personas que cuidan al familiar con asma y la influencia de dichos conocimientos en su manejo en casa y de cómo les afecta ser cuidador. Lo que nos ayudará a realizar capacitación futura a las familias para mejorar su calidad de vida tanto al cuidador como al niño (a) con asma a su cuidado.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	En caso de que solicites tus resultados solo se hará de manera personalizada, para proteger tu identidad te asignaremos un número de folio o código y con el podrás solicitar tus resultados al e-mail: <a href="mailto:gonzde@hotmail.com">gonzde@hotmail.com</a> . En caso de que se te detecte sobre carga y si así lo deseas te podremos canalizar con un profesional de la salud que te brinde el apoyo.
Participación o retiro:	Podrás participar por decisión propia y podrás abandonar el estudio en el momento que tú desees y esto no modificara de ninguna manera las actividades y servicios que se les proporcionan dentro del instituto a ti y al niño (a) con asma.
Privacidad y confidencialidad:	Los datos proporcionados serán analizados y los resultados de este estudio sean difundidos al personal de salud o publicados. No se dará información que pudiera revelar tu identidad o la del niño (a) a tu cuidado. Su identidad será protegida en todo momento y todos los datos personales y en cuanto a tus percepciones serán

confidenciales en todo momento.

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 estudios 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:

DRA. VARINIA ZEPEDA ESTRADA, Especialista en Pediatría, subespecialidad en Neumología Pediátrica, matrícula 99355497, HGP 3A IMSS, Tel. 55874422 Ext. 15320. Correo electrónico: [gelsemin@yahoo.com.mx](mailto:gelsemin@yahoo.com.mx)  
DRA. SANTA VEGA MENDOZA Médico Especialista en Medicina Familia. Matricula 11660511. UMF 20. Tel. 55874422 Ext. 15320. [drasanta.vega0473@yahoo.com.mx](mailto:drasanta.vega0473@yahoo.com.mx) [santa.vega@imss.gob.mx](mailto:santa.vega@imss.gob.mx)

Colaboradores:

DRA. DENCY P. GONZÁLEZ GARCÍA. Matricula 98354914 Residente de segundo año de Medicina Familiar. Adscripción: UMF 20 Vallejo, IMSS. Tel. 55874422 Ext. 15320. E-mail: [gonzde@hotmail.com](mailto:gonzde@hotmail.com)

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](mailto:comision.etica@imss.gob.mx) }

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del sujeto de quien se  
obtiene el consentimiento

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de quien obtiene el  
consentimiento.

Testigo 1

Testigo 2

\_\_\_\_\_  
Nombre, dirección, relación y firma

\_\_\_\_\_  
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.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20  
COORDINACIÓN DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD

FOLIO:

**DATOS DEL PACIENTE CON ASMA:**

EDAD: \_\_\_\_ años                      GENERO: Femenino  Masculino

TIEMPO DE DIAGNOSTICADO: \_\_\_\_\_

NUMERO DE CRISIS AL AÑO: \_\_\_\_\_

TRATAMIENTO EN ESTE MOMENTO: \_\_\_\_\_

RENDIMIENTO ESCOLAR: BUENO                       REGULAR                       MALO

**DATOS DEL CUIDADOR:**

EDAD: \_\_\_\_ años                      GENERO: Femenino  Masculino

ESCOLARIDAD:

Primaria completa                       Primaria incompleta                       Secundaria completa   
Secundaria incompleta                       Bachillerato completo                       Bachillerato incompleta   
Licenciatura incompleta                       Licenciatura completa                       Posgrado

OCUPACION: \_\_\_\_\_

PARENTESCO CON EL PACIENTE PEDIATRICO CON ASMA: \_\_\_\_\_

NIVEL SOCIECONOMICO:

Marcar con una "X" según sea la pregunta, atendiendo a las siguientes clasificaciones:

Profesión del Jefe de Familia	Profesión Universitaria	
	Profesión técnica superior, medianos comerciantes o productores	
	Empleados sin profesión universitaria, con técnica media, pequeños comerciantes o productores	
	Obreros especializados	
	Obreros no especializados	
Nivel de instrucción de la madre	Enseñanza universitaria	
	Enseñanza secundaria completa o técnica superior completa	
	Enseñanza secundaria incompleta o técnica superior incompleta	
	Educación primaria o alfabeta	
	Analfabeta	
Fuentes de ingreso de la familia	Fortuna heredad o adquirida	
	Ganancias, beneficios, honorarios profesionales	
	Sueldo mensual	
	Salario semanal	
	Donación de origen público o privado	
Condiciones de alojamiento	Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes de lujo	
	Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes sin lujo pero espaciosa	
	Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en espacios reducidos	
	Vivienda con deficiencias en algunas condiciones sanitaria	
	Rancho o vivienda con una habitación y condiciones sanitarias inadecuadas	

**LOS SIGUIENTES ENUNCIADOS SON EN RELACION A SU CONOCIMIENTO ACERCA DEL ASMA, LEA DETENIDAMENTE CADA UNO DE LOS ENUNCIADOS Y SELECCIONE UNA RESPUESTA DE ACUERDO A SU OPINION MARCANDO UNA X**

	MUY EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	INDECISO	DE ACUERDO	MUY DE ACUERDO
Los inhaladores causan dependencia o adicción					
Los inhaladores pueden afectar o dañar el corazón					
Es perjudicial aplicarle los inhaladores mucho tiempo a los niños					
Después de que a un niño(a) le da una crisis de asma hay que suspenderle los inhaladores y los medicamentos cuando le pase la tos					
Los niños que sufren de asma deben usar medicamentos para el tratamiento del asma solo cuando tengan síntomas (tos, congestión o sonido en el pecho)					
Es mejor usar los inhaladores directamente, sin inhala cámara, para que el medicamento llegue más directo a los pulmones					
La principal causa del asma es la inflamación de las vías respiratorias					
Es recomendable pedirle al médico una excusa para que los niños con asma no hagan ejercicio o educación física					
Los niños que sufren de asma no deberían practicar deportes en los cuales tengan que correr mucho					
Cuando un niño tiene una crisis de asma es mejor ir a urgencias					

aunque los síntomas sean leves					
--------------------------------	--	--	--	--	--

	MUY EN DESCUERDO	EN DESACUERO	INDECISO	DE ACUERDO	MUY DE ACUERDO
Las crisis de asma se pueden evitar si se toman medicamentos en los momentos en que no hay síntomas (entre las crisis)					
Las gripas son los principales causantes o desencadenantes de crisis de asma					
Es recomendable no fumar ni dejar que nadie fume cerca de los niños con asma					
Si los padres de los niños con asma fuman fuera de la casa no afecta al niño(a)					
A los niños con problemas de asma cuando les empieza una gripa hay que aplicarles inhaladores aunque no tengan tos o sonido en el pecho					
A los niños que sufren de asma les pueden dar crisis tan fuertes que pueden llegar a requerir una hospitalización en la Unidad de Cuidados Intensivos o incluso pueden llegar a morir debido a una crisis					
Algunos medicamentos para el tratamiento del asma no funcionan a menos que se administren todos los días					

***LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SON EN RELACION A LA SOBRECARGA EN EL CUIDADOR DEL PACIENTE CON ASMA. LEA ATENTAMENTE CADA UNA DE LAS PREGUNTAS Y SELECCIONE UNA RESPUESTA DE ACUERDO A SU OPINION MARCANDO UNA X.***

	NUNCA	RARA VEZ	ALGUNAS VECES	BASTANTES VECES	CASI SIEMPRE
¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?					
¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para					

Vd.?					
¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?					
	NUNCA	RARA VEZ	ALGUNAS VECES	BASTANTES VECES	CASI SIEMPRE
¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?					
¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?					
¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?					
¿Piensa que su familiar depende de Vd.?					
¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					
¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?					
¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido al cuidado de su familiar?					
¿Piensa que su vida social se ha visto afectada de manera negativa por tener que cuidar a su familiar?					
¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido al cuidado de su familiar?					
¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?					
¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					

¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?					
	NUNCA	RARA VEZ	ALGUNAS VECES	BASTANTES VECES	CASI SIEMPRE
¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?					
¿Desearía poder dejar el cuidado de un familiar a otra persona?					
¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?					
¿Piensa que debería hacer más por su familiar?					
¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?					
Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a tu familiar?					

¡GRACIAS!