



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO DE SUCRE
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

**FACTORES SOCIO-CULTURALES Y AMBIENTALES
PRESENTES EN LA PREVALENCIA DEL ASMA BRONQUIAL
EN NIÑOS MENORES DE 12 AÑOS ATENDIDOS EN EL
CENTRO DE DIAGNÓSTICO INTEGRAL DE SAN ANTONIO
DEL GOLFO, MUNICIPIO MEJÍA, ESTADO SUCRE; PRIMER
SEMESTRE -2009.**

Tutora:

Andelis Holder

Autora:

Vanessa Nolasco

**Trabajo de Grado, Modalidad Tesis presentado como requisito
parcial para optar al Título de Licenciada en Trabajo Social.**

Cumaná, Octubre de 2011



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO DE SUCRE
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

**FACTORES SOCIO-CULTURALES Y AMBIENTALES PRESENTES
EN LA PREVALENCIA DEL ASMA BRONQUIAL EN NIÑOS MENORES
DE 12 AÑOS ATENDIDOS EN EL CENTRO DE DIAGNÓSTICO INTEGRAL
DE SAN ANTONIO DEL GOLFO, MUNICIPIO MEJÍA, ESTADO SUCRE;
PRIMER SEMESTRE -2009.**

Tutora:
Andelis Holder

Autora:
Vanessa Nolasco

**Trabajo de Grado, Modalidad Tesis presentado como requisito parcial
para optar al Título de Licenciada en Trabajo Social.**

Cumaná, Octubre de 2011

INDICE GENERAL

DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTO	ii
LISTA DE TABLAS	iv
LISTA DE GRAFIOS	v
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPITULO I	5
NATURALEZA DEL PROBLEMA.....	5
1.1 Planteamiento del problema	5
1.2 Objetivos de la Investigación	12
1.2.1. Objetivo General:	12
1.2.2. Objetivos Específicos:	12
1.3 Justificación de la Investigación:.....	13
CAPITULO II.....	15
MARCO TEÓRICO	15
2.1 Antecedentes de la investigación.....	15
2.1.1 En el ámbito Internacional:.....	15
2.1.2 En el ámbito Nacional:	18
2.1.3 En el ámbito local	19
2.2 Bases teóricas:	20
2.2.1- Algunas nociones conceptuales referentes al asma bronquial:	20
2.2.2-Principales factores de riesgo que influyen en la prevalencia del asma bronquial:	21
2.2.3-Aspectos socio-culturales del asma	25
2.2.3 El tratamiento del asma bronquial en el contexto de la concepción integral de la salud	26
2.2.4 El Trabajo Social en la Atención del Asma Bronquial.....	30

2.3-Bases legales con respecto a la salud:	33
2.3.1 En el Ámbito Internacional:	33
2.3.3 Marco legal de la salud a nivel nacional:	36
2.4 Breve Reseña sobre los Centros de Diagnóstico Integral (CDI).	40
2.4 Operacionalización de Variables	42
CAPITULO III	46
MARCO METODOLOGICO	46
3.1 Enfoque de la investigación:.....	46
3.2 Nivel de la investigación:	47
3.3 Diseño de la investigación:.....	47
3.4. Población y Muestra:	48
3.5 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos:.....	50
3.6 Validez y confiabilidad del instrumento de recolección de datos:	50
3.7 Técnicas de procesamiento, presentación y análisis de datos:	51
CAPITULO IV	52
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS	52
4.1- CARACTERIZACIÓN DEMOGRÁFICA DEL NIÑO ASMÁTICO ATENDIDO EN EL CDI DE SAN ANTONIO DEL GOLFO-MUNICIPIO MEJÍA-ESTADO SUCRE.....	52
4.2 CONDICIONES SOCIO-ECONÓMICAS DE LAS FAMILIAS DE LOS NIÑOS AFECTADOS MENORES DE 12 AÑOS ATENDIDOS EN EL CDI DE SAN ANTONIO DEL GOLFO.	54
4.3 CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA Y DEL AMBIENTE PERI DOMICILIARIO EN QUE SE DESENVUELVE EL NIÑO ASMÁTICO.....	62
4.5 CREENCIAS Y MITOS QUE POSEEN LAS FAMILIAS SOBRE LA ENFERMEDAD Y SU TRATAMIENTO.....	91
BIBLIOGRAFIA	128
Hoja de Metadatos	151

DEDICATORIA

Principalmente a Dios, por llenarme de fortaleza, sabiduría, constancia y voluntad para culminar mis estudios, estando presente en cada momento de mi vida.

A mis padres Emilio Nolasco Y Gloris Marcano, ejemplos de trabajo, dedicación, humildad y constancia; ganándose mi admiración por su motivación, esfuerzos, sacrificios y apoyo incondicional, a los que he tratado de corresponder al lograr esta meta.

A mis hermanos Nellys Carolina, Emilio José y Daniel Alejandro, por su estímulo y apoyo permanente, quedando en mi la esperanza de que este logro los motive para la culminación de sus estudios.

A mis tíos (as) Arcelia de Velásquez, Arcelia González, Américo Nolasco, Luisa González, José Mata y Dulce Mata quienes me han brindado todo su cariño y solidaridad de manera desinteresada.

A mis Ahijados (as) Adelis Valentina, Ashlee Damianny y a Dominic Santiago, por ser motivos de inspiración y de alegría en mi vida.

A mis primas Amerlis, Génesis, Arceli a quienes espero servir de ejemplo en los estudios que realizan, así como a toda mi familia que cada día se esfuerza por salir adelante.

Al la Señora Bertha Campos y al Profesor Gilberto Velásquez por sus permanentes muestras de cariño y enseñanzas convirtiéndose en ejemplo de superación y constancia para mi vida.

A mis mejores amigos (as) Marlyn Rivas, Carly Reyes, Danyelis Cabello, Marianny Rodríguez, Betty Suarez, Mariana Arcila, extensiva a todas aquellas personas que saben de mi cariño y el lugar que ocupan en mi vida por el apoyo que siempre me han dispensado.

Vanessa Nolasco Marcano

AGRADECIMIENTO

“A mi Dios todopoderoso”, por ayudarme y guiar mis pasos hacia el éxito.

A mis padres, motor que impulsa mi existencia.

A mi Asesora Andelis Holder, de cuyas asesorías profesionales obtuve los conocimientos necesarios para lograr los resultados reflejados en este trabajo.

Al Personal médico-asistencial del Centro de Diagnóstico Integral (CDI) de San Antonio del Golfo, por su disposición para la realización de este estudio, aportando su experiencia y los datos requeridos de manera oportuna.

A los padres y/o representantes de los niños asmáticos tratados en el CDI, quienes suministraron información valiosa para la ejecución de este Trabajo.

Muy especialmente a mis excelentes profesores y amigos Carmen Guevara, Rafael Betancourt, Yocelyn Castro, Nathalie Sotillet, Danellis Pigús, Yonny Albornoz, María Mercedes, Carmen Sequea y Juana Rincones; cuyas enseñanzas supe aprovechar a cabalidad.

A mis compañeros (as), amigos(as), familiares y seres queridos que de alguna manera me ayudaron y me apoyaron para alcanzar mis metas.

A todos ellos muchas gracias, puesto que, con su ayuda, solidaridad y colaboración, hicieron posible convertir en realidad lo comenzó como un sueño.

Muchísimas Gracias.....

Vanessa Nolasco Marcano

*PALABRAS DE REFLEXIÓN SOBRE LOS ESFUERZOS
QUE REALIZAMOS*

Gracias a Dios he alcanzado con constancia subir otro escalón más en mi vida, demostrando dedicación, confianza y seguridad en la labor que emprendo a diario. Cuando nos esforzamos para dar lo mejor, queda una gran satisfacción de poder decir ¡lo logre!..

Cada día demuestra con amor, humildad y paciencia tus conocimientos obtenidos y crecerás como una persona innovadora, todas las veces que te lo propongas.

Sigue adelante, respira profundo, realiza tus actividades con tenacidad.

Hombre y mujer que te esfuerzas para dar lo mejor en el día a día.

Anónimo

LISTA DE CUADROS

CUADRO N°1 DATOS DEL NIÑO ASMÁTICO	53
CUADRO N° 2 Materiales de construcción de la vivienda.....	67
CUADRO N°3 FRECUENCIA DE CONTACTO DE LOS NIÑOS ASMÁTICOS CON LOS AGENTES CONTAMINANTES INTERNOS	75
CUADRO N°4 TRATAMIENTOS NATURALES PARA CURAR EL ASMA SEGÚN OPINIÓN DE LOS PADRES.....	92
CUADRO N°5 CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS DEL PERSONAL DEL CDI	95
CUADRO N°6 CONTROL REALIZADO EN EL CDI AL PACIENTE ASMÁTICO.....	103
CUADRO N°7 CONTROL MÉDICO REALIZADO AL PACIENTE ASMÁTICO SEGÚN OPINIÓN DE LOS PADRES.....	105
CUADRO N°8 FRECUENCIA DE RECAÍDA DEL PACIENTE ASMÁTICO SEGÚN LA OPINION DE LOS PADRES Y REPRESENTANTES	108

LISTA DE GRAFICOS

GRÁFICA N°1 COMPOSICIÓN DEL GRUPO FAMILIAR	55
GRÁFICA N°2 EDADES DE LOS INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR DEL PACIENTE ASMÁTICO.	55
GRÁFICA N°3 ESTADO CIVIL DE LOS PADRES DEL NIÑO ASMÁTICO.	56
GRÁFICA N°4 NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LOS PADRES DE LOS NIÑOS ASMÁTICOS	57
GRÁFICA N°5 OCUPACIÓN DE LOS PADRES Y REPRESENTANTES DE LOS NIÑOS ASMÁTICOS.....	58
GRÁFICA N°6 INGRESO MENSUAL DE LA FAMILIA.	59
GRÁFICA N°7 INVERSION DEL INGRESO FAMILIAR	61
GRÁFICA N°8 COBERTURA DEL INGRESO FAMILIAR PARA GASTOS DE MEDICAMENTOS DEL NIÑO ASMÁTICO.	61
GRÁFICA N°9 DISTANCIA DE LAS VIVIENDAS DE LA VÍA NACIONAL DE LA COMUNIDAD DE SAN ANTONIO DEL GOLFO.	63
GRÁFICA N°10 TIPO DE VIALIDAD DE LA COMUNIDAD.....	63
GRÁFICA N°11 PRESENCIA DE AGENTES CONTAMINANTES EN LA COMUNIDAD.....	65
GRÁFICA N° 12 TIPO DE VIVIENDA.....	66
GRÁFICA N° 13 TIEMPO DE OCUPACIÓN DE LA VIVIENDA.....	68
GRÁFICA N°14 TIPO DE VENTILACIÓN ARTIFICIAL DE LAS VIVIENDAS.....	69
GRÁFICA N°15 NÚMERO DE HABITACIONES EN LAS VIVIENDAS DE LOS NIÑOS ASMÁTICOS.....	70
GRÁFICA N° 17 FRECUENCIA DE LA LIMPIEZA DEL HOGAR.	72
GRÁFICA N°18 FRECUENCIA DEL CAMBIO DE LAS SÁBANAS DE LA HABITACIÓN DEL NIÑO ASMÁTICO.	73

GRÁFICA N°19 FRECUENCIA DEL CAMBIO DE LOS COLCHONES EN LOS HOGARES.	74
GRÁFICA N°20 PRESENCIA DE AEROALÉRGENOS EN EL HOGAR. ...	75
GRÁFICA N°21 CONOCIMIENTO DE LA FAMILIA SOBRE LO QUÉ ES EL ASMA BRONQUIAL.....	77
GRÁFICA N°22 NOCIÓN DE LAS FAMILIAS SOBRE EL ASMA BRONQUIAL	77
GRÁFICA N°23 CONOCIMIENTO DE LOS PADRES Y REPRESENTANTES SOBRE LOS FACTORES DESENCADENANTES DEL ASMA BRONQUIAL.....	79
GRÁFICA N°24 FACTORES QUE CAUSAN EL ASMA BRONQUIAL SEGÚN OPINIÓN DE LOS PADRES.....	79
GRÁFICA N°25 HABITO DE FUMAR DE LOS PADRES Y REPRESENTANTES DE LOS NIÑOS ASMÁTICOS.	81
GRÁFICA N° 26 HÁBITOS DE LOS PADRES DE FUMAR DURANTE EL EMBARAZO DEL NIÑO ASMÁTICO.....	81
GRÁFICA N°27 FAMILIARES CON ANTECEDENTES DE ASMA BRONQUIAL.	82
GRÁFICA N°28 CONOCIMIENTO DE LOS PADRES Y REPRESENTANTES SOBRE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS DEL ASMA BRONQUIAL.	84
GRÁFICA N°29 MEDIDAS PREVENTIVAS PARA COMBATIR EL ASMA BRONQUIAL SEGÚN LOS PADRES Y REPRESENTANTES.....	84
GRÁFICA N°30 NECESIDADES DE LOS PACIENTES Y REPRESENTANTES DE CONOCER LAS MEDIDAS PREVENTIVAS DEL ASMA BRONQUIAL.....	86
GRÁFICA N°31 ACCIONES DE LOS PADRES Y REPRESENTANTES DE LOS NIÑOS ANTE UNA CRISIS ASMÁTICA.	87

GRÁFICA N°32 BENEFICIOS DEL EJERCICIO FÍSICO PARA LOS NIÑOS ASMÁTICOS, SEGÚN LA OPINIÓN DE LOS PADRES.	88
GRÁFICA N°33 IMPORTANCIA DE UNA ALIMENTACIÓN RICA EN FRUTAS Y VEGETALES PARA EL TRATAMIENTO DEL ASMA BRONQUIAL SEGÚN OPINIÓN DE LOS PADRES.....	89
GRÁFICA N°34 APLICACIÓN DE MEDICINAS NATURISTAS PARA EL TRATAMIENTOS DEL ASMA.	91
GRÁFICA N°35 CREENCIAS DE LOS PADRES Y REPRESENTANTES SOBRE LA CURA ESPONTANEA DEL ASMA.....	93
GRÁFICA N°36CREENCIAS DE LOS PADRES SOBRE LAS CONSECUENCIAS FATALES DEL ASMA BRONQUIAL.	94
GRÁFICA N°37 ESPECIALIDAD DEL PERSONAL MÉDICO-ASISTENCIAL QUE SE DESEMPEÑA EN EL CDI.....	97
GRÁFICA N°38 NACIONALIDAD DEL PERSONAL DEL CDI DE SAN ANTONIO DEL GOLFO.	98
GRÁFICA N°39 TIEMPO LABORANDO EN EL CDI DE SAN ANTONIO DEL GOLFO.....	98
GRÁFICA N°40 CASOS DE PACIENTES ASMÁTICOS QUE POR CREENCIAS O MITOS NO ACUDAN AL MÉDICO SEGÚN OPINION DEL PERSONAL DEL CDI DE SAN ANTONIO DEL GOLFO.....	100
GRÁFICA N°41CREENCIAS QUE LE IMPIDEN AL PACIENTE ASMÁTICO ACUDIR AL MÉDICO SEGÚN OPINIÓN DEL PERSONAL DEL CDI DE SAN ANTONIO DEL GOLFO.	100
GRÁFICA N°42 CONOCIMIENTO DEL PERSONALDEL CDI DE SAN ANTONIO DEL GOLFO SOBRE PACIENTES QUE INGIEREN REMEDIOS A BASE DE PLANTAS Y ANIMALES.....	101
GRÁFICA N°43 TIPO DE REMEDIO NATURAL QUE INGIERE EL PACIENTE ASMÁTICO SEGÚN LA OPINIÓN DEL PERSONAL DEL CDI DE SAN ANTONIO DEL GOLFO.	102

GRÁFICA N°44 ASISTENCIA DE LOS PACIENTES ASMÁTICOS AL CONTROL, SEGÚN OPINIÓN DEL PERSONAL DEL CDI DE SAN ANTONIO DEL GOLFO.....	104
GRÁFICA N°45 TIPO DE TRATAMIENTO QUE SE LE APLICA AL PACIENTE ASMÁTICO EN EL CDI DE SAN ANTONIO DEL GOLFO.....	106
GRÁFICA N°46 RESULTADOS OBTENIDOS EN LA APLICACIÓN DEL TRATAMIENTO AL PACIENTE ASMÁTICO SEGÚN OPINIÓN DEL PERSONAL DEL CDI DE SAN ANTONIO DEL GOLFO.....	106
GRÁFICA N°47 OPINIÓN DE LOS PADRES SOBRE EL TRATAMIENTO MÉDICO APLICADO EN EL AL NIÑO ASMÁTICO.CDI DE SAN ANTONIO DEL GOLFO.....	107
GRÁFICA N°48 PARTICIPACIÓN DEL PERSONAL DEL CDI EN EQUIPOS PROMOTORES PARA LA DIFUSIÓN DE MEDIDAS PREVENTIVAS DEL ASMA.	109
GRÁFICA N°49 RECOMENDACIÓN DE MEDIDAS PARA PREVENIR EL ASMA POR PARTE DEL PERSONAL DEL CDI DE SAN ANTONIO DEL GOLFO.	111
GRÁFICA N°50 IMPORTANCIA DEL CONOCIMIENTO DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS POR PARTE DE LOS PADRES Y REPRESENTANTES SEGÚN EL PERSONAL DEL CDI.....	112
GRÁFICA N°51 TIPO DE RECOMENDACIONES QUE DAN EN EL CDI A LOS PADRES Y REPRESENTANTES DE LOS NIÑOS ASMÁTICOS, SEGÚN LA OPINIÓN DEL PERSONAL DEL CDI DE SAN ANTONIO DEL GOLFO..	113
GRÁFICA N°52 TIPO DE RECOMENDACIÓN QUE REALIZA EL PERSONAL CDI PARA PREVENIR RECAIDAS DEL ASMA SEGÚN LA OPINIÓN DE LOS PADRES.	114
GRÁFICA N°53 ESTRATEGIAS IMPLEMENTADAS POR EL PERSONAL DEL CDI PARA INFORMAR SOBRE EL ASMA.....	116

GRÁFICA N°54 ESTRATEGIAS IMPLEMENTADAS POR EL PERSONAL
DEL CDI PARA INFORMAR SOBRE EL ASMA, SEGÚN LOS PADRES..... 116



Universidad de Oriente
Núcleo de Sucre
Escuela de Ciencias Sociales
Departamento de Trabajo Social

FACTORES SOCIO-CULTURALES Y AMBIENTALES PRESENTES EN LA PREVALENCIA DEL ASMA BRONQUIAL EN NIÑOS MENORES DE 12 AÑOS ATENDIDOS EN EL CENTRO DE DIAGNÓSTICO INTEGRAL DE SAN ANTONIO DEL GOLFO, MUNICIPIO MEJÍA, ESTADO SUCRE; PRIMER SEMESTRE DEL 2009.

Autora: Vanessa Nolasco

Asesora: Anelís Holder

Fecha: Octubre 2011

RESUMEN

El asma bronquial es una enfermedad crónica respiratoria que puede afectar a cualquier individuo; particularmente a la población infantil. Esta patología ha traído grandes consecuencias a nivel social, convirtiéndose en un problema de salud pública, debido a que no afecta solo al que la padece sino a los que rodean. Por consiguiente el presente estudio tuvo como objetivo fundamental caracterizar los factores socio-culturales y ambientales presentes en la prevalencia del asma bronquial en niños menores de 12 años atendidos en el Centro de Diagnóstico Integral (CDI) de San Antonio del golfo, municipio Mejía, estado Sucre; primer semestre del 2009. Fue una investigación descriptiva, con diseño de campo no experimental. Se trató de dos poblaciones: una conformada por cuarenta y siete (47) padres y representantes de los niños asmáticos menores de 12 años atendidos en el CDI a la cual se le aplicó la técnica de entrevista estructurada mediante un cuestionario de preguntas cerradas y la otra por veinte seis (26) integrantes del personal médico-enfermería que labora en el CDI al cual se le aplicó la técnica de encuesta escrita mediante el instrumento de cuestionario autoadministrado. Los resultados más relevantes indican que la mayoría de los niños provienen de familias con bajo ingreso económico lo que no les permite cubrir el tratamiento, por otro en el aspecto ambiental se encuentran presente factores tanto internos como externos que producen aeroalergenos tanto fuera como dentro de las casas y a nivel cultural existen familias que aplican tratamientos naturales a bases de plantas y animales para curar esta patología, pero sin descuidar el tratamiento farmacológico. En cuanto a las acciones del personal médico-asistencial del CDI hacen mayor énfasis en las curativas que en las preventivas. Concluyéndose que en la población objeto de estudio se encuentran presentes una serie de factores sociales, culturales y ambientales que pudieran tener incidencia en la prevalencia de esta enfermedad.

Palabras Claves: Asma Bronquial, Prevalencia, Factores Socio-Culturales y Ambientales

INTRODUCCIÓN

Desde hace muchos años han venido surgiendo una serie de enfermedades a nivel Mundial, por lo que se han estado haciendo estudios e investigaciones científicas, con el propósito de intentar erradicarlas o por lo menos mejorar los tratamientos en torno a las mismas. La mayoría de las veces, los estudios tienden a tomar en cuenta el aspecto clínico de la enfermedad dejando de lado el aspecto social, ambiental y cultural, factores éstos que son determinantes en la prevalencia y reincidencia de algunas enfermedades, tales como las crónicas respiratorias, entre las cuales se destaca el asma bronquial, puesto que, son elementos que forman parte del entorno del individuo y, en consecuencia, repercuten de manera directa en la calidad de vida del mismo.

Por esta razón, se hace necesario realizar estudios tomando en cuenta los factores mencionados anteriormente, con el fin de conocer cómo está afectando realmente el entorno a los individuos que padecen determinada enfermedad. De allí que, a la hora de realizar este tipo de investigaciones se debe tomar en cuenta por una parte, el aspecto social y ambiental, porque ello indica las condiciones en la cual vive cada individuo, de igual modo se debe considerar el aspecto cultural que comprende elementos relativos a costumbres y creencias de personas afectadas en cuanto origen, causas y el tratamiento que se le debe dar a determinada patología.

En este contexto, donde se considera la salud y la enfermedad como fenómenos sociales, surge el interés de la presente investigación, orientada al conocimiento de los factores socio-culturales y ambientales presentes en la prevalencia del asma bronquial en niños menores de 12 años; específicamente de la población de San Antonio del Golfo, municipio Mejía- estado Sucre y que han sido atendidos en el Centro de Atención Integral (CDI), de esa localidad.

En este municipio la prevalencia de esta enfermedad es muy importante, siendo una de las enfermedades con más casos atendidos, revelando 380 casos en el 2008 y 160 casos en el primer semestre del 2009 (última data con que cuenta el CDI). Sin embargo, en la actualidad allí no se han realizado estudios de los diversos factores de riesgos que influyen en la presencia de dicha enfermedad crónica respiratoria. Esta falta de información sobre los factores presentes en la prevalencia del asma en esa localidad, determina la relevancia de abordar una investigación que permita la obtención de nuevos conocimientos relativos a tales factores en esa realidad específica.

Es aquí donde se pone de manifiesto la vigencia y pertinencia de la presente investigación, en tanto que el asma bronquial es una enfermedad que en los actuales momentos es un problema de gran relevancia que despierta el interés de muchas personas, puesto que, día a día afecta a más vidas, sobre todo de la población infantil, según lo expuesto por Malka S. (2004:14), el cual establece que “El asma bronquial es la enfermedad crónica más frecuente de la infancia con una prevalencia del 10 al 15 % en los niños registrados en todo el país, generando gran preocupación y desconcierto”.

Desde la concepción integral de la salud en que se asumió esta investigación y la comprensión del asma bronquial como parte del continuo salud-enfermedad, producto de una realidad contextual cuyo abordaje debe hacerse desde una dimensión multidisciplinaria por los diversos factores relacionados con dicho continuo; este estudio resulta de gran pertinencia para el Trabajo Social puesto que, los profesionales de esta disciplina deben integrarse a los equipos de salud. De igual manera, el conocimiento generado en la misma puede contribuir a la consolidación de nuevos fundamentos teóricos y metodológicos para enfrentar diversos problemas en el ámbito de la salud y, en consecuencia, ampliar el campo de intervención profesional de los Trabajadores y Trabajadoras Sociales.

La investigación planteada llena una necesidad existente de retroalimentación acerca de los factores socio-culturales y ambientales presentes en el asma bronquial. Es por ello que, la motivación para realizar este estudio se origina en la necesidad de generar mayor conocimiento de una realidad concreta donde la práctica profesional del Trabajador Social se fortalezca en la atención al asma bronquial con miras a vigorizar y lograr un mayor posicionamiento a nivel de la salud; mediante acciones que den cuenta de un profesional comprometido y capacitado en el área científica.

Es importante resaltar que, la acción profesional de los/las trabajadores/as sociales se ve fortalecida al tener más conocimientos de la realidad social y de los múltiples y dinámicos procesos que la constituyen; de allí que podrán abordar las diversas patologías desde el punto de vista social basándose en la prevención y promoción, mediante diversos programas sociales que vayan en función de brindarles las herramientas necesarias a los usuarios que requieran su atención profesional; proceso en el cual los individuos y sus familiares adquieren responsabilidades en cuanto a salud y bienestar propio y de su colectividad.

Metodológicamente, la investigación se asumió bajo un enfoque cuantitativo determinado por el alcance de los objetivos y los procedimientos metodológicos empleados. Se trata de un estudio descriptivo centrado en la recolección de datos primarios que permitieron mostrar cómo se presentan los diversos factores sociales, ambientales y culturales en la prevalencia del asma bronquial. Para ello se seleccionó un diseño de campo no experimental de tipo transaccional, como estrategia para obtener la información directamente de una muestra representativa de los padres de los niños afectados por asma que han sido atendidos en el CDI de San Antonio del Golfo y de la población total del personal médico-asistencial que labora en ese Centro. Dado el carácter cuantitativo del estudio, los datos recolectados se presentan a través de una distribución de frecuencia de las variables del estudio, ordenadas en

diferentes categorías de acuerdo a los objetivos planteados y reflejados a través de gráficas circulares y cuadros estadísticos.

El informe final de investigación está estructurado en los siguientes capítulos:

El Capítulo I: comprende el problema, que incluye: planteamiento, objetivos y justificación.

El Capítulo II. Presenta el proceso metodológico seguido en el estudio: nivel de la investigación, diseño, población, muestra, técnicas de recolección de datos, validación y confiabilidad de los instrumentos y técnicas de procesamiento y análisis de datos.

El Capítulo III: El Marco Teórico que se corresponde a los antecedentes investigación, bases teóricas y operacionalización de variables.

El Capítulo IV: Está referido a los resultados obtenidos en el proceso de investigación, los cuales están presentados a través de gráficas circulares y cuadros sometidos a análisis estadístico.

Finalmente, se presentan las conclusiones y recomendaciones que resumen los resultados; de igual manera se incluye la bibliografía y anexos derivados de esta investigación.

CAPITULO I

NATURALEZA DEL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

A nivel mundial es un hecho indiscutible que lo más importante para una sociedad es que cada individuo que la constituye pueda gozar de pleno bienestar tanto físico, mental y social. Elementos éstos que en su conjunto encierran la noción de salud, tal como lo plasma en su preámbulo la Constitución de la Organización Mundial de la Salud ([OMS] 1948): que la define como “ El estado de completo bienestar físico, mental y social no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades ” Vale la pena destacar, que esta definición se mantiene vigente y es relevante por su institucionalidad, pues es la que sirve de base para el máximo cumplimiento de las competencias de la OMS, la cual es el máximo organismo internacional en materia de salud.

La idea de lo que se entiende por salud depende de la interacción de múltiples factores sociales, políticos, económicos, culturales, sociales, ambientales y científicos. Así lo reafirma Briceño-León (2000:15), cuando expresa que "la salud es la síntesis de una multiplicidad de procesos, de lo que acontece con la biología del cuerpo, con el ambiente que nos rodea, con las relaciones sociales, con la política y la economía internacional".

En otras palabras, los procesos anteriormente mencionados no están aislados ni son independientes, sino que se superponen unos con otros, por lo que la salud depende en último término de la capacidad de controlar la interacción entre el medio

físico, el espiritual, el biológico, el económico y social, tal como lo establece la Cumbre Mundial sobre Medio Ambiente y Desarrollo (ONU-1992)

realizada en la ciudad de Río de Janeiro-Brasil. Es por ello que, la salud es un fenómeno social que sólo puede ser explicado teniendo en cuenta que se trata de una estructura de alto grado de complejidad como son los hechos humanos donde entra en acción una elevada cantidad de variables con fuerte interacción entre ellas.

De esta manera, se reconoce la enfermedad como un desajuste entre individuo y ambiente, que puede traer muchas consecuencias lamentables en la vida de los seres humanos, debido a que atenta de forma directa contra el bienestar del individuo que la padece, reduciendo su capacidad de disfrute de la vida. En este sentido, se puede considerar la salud-enfermedad como un fenómeno social que trasciende lo meramente individual y biológico, abarcando a la comunidad como un conjunto aunque se exprese en individuos concretos; por lo que se debe tener presente que la salud es considerada por todos los seres humanos como algo fundamental, puesto que, es el factor que permitirá tener un pleno desarrollo y desenvolvimiento tanto individual como colectivo.

Sin embargo, es una situación evidente que, a nivel mundial, sobre todo en los países en desarrollo, todas las poblaciones, especialmente la infantil, están expuestas a diferentes enfermedades, entre las cuales se encuentran las infecciones respiratorias, tales como: rinitis, rinofaringitis, faringoamigdalitis, epiglotitis o de sus complicaciones (sinusitis y otitis media, la dermatitis atópica y el asma bronquial, entre otras), que registran grandes incidencias. Particularmente, el asma bronquial o hiperactividad pulmonar, en el que se centra el interés investigativo del presente estudio, es considerada como parte de un grupo de enfermedades pulmonares obstructivas crónicas.

El asma bronquial es una de las infecciones crónicas y continuas más alarmantes, debido a que produce infección total o parcial de los conductos

respiratorios o bronquios, originando tos y fatiga, además de que es considerada “como la enfermedad más frecuente de la infancia, con prevalencia del 10 al 15 % en los niños latinoamericanos” (Mujica, 2006:5). Al respecto, Rodríguez y Barnes (2004:1), expresan que “existen evidencias epidemiológicas de que el índice de prevalencia de asma y su mortalidad han aumentado en los países occidentalizados y urbanizados en las dos últimas décadas”.

Según los últimos autores mencionados, a nivel mundial, una de cada cinco (5) personas aproximadamente, padece de asma bronquial, atacando a todas las edades, especialmente a los niños; por lo que se ha convertido en un grave problema de salud pública que produce enormes gastos en la economía de los países. De allí que se haya estimado el desarrollo de muchas investigaciones dirigidas a explicar las causas subyacentes de este aumento, Al respecto, Mujica (2006) ,Silva (2005) y González, L (2005), coinciden en que, las causas que provocan dicha enfermedad son multifactoriales.

Efectivamente, el asma bronquial es una patología multicausal que incluye procesos biológicos, culturales, ambientales (ecológicos) y sociales, entre otros. En tal sentido, es importante tener presente que, el asma bronquial puede ser provocada por diversas razones. En primera instancia, se tiene que la exposición a aeroalergenos puede tener consecuencias en el desarrollo y gravedad de la enfermedad puesto que, la presencia de elementos nocivos que entran en los bronquios, provocan que éstos se inflamen con rapidez y las vías respiratorias se contraigan obstruyendo el paso del aire, mientras que la membrana que los protege produce una mucosidad viscosa, conocida como “flema”, que al permanecer en los pulmones o vías respiratorias provoca infecciones. Evidenciándose el gran efecto ocasionado por los factores socio-ambientales en la prevalencia de dicha enfermedad, mediante la contaminación ambiental y la continúa exposición a los aeroalergenos.

Además de ello, por las características peculiares de esta enfermedad se debe tener en cuenta que la influencia de los factores culturales en la evolución del asma en los niños y en la utilización de servicios médicos, podrían tener consecuencias en el desarrollo y gravedad de la enfermedad.

En Venezuela, el asma bronquial es quizás la afección respiratoria con mayor índice de casos conocidos, mayormente en los niños, ocupando el segundo lugar como causa de consulta por trastornos de salud en toda la red ambulatoria nacional desde el año 1997. Al respecto, González, L (2005:23) expresa que “el análisis de las principales causas de consulta médica en los últimos años, en la red ambulatoria del Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS),(actualmente conocido como Ministerio del Poder Popular para la Salud [MPPS]), muestra como segunda causa al asma, con un promedio de 680.000 consultas anuales”. Según este mismo ministerio citado por González, L (2005:3), “el asma bronquial tiene una prevalencia del 30%; determinándose la alarmante cifra de 56.000 ataques de asma bronquial durante el año 2004, presentando a la vez el 5to lugar en cuanto a causas de mortalidad se refiere”.

Cabe destacar que, los estudios de prevalencia de asma son escasos. Según Rodríguez y Barnes (2004:4) el índice correcto para describir la cantidad de asma en una comunidad es la prevalencia, la cual a juicio de los autores es sorprendentemente difícil de medir con precisión. Quizás por ello, los estudios de prevalencia del asma son escasos y en ellos “las cifras varían del 2 al 20%, existiendo una gran variabilidad de consultas registradas por esta enfermedad en los diferentes estados del país” (Malka S; 2004:23). Las estadísticas de la Fundación Centros de Estudios de la Población Venezolana (Fundacresa), citadas por González, L (2005:15), revelan una prevalencia de alrededor de 13% en menores de 20 años; siendo interesante resaltar que es mayor en los niveles de población con más carencias económicas y asistenciales. Es importante indicar que, los pocos estudios que existen con respecto a esta problemática no revelan datos recientes.

La prevalencia de esta enfermedad puede evidenciarse a través de los últimos estudios realizados en varias ciudades de Venezuela por la Internacional Study Of Asthma and Childhood and the United Nation Children's Fund, (ISAAC-UNICEF), citado por González, L (2005:11), en los cuales, siguiendo la normativa de prevalencia durante el período de 1995-1998 en los grupos etáreos entre 6 a 7 y 12 a 14 años, determinaron los siguientes resultados: Porlamar 30%, el Tocuyo 28,9%, Valencia 23,4%, y Cumaná particularmente con un 21% ocupando el 4to lugar con uno de los niveles más altos de prevalencia del asma con respecto a los demás estados del país,

De lo anteriormente se deduce que, el asma bronquial es una infección respiratoria muy preocupante y de gran relevancia porque es una enfermedad que de no ser atendida de manera oportuna y tomando en cuenta las medidas necesarias para contrarrestarla, puede ocasionar hasta la muerte.

Particularmente, en la comunidad de San Antonio del Golfo- municipio Mejía- estado Sucre, el asma bronquial se incrementa cada día más. De hecho el Centro de Diagnóstico Integral (CDI)¹ de esa localidad, según un estudio longitudinal realizado, muestra que las cifras de casos atendidos ascienden, revelando una prevalencia de 380 casos atendidos durante el año 2008, seguido por un índice de 160 casos atendidos durante el primer semestre del 2009, donde los más afectados según las estadísticas, son los niños menores de 12 años². Es oportuno destacar que, actualmente no hay precisión en los datos estadísticos del 2010 debido a que el CDI está procesando la información, menos

¹ Los Centros de Diagnóstico Integral (CDI) se crean en Venezuela a partir del mes de junio del año 2005 como parte del programa gubernamental denominado Misión Barrio Adentro II, el cual responde al segundo nivel atención médica integral del Sistema Público Nacional de Salud que brinda servicio gratuito a todos los ciudadanos.

² Según información suministrada por el Coord. del CDI de San Antonio del Golfo, Dr. Carlos Matos

aún las cifras del año 2011; razón por la cual para el presente estudio hubo que trabajar con la última data registrada (I- semestre del 2009).

Es importante mencionar que este problema, en cuanto a la información oportuna de las cifras de la prevalencia del asma en el CDI, no es exclusivo de este centro médico asistencial. Las estadísticas sobre salud en Venezuela presentan en su mayoría, marcado retardo en su divulgación, son asistemáticas y con un permanente sub-registro, lo cual resulta un obstáculo para la definición y ejecución de las políticas de salud.

Ahora bien, la problemática de la prevalencia de casos atendidos por asma bronquial en el CDI de San Antonio del Golfo, ha generado una preocupación en general, debido a que el personal que labora en este Centro le manifestó en una de las visitas a la investigadora que la mayoría de los casos atendidos por asma son niños que después de recuperarse frecuentemente vuelven a la consulta con crisis sucesivas. Sin embargo, este CDI no lleva registros específicos de estos casos, lo que impide mostrar cifras estadísticas sobre el problema de la reincidencia de esta patología y hace más difícil tratar la gravedad de esta situación, debido a que con el tiempo la enfermedad se torna más grave y preocupante, tanto para los afectados directamente como para quienes lo rodean. En consecuencia, la presencia de casos reincidentes más los nuevos casos determinan de manera radical que esta enfermedad sea la primera causa de consulta del citado CDI.

Se debe resaltar que, el asma bronquial trae grandes consecuencias a nivel social, puesto que, afecta de manera directa el estilo de vida de los pacientes y que produce ciertas limitaciones físicas y sociales. Por ejemplo, el niño que padece esta patología generalmente es sobreprotegido por los padres y según Alvarado, M (2002:39). “el asma bronquial trae consecuencias negativas en el desarrollo del que la padece y su desenvolvimiento en sociedad, además, el niño asmático con poco control sobre su enfermedad tiende a tener baja autoestima”.

De igual manera, siguiendo con lo que se indicó en párrafos anteriores, es oportuno recordar que, el asma es una enfermedad cuyas causas u orígenes son multifactoriales. De allí puede afirmarse que, especialmente en el caso de los niños atendidos en este CDI pudieran estar incidiendo varios factores. La prevalencia de dicha enfermedad respiratoria aguda y crónica, "obedece entre muchos otros factores, a la contaminación atmosférica y el tabaquismo", (Álvarez, 1991:36). Es decir, esta infección respiratoria es ocasionada principalmente por la contaminación del medio ambiente, debido a que hoy en día esta se ha ido incrementando, basta con citar los diversos factores de riesgos tales como: el hábito de fumar, la exposición a aerosoles en el hogar, la contaminación en el interior de las viviendas y en las comunidades entre otros, lo cual afecta directamente las vías respiratorias causando el atrofiamiento de los pulmones. A la vez, pudieran estar incidiendo los factores culturales debido a que muchas veces algunas personas guiadas por sus costumbres, mitos y creencias o de sus familiares pudieran tomar solo medicamentos naturales antes que visitar al médico, lo que pudiera traer como consecuencia que no se lleve a cabo el tratamiento adecuado para combatir dicha enfermedad.

En el caso de la comunidad de San Antonio del Golfo cabría preguntarse: ¿Cuáles son los factores socio-culturales y ambientales que están presentes en la prevalencia del asma bronquial en niños menores de 12 años?. Esta interrogante motivó el interés por realizar una investigación orientada a la caracterización de tales factores, puesto que en el seno del CDI de esa localidad no se cuenta con esa información. De esta manera, la premisa básica de la presente investigación es la problemática que representa la escasa información y conocimiento que tiene el personal médico asistencial de todos los factores presentes en la prevalencia de esta patología que afecta a gran parte de la población infantil de esa localidad.

Es menester mencionar que los médicos y el equipo médico asistencial del CDI han implementado charlas educativas para tratar de brindar información básica a los familiares de los niños asmáticos, pero eso no ha sido suficiente para

revertir el alto índice de prevalencia. Quizás la falta de conocimientos reales sobre los factores presentes en los casos, y que pudiera estar provocando o agravando esta infección respiratoria, impida lograr resultados positivos en pro de la salud y por ende del bienestar social de la población de San Antonio del Golfo. De allí la vigencia y pertinencia del presente estudio tomando en cuenta que los resultados obtenidos posibilitan ampliar el conocimiento de este problema y a la vez orientar hacia la comprensión del mismo.

1.2 Objetivos de la Investigación

1.2.1. Objetivo General:

Caracterizar los factores socio-culturales y ambientales presentes en la prevalencia del asma bronquial en los niños menores de 12 años, atendidos en el Centro de Diagnóstico Integral de San Antonio del Golfo, Municipio Mejía-Estado Sucre en el I-semester 2009.

1.2.2. Objetivos Específicos:

1. Describir las condiciones socio-económicas de las familias de los niños afectados con asma bronquial
2. Determinar las características de la vivienda y del ambiente peri domiciliario en que se desenvuelve el niño asmático.
3. Precisar el conocimiento que poseen las familias de los pacientes con respecto a la etiología, características y tratamiento del asma bronquial
4. Determinar las creencias y mitos que tienen los familiares de los pacientes acerca del asma bronquial y su tratamiento.
5. Indagar las acciones curativas y preventivas que el personal médico

asistencial dirige al paciente asmático que acude al Centro de Diagnóstico Integral de San Antonio del Golfo.

6. Precisar la opinión de los padres de los niños con respecto a la atención preventiva y curativa recibida en el CDI de San Antonio del Golfo.

1.3 Justificación de la Investigación:

El por qué de esta investigación responde a la necesidad de conocer las causas de prevalencia del asma bronquial en niños menores de 12 años, ya que es una problemática social muy común, preocupante y poco investigada. En tal sentido, los resultados se pretende develar esas causas socio-ambientales-culturales que están presentes en la prevalencia de esta patología y a la vez, utilizar este aporte científico para que se puedan establecer nuevas políticas con la finalidad de disminuir el incremento de casos con asma bronquial.

En Venezuela, y en especial en el Estado Sucre, se ha hecho énfasis en el tratamiento de la crisis de esta enfermedad y en el uso de los diferentes fármacos, pero se han dejado de lado aspectos fundamentales como lo son: las creencias y mitos que tienen algunos familiares en torno a ella, las condiciones ambientales en las cuales se desenvuelven o hacen vida los pacientes asmáticos y el conocimiento que poseen los familiares en torno a esta patología, entre otras causas, que pueden estar influyendo en la prevalencia del asma bronquial.

Con respecto al aporte científico de este estudio, se estima que va a ser de gran utilidad, dado que las causas específicas del asma de los niños que acuden al CDI de San Antonio del Golfo, son desconocidas por los médicos y enfermeros(as). Se espera que los conocimientos obtenidos mediante esta investigación, sea utilizado por este personal, de modo que se empiecen a establecer estrategias para combatirla de la manera más adecuada y así lograr resultados satisfactorios para toda la comunidad de San Antonio del Golfo.

Además, se espera que esta investigación traiga grandes beneficios a las comunidades adyacentes, mediante los aportes que de ella se puedan obtener y que permitan implementar nuevos métodos aplicables en las comunidades para combatir el asma bronquial.

Por otro lado, es preciso mencionar que, dentro del ámbito de la salud hoy en día se ha generado mayor participación de parte de diversos actores sociales involucrados, es decir, la salud ha dejado de ser solo de competencia médica y se ha convertido en un problema social en el cual intervienen diversos profesionales y especialistas en el área social.

Desde el punto de vista de la disciplina, el Trabajo Social asume un enfoque integral de la salud; de allí que, abordar el estudio centrándose en la integridad social, física, cultural y ambiental de las personas, proporciona el conocimiento necesario para comprender la complejidad del componente salud en el ser humano y en la sociedad en general. Así mismo, permite visualizar que la calidad de la salud requiere no solo atender a la enfermedad como tal, en este caso, las crisis de asma, sino prevenir los factores de riesgos y promover la salud en todos sus aspectos. Esto solo es posible a través de la obtención de nuevos conocimientos, razón esta que también justifica la realización del presente estudio.

De lo expuesto anteriormente, se deduce que el presente trabajo viene a llenar un vacío existente por la ausencia de una investigación suficientemente documentada que permita a la comunidad afectada, un abordaje efectivo en el tratamiento de la enfermedad.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

El presente capítulo expone los antecedentes y los enfoques teóricos que se consideran pertinentes para el correcto encuadre del estudio. De esta forma se puede describir en qué estado está el conocimiento respecto al problema de investigación.

2.1 Antecedentes de la investigación

Esta sección está referida a los estudios previos y trabajos de investigación que se han llevado a cabo acerca del asma bronquial. La revisión bibliográfica realizada reveló que sobre esta enfermedad se han hecho diversos estudios desde hace años, pero enfocados hacia los aspectos clínicos de la enfermedad. De allí la necesidad de seleccionar las investigaciones que enfoquen el tema desde el punto de vista que se pretendió desarrollar, lo cual evidenció la poca presencia de estudios sobre los aspectos sociales, ambientales y culturales del asma bronquial. En tal sentido, solo se ubicaron las investigaciones que a continuación se indican.

2.1.1 En el ámbito Internacional:

Alvarado (2002), realizó un trabajo de investigación titulado “**Evaluación del impacto familiar del asma bronquial infantil**”, en el servicio de pediatría del Consorcio Hospitalario del Parc Taulí Barcelona-España. El objetivo de ese estudio fue evaluar el impacto familiar de los niños que sufren de asma en la población española. Su metodología estuvo representada por un estudio de campo, en el cual se aplicó un cuestionario conformado por 69 ítems, los cuales se obtuvieron de la revisión bibliográfica, la discusión con profesionales de salud y la aplicación de prueba piloto. La población estuvo constituida por 149 niños y niñas de 3 a 9 años de edad, (con diagnóstico de asma bronquial) y sus padres.

Los resultados demostraron que la adaptación psicológica de los niños

tuvo una relación importante con la adaptación psicológica de los padres, pero no con las variables relacionadas con la enfermedad. Concluyéndose que las escalas correlacionaron de manera elevada con las características psicológicas de la familia y del niño y de manera baja con las características de la enfermedad y el grado de severidad. También se concluyó que el asma bronquial tiene un alto impacto en la familia del paciente asmático, debido a que son más sensibles al estado de salud en los niños, lo que se destacó principalmente en el cambio de planes, la interferencia en el trabajo o en las tareas domésticas, el no poder dormir durante toda la noche a causa del asma y vivir en función de la enfermedad del niño.

Rodríguez (2004), realizó un trabajo titulado “**Validación de un cuestionario de conocimientos acerca del asma entre padres o tutores del niños asmáticos**”, en el hospital “Santa Clara”, Bogotá- Colombia. El objetivo de dicho estudio fue desarrollar y validar un cuestionario de conocimientos acerca del asma aplicado a los padres y/o personas encargadas del cuidado de pacientes pediátricos asmáticos. Su metodología se caracterizó por ser un estudio descriptivo, en el cual se aplicó un cuestionario de 17 ítems. La población estuvo constituida por 120 pacientes pediátricos.

Los resultados demostraron que el cuestionario de conocimientos de asma es una herramienta útil y fiable para cuantificar el nivel basal de información acerca del asma en padres de niños asmáticos para determinar la eficiencia de una intervención educativa destinada a aumentar el conocimiento y la comprensión de la enfermedad. A la vez, se pudo concluir que gran cantidad de padres tiene conocimientos sobre esta patología, lo que permitió determinar que los programas educativos han dado buenos resultados en la población.

Barquero (2005) realizó un trabajo titulado “**Prevalencia del asma bronquial y su asociación con la contaminación atmosférica y otros factores ambientales**” en la Habana- Cuba. El objetivo del citado estudio fue conocer la

prevalencia del asma bronquial en dos zonas de la ciudad de la Habana sometidas a diferentes grados de contaminación atmosférica y su posible asociación a este factor ambiental. Su metodología consistió en un estudio descriptivo, en el cual se aplicó la entrevista domiciliaria. La población objeto de estudio estuvo constituida por pacientes mayores de un año cuya data se conformó de varios consultorios médicos que atienden a cada una de las zonas, para lo cual se realizó un muestreo aleatorio simple, obteniendo como resultado 1450 personas de las zonas expuestas y 1453 personas de las zonas no expuestas.

Los resultados demostraron que es mucho más favorable la situación de la zona no expuesta con respecto a la expuesta, además, las mayores tasas de prevalencia correspondieron al grupo de 5-14 años de edad, disminuyendo en los de mayor edad. Concluyéndose que la prevalencia del asma es mayor en las zonas expuestas a diferentes factores atmosféricos, es decir, la contaminación atmosférica y otros factores ambientales tiene un impacto potencial en la prevalencia del asma.

Rodríguez y Brugueras (2006) realizaron un trabajo de investigación titulado **“Comportamiento del asma bronquial e importancia de la prevención de enfermedades alérgicas en infantes”** en Cuba. El principal objetivo de esta investigación fue analizar las estadísticas relacionadas con asma bronquial 2001-2004, específicamente en lo referente a la prevalencia en pacientes dispensarizados por asma según edad y sexo. Su metodología estuvo enmarcada en un estudio documental, mediante la revisión de anuarios estadísticos durante el periodo 2001-2004, de la clasificación internacional de las enfermedades y una revisión bibliográfica sobre la prevención del asma.

Los resultados demostraron que el número de pacientes asmáticos se ha ido incrementando anualmente, sobresaliendo los niños de 5-9 años de edad. Concluyéndose que el asma, en la mayoría de los casos, es provocada por factores multicausales; por ello existe un marcado aumento de la prevalencia durante los

primeros años de vida hasta los 14 años de edad.

2.1.2 En el ámbito Nacional:

Silva (2005), realizó un trabajo de investigación titulado: “**Intervención de la Enfermera (o) en usuarios con hiperactividad bronquial (asma)**”, en el servicio de emergencia de adultos del Centro Integral de Salud III “Boyacá V” de Barcelona, estado Anzoátegui- Venezuela, cuyo objetivo fue evaluar la intervención de la enfermera (o) a usuarios con hiperactividad bronquial. Fue un estudio de campo descriptivo, su muestra estuvo conformada por 15 enfermeras y como instrumento se utilizó una guía de entrevista que constaba de dieciséis (16) ítems.

Los resultados obtenidos evidenciaron que las enfermeras realizaron una valoración incompleta a los usuarios asmáticos, no aplican las técnicas de fisioterapias respiratorias y realizan una débil orientación en relación a las medidas preventivas. Concluyéndose que la intervención de enfermería no es totalmente adecuada, por lo que se hace necesario implementar medidas tendientes a mejorar las orientaciones que realiza enfermería y la práctica de las acciones asistenciales que eviten la exacerbación de las crisis asmáticas.

Por su parte, Mujica, P (2006) realizó una investigación titulada “**Calidad de Vida de Pacientes Pediátricos Mayores de siete años con Asma que Consultan el Servicio de Neumonología del hospital pediátrico “Dr. Agustín Zubillaga y la unidad de asma Del Hospital” Dr. Luis Gómez López**” de Barquisimeto -estado Lara, cuyo objetivo fue determinar las limitaciones y calidad de vida en las esferas psíquicas, físicas y socioculturales en los pacientes con asma. Se tomó una muestra no probabilística de tipo intencional confirmatoria de verificación empírica integrada por pacientes menores de 7 años atendidos en estas unidades. Los resultados obtenidos evidenciaron una percepción en la calidad de los pacientes escolares, siendo esta percepción muy pobre en los pacientes adolescentes. Concluyéndose que lo que más afecta en la calidad de

vida del niño asmático es no poder realizar las actividades propias de su edad tales como: correr, jugar, bailar, entre otras.

Romero (2008) realizó una investigación titulada “**Prevalencia del asma bronquial en la edad pediátrica**” en el consultorio popular de Chirgua I, "Manuelita Sáenz", del Área de Salud Integral Comunitaria (ASIC) Santa Rosa, estado Lara, Venezuela.; cuyo objetivo primordial fue determinar la prevalencia del asma bronquial en la edad pediátrica. Su metodología estuvo constituida por un estudio descriptivo de tipo observacional, la muestra comprendió a 40 pacientes asmáticos que tienen menos de 15 años, pertenecientes a 37 familias.

Los resultados obtenidos evidenciaron que el asma en la primera infancia, en la mayoría de los casos, es provocada por factores multicausales, que van desde factores específicos como los alérgenos, hasta factores no específicos como procesos infecciosos virales de las vías respiratorias. Además, se concluyó que el nivel de conocimiento que tienen tanto los pacientes como familiares sobre el asma bronquial es insuficiente.

2.1.3 En el ámbito local

González, L (2005), realizó una investigación titulada “**Intervención de enfermería en la prevención de los factores de riesgo que influyen en la reincidencia del asma bronquial, en niños menores de 5 años atendidos en el ambulatorio rural II “Paradero de Limonal; Municipio Mejía- Estado Sucre,** cuyo objetivo fue determinar la intervención de Enfermería en la prevención de los factores de riesgo que influyen en la reincidencia del asma. Fue un estudio descriptivo, cuya muestra estuvo constituida por 15 madres y 9 enfermeras.

Los resultados obtenidos demostraron que la mayoría de las madres de los niños con asma bronquial presentan un gran desconocimiento sobre los factores que ocasionan la enfermedad; también que el personal de enfermería no orienta sobre los factores de riesgo y además los pacientes alegan que en el ambulatorio

no existen programas educativos relacionados con esta patología.

A continuación se detalla un cuadro resumen con la información principal de las investigaciones internacionales, nacionales y locales realizadas sobre el asma bronquial

2.2 Bases teóricas:

Esta sección se refiere a los aportes teóricos que conforman el punto de vista o enfoque adoptado en el presente estudio, por lo que para comprender el objeto de estudio de esta investigación se hizo necesario conocer y explicar una serie de temas asociados a él, los cuales se estructuran en tres ejes temáticos: nociones conceptuales referidas al asma, el asma bronquial en el contexto de la relación salud-enfermedad y el Trabajo Social en la atención del asma bronquial. Estos ejes se presentan de manera separada, sin embargo, ellos se encuentran estructuralmente vinculados.

2.2.1- Algunas nociones conceptuales referentes al asma bronquial:

-Asma bronquial

El asma bronquial es una patología crónica y continua. Al respecto Navarro, citado por González, L (2005:9) expresa: “el asma es una enfermedad inflamatoria crónica que se acompaña de episodios de dificultad respiratoria debido al estrechamiento de los conductos bronquiales provocados por la inflamación y la hiperactividad bronquial reversible espontáneamente o con medicación”.

Lo expresado por el autor confirma la relevancia de esta patología, puesto que la misma interfiere en el adecuado proceso de respiración, lo que puede afectar a las personas de cualquier edad, siendo más susceptible la población infantil. De igual manera, Navarro citado por González, L (2005:15) refiere que:

El asma infantil es la patología más frecuente y la que más consultas de urgencias demanda, debido a que en las crisis se puede dar alteración de la conciencia pudiendo llegar a la muerte. La incidencia de casos es de más del 60% antes de los 5 años.

Así pues, a nivel mundial existe prevalencia de esta enfermedad, que crea gran preocupación porque afecta a todas las edades y se puede generar con un alto nivel de gravedad, debido a que si no se toman las medidas necesarias puede llegar a ocasionar la muerte, lo que lo convierte en un problema de salud pública. En este sentido, Rodríguez y Barnes (2004:1), en referencia a la prevalencia del asma indican que ésta ha aumentado en los países occidentalizados y urbanizados en los dos últimos decenios, aunque hay alguna evidencia de que este incremento de la prevalencia en la actualidad muestra una nivelación. De igual modo los autores antes mencionados afirman lo siguiente:

La prevalencia del asma en diferentes grupos raciales que comparten el mismo ambiente es similar. Si bien los grupos raciales y étnicos que comparte el mismo ambiente tienen una prevalencia similar del asma, la morbilidad y mortalidad a que están expuestos pueden ser bastante diferentes, dado que los grupos socio-económicos menos favorecidos y los inmigrantes recientes presentan morbilidad y mortalidad más elevada. (SIC).

Lo expresado por este autor permite comprender de una manera más amplia, que la prevalencia es un elemento muy importante debido a que juega un papel fundamental en el estudio de las enfermedades, mediante el cual se puede determinar cuál ha sido la magnitud y el impacto de esta enfermedad en cualquier lugar, además se puede precisar con exactitud que puede afectar a todas las personas que viven bajo ciertas condiciones ambientales; por lo que esta información representa un gran avance porque a través de la misma se pueden ir estudiando e indagando acerca de los factores ambientales que influyen en ella.

2.2.2-Principales factores de riesgo que influyen en la prevalencia del asma bronquial:

Existen diversos factores que influyen en el número de individuos que presentan esta enfermedad, los cuales a pesar de ser de índoles y características totalmente distintas influyen con gran magnitud, por lo que es importante definirlos, entre estos factores están:

Tabaquismo Materno

Al respecto, Rodríguez y Barnes (2004:1), expresan: "El tabaquismo materno durante el embarazo sin duda es asociado con un aumento del riesgo del asma en la infancia. La razón puede ser que el tabaquismo eleva los niveles del factor de crecimiento semejante a la insulina".

Tabaquismo Pasivo

Los niños expuestos al tabaquismo pasivo, por lo general, cuando sus padres son los fumadores, tienen más probabilidades de sufrir enfermedades respiratorias y asma en la infancia.

Exposición a Aeroalérgenos:

Durante mucho tiempo se pensó que el aumento de la exposición a los aeroalérgenos, sobre todo a los ácaros del polvo doméstico era una de las causas de la prevalencia del asma. Sin embargo, González, L (2005) coincide con Rodríguez y Barnes (2004), en que el asma es una enfermedad crónica respiratoria multifactorial y a pesar de que los ácaros del polvo sin duda alguna es la causa más frecuente de sensibilización de las comunidades urbanizadas, no es la causa principal de la prevalencia de esta enfermedad.

Cambios en la Alimentación

Los cambios en la alimentación pueden causar el aumento de la prevalencia, al respecto Rodríguez y Barnes (2004:2), expresan:

Se han producido grandes cambios en la alimentación de las sociedades industrializadas en los últimos dos o tres decenios, enmarcados por la disminución del consumo de frutas y vegetales frescos, por ende, por una disminución de los antioxidantes, (en especial una descenso de las vitaminas como la A y la C), en la dieta. Aunado a esto esta el descenso en el consumo de pescados aceitosos que al ser ingeridos regularmente proteger contra el asma.

De lo anteriormente expuesto, se puede evidenciar que los cambios en la alimentación pueden influir en la prevalencia del asma, tomando en cuenta que con el pasar del tiempo se han dado grandes avances desde el punto de vista tecnológico e industrializado, lo que ha traído una serie de beneficios para los seres humanos pero también grandes consecuencias, como lo es la disminución del consumo de frutas y vegetales frescos prefiriéndose productos con químicos y colorantes que no brindan las vitaminas necesarias para el buen desarrollo físico y mental de los seres humanos, es decir, se ha olvidado la importancia que tiene la comida balanceada al brindar los nutrientes necesarios que ayudan a fortalecer la salud. Por otra parte, a pesar de que la mala alimentación influye en la prevalencia del asma no se puede considerar como única causa, debido a que su efecto parece ser de una magnitud muy pequeña.

Contaminación ambiental

Otro de los efectos del desarrollo científico-tecnológico, es la creación de los automóviles, los cuales sin duda alguna son muy útiles, ya que les sirven de transporte a los seres humanos, permitiéndoles movilizarse de una manera más rápida para así poder cumplir con todas las funciones en su vida cotidiana, sin embargo, esto representa sólo el aspecto positivo, ya que por otro lado, equivale a un elemento negativo debido a que contribuyen de manera directa en la contaminación ambiental.

A pesar de que la contaminación ambiental causada por automóviles, la cual es una de las razones popularmente aducida por los medios de comunicación y los pacientes para explicar el aumento de la prevalencia del asma. Rodríguez y

Barnes (2004:3).indican que:

Son pocas las evidencias de que los contaminantes transportados por el aire sean la causa del aumento de la prevalencia del asma, debido a que los países y áreas que tienen niveles bajos de contaminación ambiental, pero gozan de un nivel de vida industrializado y desarrollado, siguen mostrando una mayor prevalencia del asma.

Disminución de las Infecciones de la Infancia

Hoy día, la disminución de exposición a las infecciones en la infancia, en especial las intestinales, parece ser la mejor explicación para el aumento de la prevalencia del asma y se le conoce como la hipótesis de la higiene. Con respecto a esta hipótesis, Rodríguez y Barnes (2004:3), alegan:

La hipótesis sostiene que debido al ambiente cada vez más limpio y la menor exposición a las infecciones, en especial intestinales, en los niños, el sistema inmunológico se va por la denominada vía th2, donde causa un aumento de las enfermedades alérgicas incluidas el asma, en vez de por la vía th1, en la cual se combaten las infecciones. En el mundo entero, la hipótesis de la higiene actualmente ofrece la mejor explicación para el aumento de la prevalencia del asma mediante el uso de algún tipo de vacuna para simular los efectos de las infecciones tempranas de la infancia.

Como puede apreciarse, lo anteriormente expuesto pone de manifiesto que existe un conjunto de factores adquiridos que pueden influir en las posibilidades de padecer esta enfermedad, no obstante, existe la posibilidad que otros factores inherente al propio individuo esté presente en la prevalencia de esta patología; entre estos se puede encontrar la herencia, en tanto que un niño con predisposición genética desarrolla más intensamente la sensibilidad a los agentes externos que aquellos que no la tienen.

La genética y su influencia sobre el asma

Según Mejías (2004: 25): “La herencia juega un papel representativo con respecto a la prevalencia del asma, lo que significa que es de suma importancia tomarla en cuenta a la hora de realizar estudios sobre los elementos o factores que influyen en la misma”.

Aunado a esto Navarro, citado por González, L (2005) expresa que “existen factores congénitos o genéticos, propios del sujeto que se presentan en forma de alergias e hiperactividad bronquial.”.Este mismo autor plantea en los últimos estudios realizados en este campo aseguran que se ha descubierto el gen que ocasiona la presencia del asma, lo que puede significar un gran avance en los progresos hacia el control de esta enfermedad.

2.2.3-Aspectos socio-culturales del asma

Otro de los elementos que juegan un papel importante dentro de la prevalencia de la enfermedad y reincidencia en hospitalización por asma, vendría a ser el aspecto cultural, es decir, las creencias que puedan tener las personas sobre cómo combatir esta enfermedad, debido a que en nuestra sociedad existen casos de grupos familiares que prefieren aplicar sus propias costumbres o creencias para contrarrestar el asma bronquial, en vez de acudir al médico, ya sea porque su religión o porque ellos no creen, lo cierto es que terminan ocasionando que el asma se torne más grave.

Entre los tipos de creencias más comunes encontramos (Academia Biomédica Digital 2007):

1. **De asma nadie se muere:** gran parte de la población que padece esta patología opina que el asma no es una enfermedad tan grave como para causar la muerte. Sin embargo, hoy en día se han visto casos de muertes por asma, cuyo número, si bien es escaso, está aumentando, siendo su causa aún desconocida. Una posibilidad sería la falta de tratamiento, uno inadecuado o insuficiente.

2. **El asma se cura por sí sola en la pubertad:** hay algunos chicos asmáticos que curan su enfermedad en la pubertad espontáneamente; pero eso es un error médico relativamente común no efectuar tratamiento en niños a la espera de la pubertad. Esto implica que el paciente siga teniendo crisis durante muchos años, y lo que es más grave, la posibilidad de que de este modo, cuando llegue a la pubertad la enfermedad haya producido ya complicaciones que quedarán de por vida e impedirán una curación.

3. **El asma es curable:** lo cual es totalmente falso, sin embargo se puede controlar y estar sin ningún tipo de síntoma si se trata adecuadamente, entendiendo como tal la desaparición de las crisis de asma, o una transformación a crisis leves y esporádicas que le permitan llevar una vida totalmente normal.

Además de estos mitos, también existen creencias y costumbres sobre como curar el asma bronquial, uno de ellos, es que a través de animales y plantas se puede curar esta patología. Por ejemplo con sapos y marihuana, entre otros. Los cuales a la final terminan ocasionando graves daños en la salud de los pacientes ya que no se les está dando el tratamiento adecuado (Academia Biomédica Digital: 2007).

2.2.3 El tratamiento del asma bronquial en el contexto de la concepción integral de la salud

La idea de salud responde una condición histórica, pues en cada momento, determinada sociedad puede tener una visión particular de la misma. De hecho, cada época corresponde a cierta estructura irreplicable de poder, técnicas, ideas, valores, costumbres, creencias y normas. De manera que la noción de lo que se entiende por salud es un producto o construcción social, o como lo establece

Durkheim citado por Alvarado M (2002:207), " Es un hecho social que puede ser tratado como cosa y es externo y coercitivo al individuo"

Razón por la cual, desde hace muchos años se había venido generando una serie de cambios en lo que a la concepción de salud se refiere, pues anteriormente este término era concebido como el bienestar del cuerpo y el organismo físico, debido a que es precisamente la concepción semántica o fisiológica la que más importancia había ejercido en la sociedad.

Sin embargo, actualmente la salud es vista como el completo bienestar tanto físico como mental y social, al igual que ha tomado un enfoque integral, debido a que es un fenómeno que no afecta solo al que la padece sino al colectivo en general, tornándose como un aspecto del individuo que va más allá del aspecto clínico, constituyendo a la vez un problema social que requiere de la atención especializada de un grupo interdisciplinario de profesionales.

Hay que hacer notar que, mediante esta nueva perspectiva, se ha ido generando una mayor participación por parte de los diversos actores sociales involucrados, es decir, la salud ha dejado de ser solo de competencia médica y se ha convertido en un problema social, lo que implica la inserción de los actores sociales en la toma de decisiones, en la ejecución y el seguimiento de las acciones sobre los procesos que propician con el fin de respetar los principios de universalidad, solidaridad y equidad en la prestación de los servicios y la construcción social de la salud.

Bajo estas consideraciones de la salud como un proceso humano, vinculado al entorno ambiental y social, que engloba a su vez el concepto de bienestar y los elementos que lo constituyen y determinan; es posible entender con mayor precisión el problema del asma bronquial, puesto que, esa noción de salud establece el carácter multicausal de la salud-bienestar cuyos componentes se relacionan y modifican entre sí en un círculo envolvente formado por los

individuos, los sistemas culturales, la ecología, entre otros. En tal sentido, en el asma bronquial se proyectan todas esas dimensiones.

Efectivamente, el asma bronquial, la cual es una enfermedad que afecta la salud de muchos individuos a nivel mundial, es una patología de origen multicausal, Alvarado, M(2002), González, L (2005) y Barquero J(2005), han realizado estudios que así lo ratifican, dejando en evidencia que existen diversos factores presentes en la prevalencia de la misma, la cual presenta características peculiares que deben ser abordadas de manera integral, tomando en cuenta las características físicas, psicológicas, económicas y sociales que requiere una atención en varios niveles, a fin de brindar orientación y mayor apoyo en cuanto al tratamiento adecuado que se le debe dar a los pacientes con esta patología y herramientas para prevenirla.

Ahora bien, el asma bronquial, como problema de salud pública requiere de la aplicación de un tratamiento específico, indicado por el personal médico. Es necesario tener presente lo importante que es seguir el tratamiento adecuado para combatir y disminuir el asma, en vista de que éste tiene varios objetivos. Al respecto, en el diccionario de medicina Océano/ Mosby (2005:17), se establece que “el objetivo primordial del tratamiento del asma es mejorar los síntomas del sufrimiento respiratorio”. Además del tratamiento farmacológico o medicamentoso, es necesario combinar medidas preventivas para controlar adecuadamente el asma bronquial.

En tal sentido, para luchar con esta patología no basta solo aplicar el tratamiento médico, pues esta afección alérgica requiere de la realización de un tratamiento integral desde una perspectiva: psicológica, social y orgánica, por lo que además del tratamiento médico se debe tomar en cuenta que el modo de vida de las personas determina la forma y causa de una enfermedad, por lo tanto, se debe realizar especial énfasis en la prevención del asma bronquial y de las posibles recaídas. Mediante la aplicación de ciertas medidas ambientales, tales

como: evitar la exposición a aeroalergenos (polvo, animales, ácaros, entre otros), en pacientes sensibilizados, evitar la exposición del humo de tabaco, mantener limpia la casa y lugares de trabajo o estudio, evitar el contacto con sustancias irritantes que puedan obstruir las vías respiratorias, con el fin de propiciar un ambiente sano para el paciente asmático.

Referente a las medidas preventivas para combatir el asma bronquial, Alvarado (2002:15), indica lo siguiente:

La prevención de los alérgenos se puede dividir en primaria y secundaria. La prevención primaria consiste en evitar o minimizar la exposición a los aeroalergenos con el fin de prevenir la aparición de la sensibilización del asma. La prevención secundaria del asma es el término que se utiliza para describir la minimización o eliminación de los aeroalergenos, una vez que la persona ya sensibilizada tiene un asma establecida”.(SIC).

En esta misma línea, el autor antes mencionado, alega que con la implementación de las medidas preventivas se pretende evitar la exposición a neuroalérgenos en pacientes, como por ejemplo, los ácaros del polvo y animales domésticos, entre otros.

De esta forma, basado en el concepto de salud integral, se debe trascender la visión médica y asistencialista en el tratamiento del asma bronquial y buscar incidir en los determinantes sociales de la enfermedad, con el propósito de mejorar la calidad de vida de la población, en la que se incluyen la salud, educación, economía social, la consolidación urbana, la seguridad alimentaria, el deporte y la recreación, entre otros aspectos, de las condiciones de vida de las personas afectadas y de los colectivos que las rodean.

Bajo este orden de ideas es preciso mencionar, entendiendo la importancia del abordaje integral en el tratamiento del asma, que se requiere una intervención de un equipo multidisciplinario que abarque más allá del aspecto clínico tomando en cuenta el aspecto social, dentro de ese equipo se destaca el Trabajador Social, como

profesional capacitado que cuenta con una metodología y funciones específicas que se adaptan al campo de la salud con el propósito de completar la atención holística dentro de esta área.

2.2.4 El Trabajo Social en la Atención del Asma Bronquial

El Trabajo Social comparte el enfoque integral de la salud debido a que su acción se centra en la integridad social, física, mental y ambiental de las personas; lo cual le permite desarrollarse en un entorno vital y social favorable. De allí la importancia de la participación de este profesional dentro de los equipos de salud.

El Trabajador Social según Ander-Egg (2006:295) “Es aquel que lleva a cabo una actividad que se realiza actuando sobre algún aspecto social en vista de mejorar y transformar las condiciones sociales de un individuo, grupo o comunidad. “lo cual constituye un valioso aporte y elemento dentro de las instituciones de salud, debido a que se estará brindando un enfoque integral y a la vez garantizando el derecho universal de la misma.

De igual manera, Kisnerman (1978:12) sostiene que “El Trabajador Social es un profesional que se encarga de identificar, derivar y seguir los casos, educar a la familia, y orientarla frente a sus problemas”. Es decir, busca con su intervención la promoción y desarrollo de la salud integral desde el ámbito local, mostrando su visión desde el contexto social, promoviendo la participación de los usuarios y las comunidades en general, porque la calidad de la salud requiere no solo de atender las enfermedades, sino también prevenir los factores de riesgo y promover otras actividades que permitan el desarrollo pleno de la persona.

Se debe destacar que, este profesional desarrolla un papel complejo frente a las demás disciplinas, una responsabilidad social y ética frente a los pacientes. Es así como en los equipos de salud es valorado básicamente por su papel de mediador entre los miembros del equipo (resolución de conflictos), sus aportes frente a la situación del paciente, al igual que los estudios socio-demográficos,

que permiten evaluar la situación de forma compleja, posibilitando analizar las causas sociales que afectan la salud y las diversas investigaciones sociales que realiza arrojando resultados que son de gran utilidad para combatir las enfermedades desde el punto de vista social.

Tal como lo que ratifica Aguayo C, (2007:236), “en el área de la salud el Trabajador Social es reconocido como un profesional, que cuenta con metodologías”, además que contempla entre sus funciones la promoción de la salud, permitiéndole a la población tener un control sobre su vida, para la cual involucra necesariamente la organización política de los individuos, con el objeto de mejorar sus condiciones de vida, ello ubica a la metodología de la educación popular como un instrumento necesario para alcanzar dicho objetivo, que sirve de ruta para vincular las instancias organizativas locales y regionales para encontrar alternativas de solución a los problemas de salud.

En relación a lo antes planteado, se requiere la presencia del Trabajador Social dentro de equipo de salud para la atención del asma bronquial, sobre todo, en edades pediátricas, para desarrollar al máximo sus funciones dentro de esta área con la finalidad de lograr una atención de calidad y el abordaje integral a los usuarios o pacientes que presenten esta patología, en tanto que la calidad de la salud requiere no solo de atender la enfermedad sino también prevenir los factores de riesgo y promover otras actividades que permitan el desarrollo pleno de la persona.

Los Trabajadores Sociales dentro del equipo de salud, para la atención del asma bronquial deben desarrollar un conjunto de funciones, entre las cuales se pueden mencionar las siguientes:

Funciones del Trabajador Social en la Atención del Asma Bronquial:

Promoción:

Mediante esta función el Trabajador Social podrá elaborar, ejecutar y

evaluar programas de divulgación de los múltiples factores presentes en la prevalencia del asma bronquial, tanto para los pacientes como a otros profesionales e informar a la población sobre el uso adecuado de los recursos de la institución. También atender casos de los pacientes y sus familiares para promover una atención de calidad.

Prevención:

El Trabajador Social deberá orientar a los pacientes y miembros de la familia sobre el asma con el propósito de expandir el conocimiento sobre esta enfermedad, el trato adecuado que se le debe dar a un niño asmático para evitar la sobreprotección y que lleve su vida lo más normal posible dentro de la sociedad en la que se desenvuelve. Y sobre la aplicación de las medidas ambientales que le permitan tener un mayor control sobre su salud y una mejor calidad vida.

Recuperación:

Este profesional deberá capacitar a los miembros de la familia, a través de orientación, sesiones educativas, para que sean sujetos de su recuperación, mediante la implementación de sesiones educativas sobre cómo aprender a vivir con esta enfermedad, con el objetivo de lograr que el paciente asmático pueda vivir integrado y con las mínimas limitaciones posibles dentro de la sociedad, por lo que el Trabajador Social deberá proporcionar información sobre la enfermedad, enseñar las habilidades relaciones sobre el manejo del asma y fomentar la relación positiva médico-paciente.

Rehabilitación:

Brindarle estrategias al paciente asmático para que desarrolle al máximo sus potencialidades así como elaborar programas y proyectos dirigido a las instituciones educativas para reubicar al paciente asmático, de manera que logre

desarrollar una vida plena tomando en cuenta sus limitaciones.

Por lo tanto, teniendo en cuenta cada una de estas funciones, se muestra y deja de manifiesto que el Trabajador Social en la intervención en el asma bronquial juega un papel innovador y de vital importancia, debido a que contribuye realmente con la solución de esta problemática que requiere atención especializada de un equipo holístico, como parte del equipo de salud, estableciéndose como un complemento útil y necesario para una mejor atención integral del paciente asmático.

2.3-Bases legales con respecto a la salud:

En este punto se describen y analizan los soportes legales y normativos que orientan y regulan la actuación del Estado en cuanto a la salud como derecho universal de los seres humanos.

2.3.1 En el Ámbito Internacional:

Declaración Universal De Los Derechos Humanos

La Declaración Universal de los derechos Humanos surge en el seno de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), organismo internacional que nació en 1945 por el esfuerzo mancomunado de los distintos gobiernos con la finalidad de emprender una cruzada para disminuir las desigualdades e inequidades sociales, económicas y culturales de las distintas naciones. A partir de un histórico documento llamado Carta de las Naciones Unidas (aprobada en junio de 1945) la ONU debía promover el respeto universal de los derechos humanos y en cumplimiento de ese mandato, elaboró en 1948 la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la cual fue aprobada por un total de cincuenta y un países (51), entre los cuales se encontraba Venezuela.

La Declaración Universal de los Derechos Humanos, sostiene que “Los Derechos Humanos son aquellas libertades, facultades, instituciones o reivindicaciones relativas a bienes primarios o básicos que incluyen a toda persona, por el simple hecho de su condición humana, para la garantía de una vida digna...”.

Entre los derechos humanos consagrados en esta declaración, se contempla explícitamente el derecho a la salud, tal como se evidencia en el presente artículo:

Artículo 25: “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud, bienestar y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”

A partir de esta Declaración, la salud adquiere rango de derecho universal, que se le debe garantizar a cada individuo y a su familia, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica y social, como cualquier otro Derecho Humano.

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales:

Otro instrumento emanado de la ONU, orientado a darle materialidad a los enunciados proclamados en la Declaración de los Derechos Humanos es el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, aprobado en el año 1966,, el cual hace mención al derecho a la salud en los siguientes artículos:

Artículo 12:

1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:

a) La reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;

b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;

c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;

d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre:

Fue aprobada por la IX Conferencia Internacional Americana realizada en Bogotá en [1948](#), la misma que dispuso la creación de la [Organización de Estados Americanos](#) (OEA). Históricamente, fue el primer acuerdo internacional sobre [derechos humanos](#), anticipando la [Declaración Universal de los Derechos Humanos](#) sancionada seis meses después. Esta declaración también contempla la salud como derecho en el primer capítulo en el

Artículo XI:

Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad.

Es decir, en este artículo está establecido el Derecho fundamental en los países americanos a la preservación de la salud y al bienestar del individuo.

Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales "Protocolo de San Salvador"

En consideración que la Convención Americana sobre Derechos Humanos se crearon proyectos de protocolos adicionales a esa convención con la finalidad de incluir progresivamente en el régimen de protección de la misma otros derechos, por lo cual en 17 de junio de 1988 nace el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos "Protocolo de San Salvador", el cual contempla los siguientes artículos referente a la salud:

Artículo 10:

1. Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.

2. Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho:

a). la atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad;

b). la extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado; la total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole; la educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud, y, la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables.

2.3.3 Marco legal de la salud a nivel nacional:

Venezuela como sujeto jurídico internacional ha suscrito y ratificado los instrumentos internacionales antes indicados que reconocen el derecho a la salud

dentro del contexto de los derechos humanos. De esta manera, la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (CRBV), establece garantías para el pleno disfrute del derecho a la salud de todos los venezolanos. Asimismo, para responder al mandato constitucional sobre ese derecho, el Estado venezolano establece un conjunto de normativas jurídicas que contemplan una serie de disposiciones legales que lo consagran. En tal sentido, el marco jurídico de este estudio se sustenta en el conjunto de normas jurídicas internas con distintos niveles de jerarquización: En primer lugar la CRBV y luego la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social que incluye dentro de sus prestaciones las relativas a la atención a la salud.

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela:

Venezuela al igual que otros países, coincide en que la salud es un derecho universal es por ello que la ratifica en la Constitución Bolivariana de Venezuela aprobada por la Asamblea Nacional Constituyente en diciembre de 1999 y cuyo texto fue publicado en Gaceta Oficial N° 5.453 del 24 de marzo del año 2000. Este instrumento le otorga rango constitucional al derecho a la salud en los siguientes artículos:

Artículo 83.

La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República.

Artículo 84.

Para garantizar el derecho a la salud, el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de

seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad. El sistema público nacional de salud dará prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad. Los bienes y servicios públicos de salud son propiedad del Estado y no podrán ser privatizados. La comunidad organizada tiene el derecho y el deber de participar en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución y control de la política específica en las instituciones públicas de salud.

Artículo 85.

El financiamiento del sistema público de salud es obligación del Estado, que integrará los recursos fiscales, las cotizaciones obligatorias de la seguridad social y cualquier otra fuente de financiamiento que determine la ley. El Estado garantizará un presupuesto para la salud que permita cumplir con los objetivos de la política sanitaria. En coordinación con las universidades y los centros de investigación, se promoverá y desarrollará una política nacional de formación de profesionales, técnicos y técnicas y una industria nacional de producción de insumos para la salud. El Estado regulará las instituciones públicas y privadas de salud.

Artículo 86:

Toda persona tiene derecho a la seguridad social como servicio público de carácter no lucrativo, que garantice **la salud**...

Estos son los artículos primordiales por los que la Carta Magna de Venezuela rige el derecho a la salud de todos los venezolanos y los deberes del Estado en cuanto a la garantía del pleno disfrute de tal derecho.

Por lo que se debe resaltar que el establecimiento del derecho a la salud obliga al Estado a generar condiciones en las cuales todos puedan vivir lo más saludablemente posible. Esas condiciones comprenden la disponibilidad garantizada de servicios de salud, condiciones de trabajo saludables y seguras, vivienda adecuada y alimentos nutritivos y un ambiente sano como se establece en el artículo 127 de la CRBV, debido a que el derecho a la salud no se limita al derecho a estar sano.

Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social

En el segundo peldaño de la escala jerárquica del marco jurídico en materia de salud, se encuentran la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social (LOSSS). La cual fue sancionada el 30 de diciembre de 2002 y publicada en Gaceta Oficial N°37.600 de esa misma fecha. Esta ley desarrolla los derechos constitucionales sobre seguridad social que toma en cuenta la salud como derecho universal. Se mencionarán a continuación los artículos de esa ley, que a juicio de la autora tocan directa o indirectamente las acciones del Estado en cuanto el derecho a la salud, estableciendo en el **artículo 17**: El Sistema de Seguridad Social garantiza el derecho a la salud y las prestaciones por: maternidad; paternidad; enfermedades y accidentes cualquiera sea su origen, magnitud y duración; discapacidad; necesidades especiales (...).

Artículo 18.

El Sistema de Seguridad Social garantizará las prestaciones siguientes:

Promoción de la salud de toda la población de forma universal y equitativa, que incluye la protección y la educación para la salud y la calidad de vida, la prevención de enfermedades y accidentes, la restitución de la salud y la rehabilitación oportuna, adecuada y de calidad.

Artículo 19.

El Sistema de Seguridad Social, sólo a los fines organizativos, estará integrado por los sistemas prestacionales siguientes: Salud, Previsión Social y Vivienda y Hábitat. Cada uno de los sistemas prestacionales tendrá a su cargo los regímenes prestacionales mediante los cuales se brindará protección ante las contingencias amparadas por el Sistema de Seguridad Social.

Artículo 20.

El Sistema Prestacional de Salud, tendrá a su cargo el Régimen Prestacional de Salud mediante el desarrollo del Sistema Público Nacional de Salud.

Artículo 52.

Se crea el Régimen Prestacional de Salud en consonancia con los principios del Sistema Público Nacional de Salud que tiene por objeto garantizar el derecho a la salud como parte del derecho a la vida en función del interés público, en todos los ámbitos de la acción sanitaria dentro del territorio nacional.

Es preciso destacar que el Régimen Prestacional de Salud previsto en la LOSSS, a pesar de la importancia que tiene la salud dentro del sistema social, aun no se ha creado, ya que el Poder Legislativo no ha sancionado la ley que regirá esta materia, tal como lo expresa el Art. 57 de la LOSSS: “El Régimen Prestacional de Salud se regirá por las disposiciones de esta Ley y por la Ley que regula Régimen Prestacional de Salud”. Se tiene entonces que la Asamblea Nacional tiene una tarea pendiente con los venezolanos; aunque cabe mencionar, que actualmente se encuentra en discusión en su seno un proyecto de ley sobre esa materia en espera de ser aprobado.

2.4 Breve Reseña sobre los Centros de Diagnóstico Integral (CDI).

La Misión Barrio Adentro es un programa social promovido por el presidente de la [República Bolivariana de Venezuela](#), [Hugo Chávez](#), con ayuda del gobierno de [Cuba](#), que se caracteriza por la utilización de profesionales cubanos y venezolanos para ofrecer servicios de salud a la población venezolana en las zonas pobres del país (llamadas barrios), zonas inaccesibles y que generalmente quedan lejos de los hospitales.

En Venezuela, a partir del mes de junio del año 2005 como parte de este programa gubernamental, se crean los Centros de Diagnóstico Integral (CDI) los cuales responden al segundo nivel de atención médica integral del Sistema Público Nacional de Salud, que brinda servicio gratuito a todos los ciudadanos. De acuerdo a la visión sistémica e institucional del gobierno, de lo que debe ser la salud en Venezuela, en su primera etapa se encarga del primer nivel de atención las 24 horas del día en consultorios y ambulatorios, donde médicos venezolanos o cubanos atienden dolencias menores o aquellas que pueden solucionarse con el médico de familia o el médico general integral. El segundo nivel de atención lo constituyen las Clínicas Populares con sus respectivas Salas de Rehabilitación Integral (SRI), en donde se proporcionará atención especializada durante las 24 horas del día para emergencias así como pediatría, gineco-obstetricia, cirugía y medicina interna, entre otros servicios, siempre y cuando el paciente haya pasado previamente por el primer nivel de atención, para posteriormente ser referido al sistema hospitalario o de regreso al primer nivel, donde su médico familiar continuará con su control periódico (Ministerio del Poder Popular de la Comunicación y la Información, 2006).

El caso particular de los CDI, son instituciones de salud, donde se garantiza los medicamentos e insumos requeridos de forma gratuita y con un personal de trabajo formado por médicos, enfermeros y técnicos. Su objetivo principal garantizar al paciente los servicios médicos y quirúrgicos de urgencia durante las 24 horas, además de constituir el centro coordinador de los ambulatorio tipo I. Los servicios incluyen terapia intensiva, apoyo vital, electrocardiograma con servicio de urgencia de cardiología, consultas, otras urgencias médicas, oftalmología clínica, laboratorio clínico, ultrasonido, endoscopia, Rayos X y análisis por Sistema Ultramicroanalítico.

Para cumplir con este tipo de atención, se llevó a cabo un Convenio, mediante el cual la República de Cuba ofrece a la República Bolivariana de Venezuela los servicios médicos, especialistas y técnicos de la salud para prestar asistencias en lugares donde no se disponga de ese personal. Los médicos

especialistas y técnicos cubanos ofrecerán entrenamiento al personal venezolano de diversos niveles que las autoridades soliciten. La parte venezolana se comprometió a cubrir los gastos de alojamiento, alimentación, transportación interna. El gobierno de Cuba garantizará a todos los galenos y demás técnicos sus salarios y la atención adecuada a los respectivos familiares en la Isla.

Cabe destacar, que estas instituciones de salud (CDI), no cuentan con Trabajadores Sociales dentro del equipo de salud, ya que el modelo de salud cubano en que se sustentan no integra en tal equipo a este profesional; siendo el personal médico-asistencial quien asume las funciones del área social en el campo de la salud que son inherente a la profesión de Trabajo Social.

2.4 Operacionalización de Variables

Como punto final de este capítulo se presenta la Operacionalización de las variables, proceso éste que permite definir conceptualmente la variable principal y comprender su significado. De igual forma, incluye la manera cómo se presentan operacionalmente las variables que fueron detectadas en la construcción de las bases teóricas y que permitieron definir las dimensiones relevantes para el estudio y establecer los indicadores para cada dimensión. De esta forma se definieron los instrumentos y procedimientos de medición más idóneos para lograr los objetivos de la investigación, los cuales fueron presentados en el Capítulo III.

Titulo del Trabajo de Investigación:

Factores socio-culturales y ambientales presentes en la prevalencia del asma bronquial en niños menores de 12 años atendidos en el Centro de Diagnóstico Integral de San Antonio del Golfo, Municipio Mejía, Estado Sucre en el 2009.

Objetivo General:

Caracterizar los factores socio-culturales y ambientales presentes en la prevalencia del asma bronquial en los niños menores de 12 años, atendidos en el Centro de Diagnóstico Integral de San Antonio del Golfo, Municipio Mejía- Estado Sucre primer semestre del 2009

Variable Nominal:

Factores socio-culturales y ambientales presentes en la prevalencia del asma bronquial:

Variable Conceptual:

Factores socio- culturales y ambientales:

Son aquellos agentes o elementos que forman parte de la vida interna y externa de cualquier ser humano que de una manera u otra pueden afectar la misma, cuando se observa algún desequilibrio bien sea a nivel social, ambiental o entorno a sus ideologías, creencias y costumbres, produciendo un desajuste en la salud del individuo ocasionando el asma bronquial, poniendo en riesgo su bienestar tanto físico como mental.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

OBJETIVOS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES
1-describir las condiciones socio-económicas de las familias de los niños afectados con asma bronquial.	*Estructura del grupo familiar. *Condiciones socio-económicas de las familias	*Demográfica *Social *Económica	*Edad *Sexo *Estado civil *Grado de instrucción *Composición del núcleo familiar. *Presencia de afectados por asma. *Labor u oficio *Ingreso mensual *Egreso mensual *Aporte mensual
2-determinar las condiciones de la vivienda y del ambiente peridomiciliario en que se desenvuelve el niño asmático.	Condiciones de la vivienda : Intra y peridomiciliaria	*peridomiciliaria *Intra-domiciliaria	*Ubicación geográfica *Vialidad *Agentes contaminantes externos *Tipo de vivienda *Materiales de construcción *Ocupación de vivienda *Cantidad de habitaciones ^*Personas por vivienda *Higiene de la vivienda *Ventilación *Agentes contaminantes internos *Cambio de sábanas *Cambio de colchones
3- Precisar el conocimiento que poseen las familias de los pacientes con respecto a la etiología, características y tratamiento del asma bronquial	Conocimiento de la familia de los pacientes sobre el asma bronquial	*Educación *Salud	*Conocimientos adquiridos *Método *Factores desencadenantes *Realización de deportes *Información *alimentación

			<ul style="list-style-type: none"> *Herencia generacional *Indicios de la enfermedad *Tabaquismo
4-Determinar las creencias y mitos que poseen las familias de los pacientes sobre la enfermedad y sobre su tratamiento	Mitos y creencias de los familiares sobre el asma bronquial	Cultural	<ul style="list-style-type: none"> * Tratamientos naturales *Manejo de la enfermedad *Religión *Creencias *Control médico *Riesgos del asma
5 Indagar las acciones curativas y preventivas que dirige el personal Médico-Asistencial hacia el paciente asmático que acude al Centro de Atención Integral de San Antonio del Golfo.	Acciones preventivas y curativas del personal Médico-Asistencial	Preventiva Curativa	<ul style="list-style-type: none"> *Edad del personal del CDI. *Sexo del personal del CDI. *Profesión del personal del CDI. *Nacionalidad del personal del CDI. *Expansión del conocimiento *Estrategias informativas *Tratamiento *Control *Frecuencia del control *Recaídas *Asistencia médica *Creencias *Remedios naturales Resultados del tratamiento.
6-Precisar la opinión de los padres de los niños con respecto a la atención preventiva y curativa recibida en el CDI de San Antonio del Golfo.	Opinión de los padres sobre la atención del personal médico-asistencial	Preventiva Curativa	<ul style="list-style-type: none"> *Expansión del Conocimiento Orientación *Estrategias Informativas *Recaídas *Frecuencia de recaídas *Control *Tratamiento *Resultados *Atención médica

CAPITULO III

MARCO METODOLOGICO

Este apartado resume el proceso metodológico utilizado para la prosecución de los objetivos planteados. Comprende el nivel y diseño seleccionado; población y muestra, técnicas e instrumentos para la recolección de datos, técnicas de procesamiento y análisis de datos.

3.1 Enfoque de la investigación:

Básicamente la investigación es de tipo cuantitativo en tanto se enfocó en el empleo de instrumentos de investigación que permitieron la medición de las variables de interés presentes en el asma bronquial. Además de ello, previo a la ejecución de la investigación, se definió el problema, los objetivos, las variables y los métodos utilizados. De igual modo, la teoría orientó la reflexión y construcción teórica que emergió de los datos, y sobre todo, como característica fundamental en los estudios cuantitativos, la realidad fue fraccionada en variables e indicadores que fueron objeto de medición (Ver cuadro de operacionalización de variables, pág: 49) .

Por su parte, los datos fueron analizados a través de la estadística descriptiva y presentados a través de gráficas circulares y cuadros para su mejor interpretación y para establecer conclusiones respecto a los objetivos previamente definidos. Dado el carácter deductivo que caracteriza la investigación cuantitativa, se trabajó con una muestra de la población para extender los resultados a toda la población infantil menor de 12 años de casos afectados por asma bronquial que residen en San Antonio del Golfo y que son atendidos en el CDI de la comunidad.

3.2 Nivel de la investigación:

Según el alcance de los objetivos propuestos en la presente investigación, se asumió un nivel descriptivo, que según lo expuesto por Arias (2006:24), “consiste en la caracterización de un hecho, fenómeno, individuo o grupo, con el fin de establecer su estructura o comportamiento”. Efectivamente, la esencia de esta investigación es descriptiva ya que la misma consistió en describir y caracterizar los factores presentes en la prevalencia del asma bronquial en los niños menores de 12 años que residen en San Antonio del Golfo- municipio mejía- edo Sucre y que son atendidos en el CDI de esa localidad, con el fin de profundizar los conocimientos respecto a esa patología respiratoria; ya que como se ha mencionado anteriormente, se han realizado investigaciones sobre esta patología desde el aspecto clínico, pero pocas desde el aspecto social como lo pretende hacer la presente investigación.

3.3 Diseño de la investigación:

Esta investigación está enmarcada en un diseño de campo. A tal efecto, Sierra, citado por Ramírez (1999:20), “manifiesta que la investigación de campo es aquel tipo de investigación a través de la cual se estudian los fenómenos sociales en un ambiente natural, se le llama también investigación sobre el terreno”.

Por ende, esta investigación es considerada de campo ya que la recolección de datos se extrajo directamente de los sujetos investigados, es decir, se realizó a través de datos primarios, y consistió en la aplicación de técnicas e instrumentos tanto a las madres de los pacientes con asma bronquial menores de 12 años atendidos en este CDI, como al personal médico asistencial, de manera tal que se pudo obtener la información más precisa, sin que se alteraran las condiciones existentes y sin manipulación de las variables, de allí el carácter no experimental de esta investigación. Además, los datos fueron recolectados en un solo momento,

lo que permitió caracterizar la presencia de las variables en un tiempo específico. De aquí que se trató de una investigación transaccional.

3.4. Población y Muestra:

Población:

La población según Tamayo y Tamayo (2004:114), “Es el conjunto de todas las cosas que concuerdan con una serie determinada de especificaciones”. La población finita de esta investigación estuvo constituida por dos categorías de sujetos, por una parte comprende 160 casos atendidos con prevalencia de asma bronquial en el CDI, de San Antonio del Golfo en el primer semestre del 2009, en el cual la población objeto de estudio estuvo integrada por las madres de los pacientes. Por otra parte, la población también estuvo conformada por la totalidad del personal médico asistencial que allí labora, los cuales forman un total de veintiséis (26) personas, integradas por 18 médicos y 8 enfermeros/as.

Muestra:

Según Arias (2006:83), “la muestra es un subconjunto representativo y finito que se extrae de la población accesible”. En el caso de este estudio la muestra representativa se extrajo del total de la población compuesta por los padres y representantes (160), no así de la población constituida por el personal médico asistencial, ya que por ser de un número reducido (26 personas), se trabajó en su totalidad

Para la obtención de la muestra de la población compuesta por padres y representantes, se aplicó un muestreo al azar simple, debido a que todos los elementos tenían la misma probabilidad de ser seleccionados., es decir, poseen características similares por ser los representantes de niños menores de 12 años y ser usuarios del CDI de Mejía. Lo que conllevó a la obtención de la muestra a través de la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot P \cdot Q}{NE^2 + Z^2 \cdot P \cdot Q} =$$

Donde:

n= tamaño de la muestra ¿?

N= tamaño de la población= 160

P= probabilidad de éxito =0,5

Q=probabilidad de fracaso=0,5

E=error máximo aceptable=0,10

Z=1,65(90%)

$$n = \frac{160 \cdot (1,65)^2 \cdot (0,5) \cdot (0,5)}{160(0,10)^2 + (1,65)^2 \cdot (0,5) \cdot (0,5)}$$

$$\begin{aligned} n &= \frac{108,9}{1,6+0,6806} \\ n &= \frac{108,9}{2,2806} = \end{aligned}$$

n=47 padres y representantes.

Lo que quiere decir que para efectos de esta investigación se utilizó una muestra representativa de cuarenta y siete (47) padres y representantes de los niños menores de 12 años atendidos en el CDI.

3.5 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos:

Hernández y Sampieri, R (2006:49); expresan que “las técnicas de recolección de datos son las distintas formas o maneras de obtener la información”. En cuanto al Instrumento, Ramírez (1998), señala que: “es un dispositivo de sustrato material que sirve para registrar los datos obtenidos a través de las diferentes fuentes”. En cuanto a este estudio se refiere para la recolección de los datos se aplicaron dos (2) técnicas, una tipo encuesta escrita realizada de manera sistemática y controlada que se le aplicó al personal médico asistencial y cuyo instrumento fue un cuestionario auto-administrado contentivo de 20 ítems (ver anexo N°1). Con las madres de los niños menores de 12 años atendidos con asma bronquial, se utilizó la técnica de entrevista estructurada, y como instrumento se aplicó un cuestionario de preguntas cerradas y abiertas que contenía 49 ítems (ver anexo N°2).

3.6 Validez y confiabilidad del instrumento de recolección de datos:

En cualquier investigación los instrumentos de recolección de datos deben ser válidos y confiables para poder aceptar los resultados obtenidos. Por tal razón, los instrumentos deben reunir dos requisitos esenciales: validez y confiabilidad.

Para esta investigación se utilizó como método de validez el Juicio de Expertos el cual, según Sabino (1992:68) “Es un instrumento de medición en los cuales los expertos aportan las observaciones y recomendaciones necesarias en relación a claridad, congruencia no tendenciosidad, contenido y redacción de ítems para mejorarlos”. Los instrumentos fueron validados por los expertos en el área de salud Carmen Guevara, Carmen Sequea y Rafael Betancourt, docentes de la Escuela de Ciencias Sociales de la Universidad de Oriente y expertos en el área de salud, cuyas sugerencias se contrastaron, y se consideraron aquellas alternativas que tuvieron coincidencia. Los instrumentos fueron considerados validos (ver anexo n°3.Constancia de Validación).

En esta investigación el método de confiabilidad utilizado fue la prueba piloto, la cual es una prueba o ensayo que se le realizó a los instrumentos con el fin de verificar su viabilidad. Específicamente, los instrumentos fueron sometidos a una prueba piloto aplicada al 10% de la muestra de la población compuesta por padres y representantes, y por otra parte, ese mismo porcentaje se le aplicó a la totalidad de la población del personal médico asistencial. Esta prueba permitió comprender si los ítems funcionaban de manera adecuada. Luego de la prueba los instrumentos de medición se ajustaron y mejoraron para ser aplicado de manera definitiva a la población objeto de estudio.

3.7 Técnicas de procesamiento, presentación y análisis de datos:

Una vez recopilados los datos se procedió a someterlos a distintas operaciones para su procesamiento, basados en la estadística descriptiva, que permitió descifrar la información que los datos revelaron. En tal sentido, los datos obtenidos mediante la entrevista estructurada y la encuesta, fueron codificados y tabulados. Ambos procedimientos se elaboraron de forma manual teniendo por objeto agrupar los datos; luego se diseñaron gráficas circulares y cuadros mediante el programa de Excel 2007, los cuales reflejan de forma ordenada tales datos permitiendo visualizar el fenómeno estudiado con mayor claridad, para una mejor comprensión, análisis e interpretación de los resultados. Para ello, fue preciso evaluar, deducir, analizar cada variable del estudio para poder caracterizar cada uno de los factores que están presentes en la prevalencia del asma bronquial en la población objeto de estudio.

CAPITULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

En el presente capítulo se muestran los resultados obtenidos en la investigación, producto de la aplicación de dos instrumentos elaborados por la investigadora y sometidos a una prueba de validación y confiabilidad.

El primer instrumento se trató de un cuestionario aplicado a los padres y representantes de los menores de 12 años atendidos en el CDI de San Antonio del Golfo, a través de la técnica de la encuesta. El segundo instrumento es un cuestionario auto-administrado aplicado al personal médico-asistencial del CDI para indagar sobre sus acciones tanto curativas como preventivas hacia el paciente asmático. Una vez aplicado los instrumentos de recolección de información se procedió a la codificación y tabulación de los datos obtenidos, posteriormente, se hizo el análisis correspondiente, del cual se derivaron los resultados que a continuación se presentan.

Es importante mencionar que los datos obtenidos mediante la aplicación de estos instrumentos fueron proporcionados tanto por el personal médico-enfermería del CDI como por los padres y representantes de los niños asmáticos. En tal sentido, se puede afirmar que la información obtenida es de fuente primaria y segura, lo que es muy importante para la confiabilidad y veracidad de esta investigación.

4.1- CARACTERIZACIÓN DEMOGRÁFICA DEL NIÑO ASMÁTICO ATENDIDO EN EL CDI DE SAN ANTONIO DEL GOLFO-MUNICIPIO MEJÍA-ESTADO SUCRE.

En toda investigación es de suma importancia tomar en cuenta todos los datos relevantes que permita caracterizar a las personas objeto de estudio. En el

caso particular de la presente investigación, fue de interés conocer datos específicos respecto a la edad, sexo de los niños asmáticos menores de 12 años atendidos en el CDI y, sobre todo, la edad en que se les diagnosticó el asma bronquial con el propósito de tener un acercamiento preciso, para identificar al individuo, en cuanto a estas características.

CUADRO N°1 DATOS DEL NIÑO ASMÁTICO

Edad en años cumplidos						Sexo		Edad a la que se le diagnóstico el asma					
-2	-4	-6	-8	-10	1-12			-2	-4	-6	-8	-10	1-12
%	9%	4%	3%	%	1%	7%	3%	8%	9%	%	1%	%	%

FUENTE: Datos recopilado por la autora, San Antonio del Golfo 2011.

Como puede apreciarse en el Cuadro N°1 respecto a la variable edad, el mayor porcentaje de niños asmáticos atendidos en el CDI, representado por el 29%, tienen una edad comprendida entre 3 y 4 años, seguidos por el 24% de niños que se encuentran en el rango de 5-6 años, y muy cerca, el 21% tiene entre 11 y 12 años. Haciendo una sumatoria de los porcentajes de niños que se encuentran entre las edades de 1 a 6 años, se tiene entonces que el 57% de los afectados por esta patología son los de edades más vulnerables, debido a que se encuentran en una etapa que requiere de muchos cuidados y atención porque apenas su organismo se está desarrollando y están más propensos a sufrir cualquier enfermedad.

En cuanto a la variable sexo, se observa en el cuadro N°1 que el mayor porcentaje (53%) de pacientes que padecen asma bronquial pertenecen al sexo masculino. El sexo femenino representa menos de la mitad de la muestra (47%). Estos resultados revelan que la prevalencia del asma es mayor en niños que en niñas, lo cual coincide con el planteamiento de García (21:2001) “En la infancia es más frecuente que el asma se de en niños, pero el número de casos por sexo se iguala en la adolescencia y en la edad adulta se invierte, siendo más

frecuente en mujeres” Cabe indicar que no obstante a esta tendencia del asma en la niñez, la diferencia revelada en este estudio entre niños y niñas no es muy significativa.

Con respecto a la edad en que se le diagnosticó el asma a los niños atendidos en el CDI, un 48% de padres alegaron que se le detectó esta enfermedad entre 1-2 años, seguidos de un 19% al cual se le descubrió entre 3-4 años, otro 11% de 5- 8 años. Lo que permite evidenciar que a la mayor parte de los niños le fue diagnosticada esta patología a muy temprana edad, dejando demostrado que es una enfermedad que ataca principalmente los individuos en edad infantil. Tal como lo indican Rodríguez y Barnes (2004:4) “la mayoría de los individuos que sufren de asma experimentan sus primeros síntomas durante la edad preescolar”.

4.2 CONDICIONES SOCIO-ECONÓMICAS DE LAS FAMILIAS DE LOS NIÑOS AFECTADOS MENORES DE 12 AÑOS ATENDIDOS EN EL CDI DE SAN ANTONIO DEL GOLFO.

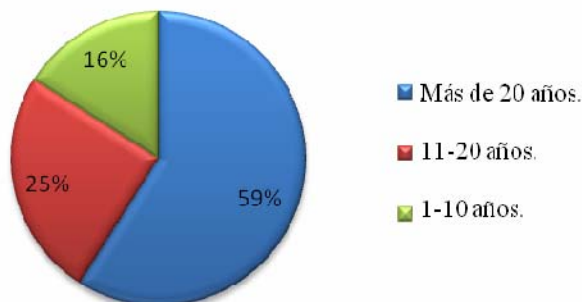
Tomando en cuenta que, en toda investigación que involucre al individuo, es importante conocer e indagar sobre aspectos relacionados con las características socio-económicas para tener un mayor acercamiento a las condiciones de vida que lo rodean, (considerando las dimensiones social y económica a través de la estructura del grupo familiar), se hace necesario analizarlos siguientes indicadores: composición del grupo familiar, labor u oficio, ingreso mensual, egreso y aporte mensual. Estos elementos nos permitirán tener una aproximación sobre la situación económica de nuestro objeto de estudio

GRÁFICA N°1 COMPOSICIÓN DEL GRUPO FAMILIAR



FUENTE: Datos recopilados por la autora, San Antonio del Golfo 2011.

GRÁFICA N°2 EDADES DE LOS INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR DEL PACIENTE ASMÁTICO.



FUENTE: Datos recopilados por la autora, San Antonio del Golfo 2011.

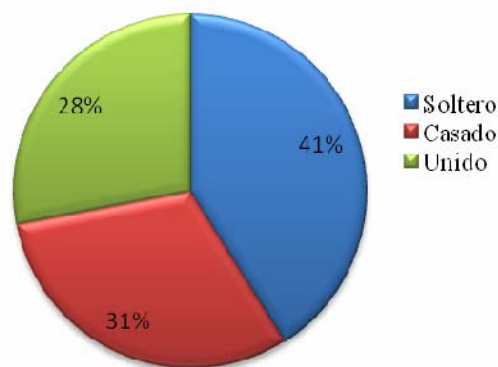
Es preciso señalar que, los grupos familiares son diversos debido a que la familia es un sistema dinámico y cambiante a través de los años, por la influencia de factores sociales, culturales y económicos.

Con respecto a la conformación del grupo familiar de los niños asmáticos se puede evidenciar en la Gráfica N°1 que un 62% de los niños asmáticos viven solo con sus padres, seguidos de un 19% que viven con sus padres y hermanos. Sumando ambas categorías se obtiene un total de 81%, lo que es igual a 39 niños asmáticos que provienen de una familia nuclear.

Seguidos de un 10% equivalentes a 5 niños de la muestra seleccionada que viven con uno de los padres, su pareja y hermanastros, es decir, pertenecen a familias compuestas (cuando el padre o madre y los hijos, tienen vínculo consanguíneo con alguno de los dos padres); y un último 9% correspondiente a un grupo de 3 niños que pertenecen a familias extensas o complejas, puesto que, están integradas por sus padres, madres, tíos, abuelos, primos y otros.

Por otro lado, en la Gráfica N°2 se refleja que la mayoría de los hogares de niños asmáticos está integrado por personas mayores de 20 años, es decir, por adultos jóvenes que pueden afrontar el cuidado de estos niños con mayor responsabilidad. En consideración de lo antes planteado, se puede decir que la edad adulta supone la presunción legal de que existe capacidad plena en el individuo para decidir y actuar en consecuencia. Por lo tanto, supone una contribución positiva para los niños asmáticos que requieren de cuidados especiales y una aplicación adecuada del tratamiento para así poder obtener buenos resultados y un mayor control de la patología que presentan.

GRÁFICA N°3 ESTADO CIVIL DE LOS PADRES DEL NIÑO ASMÁTICO.



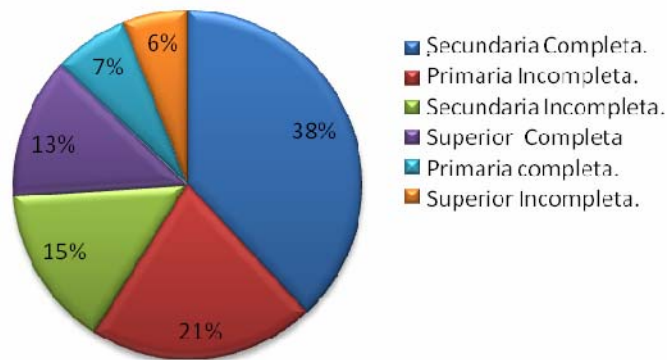
FUENTE: Datos recopilados por la autora, San Antonio del Golfo 2011.

El **estado civil** es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes. Está integrado por una serie de hechos y actos de tal manera importantes y trascendentales en la vida de las personas, que la ley los

toma en consideración, de una manera cuidadosa, para formar con ellos, la historia jurídica de la persona.

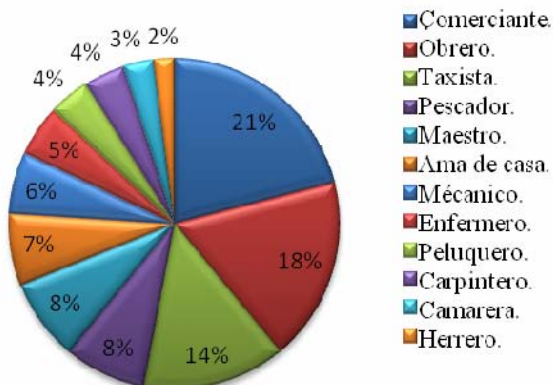
En la Gráfica N°3 con respecto al estado civil de los padres de los niños asmáticos menores de 12 años atendidos en el CDI, un 41% manifestó ser padre soltero, lo que quiere decir, que son padres y madres a la vez, es decir, el niño o niña asmática se encuentra con una sola imagen paterna en el hogar., un 28% de este grupo de padres a la hora de la entrevista argumentaron que al no tener pareja (padre o madre del niño asmático), para compartir la responsabilidad, tienen que asumir otras actividades, como el trabajo fuera del hogar, por lo cual , alegaron sentir que disponen de menor tiempo para atender al niño asmático y dedicarles el cuidado especial que requieren.

GRÁFICA N°4 NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LOS PADRES DE LOS NIÑOS ASMÁTICOS



FUENTE: Datos recopilados por la autora. San Antonio del Golfo 2011.

GRÁFICA N°5 OCUPACIÓN DE LOS PADRES Y REPRESENTANTES DE LOS NIÑOS ASMÁTICOS.



FUENTE: Datos recopilados por la autora, San Antonio del Golfo 2011.

Según el Instituto Vasco de Estadística (Eustak: 2004) “El nivel de instrucción de una persona es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos.

De acuerdo a la Gráfica N°4 se puede observar que el nivel de instrucción de los padres del niño asmático está representada de la siguiente manera: un 38% poseen la secundaria completa, seguido de un 21% que tienen la primaria incompleta, un 15% tienen la secundaria incompleta y otro 13% posee el nivel superior completo. Esta situación permite indicar que la mayor parte de los padres de los niños asmáticos tienen parte de sus estudios culminados y saben leer y escribir lo cual es de suma importancia, debido a que pueden aplicar sus conocimientos en el apoyo a sus hijos en su tratamiento.

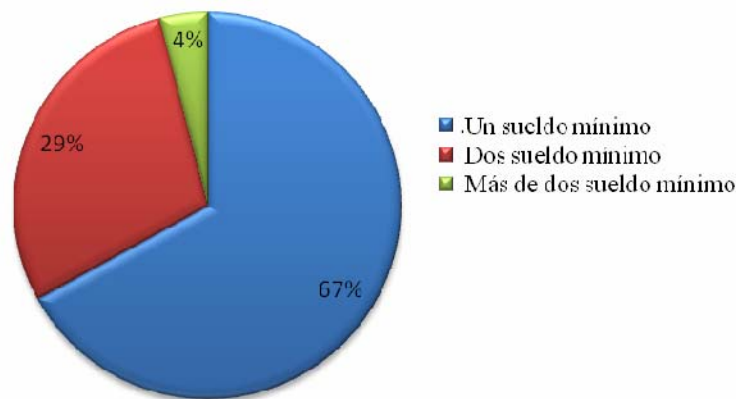
Por otra parte, la Gráfica N°5, refiere la ocupación que desempeñan los padres de los niños asmáticos. El 21% se dedica al comercio, seguidos de un 18% que son obreros, otro 14% taxista, un 8% se dedica a la pesca, lo que indica que la falta de un nivel de conocimiento superior, aunado a la falta de trabajo en la

comunidad inciden de manera directa en la labor de trabajo de los miembros del hogar.

Sin embargo, un pequeño grupo de los entrevistados que tienen un grado de educación superior, poseen la calificación y capacitación necesaria para ejercer una profesión, tal es el caso de el 8% de la muestra que son maestros y el 5% enfermeros, profesiones estas que le han permitido a este grupo minoritario ejercer un trabajo que incluye un salario mensual estable, con bonos y prestaciones a diferencia del resto de la población entrevistada.

Dentro de este orden de ideas, es pertinente decir que, la labor u oficio de los representantes de los niños asmáticos es un elemento importante que se debe tener presente debido a que influye directamente en la economía de la familia y garantiza o no el que puedan cubrir los gastos médicos del paciente en el hogar para su tratamiento adecuado.

GRÁFICA N°6 INGRESO MENSUAL DE LA FAMILIA.



FUENTE: Datos recopilados por la autora, San Antonio del Golfo 2011.

El ingreso económico, tal como lo expresa Tamañes R (2000:25) es la “cantidad de dinero que una familia o individuo puede recibir en un período determinado. Son fuentes de ingresos económicos sueldos, salarios, dividendos,

ingresos por intereses, pagos de transferencia, alquileres y demás”. Venezuela viene atravesando desde hace tiempo una crisis económica, la cual se ha mantenido hasta los actuales momentos, lo que afecta directamente a toda la sociedad recayendo en cada una de las familias que la integra, incidiendo en su calidad de vida y obligando a realizar cualquier actividad que le brinde un sustento económico para poder sobrevivir y cubrir sus necesidades básicas y primordiales.

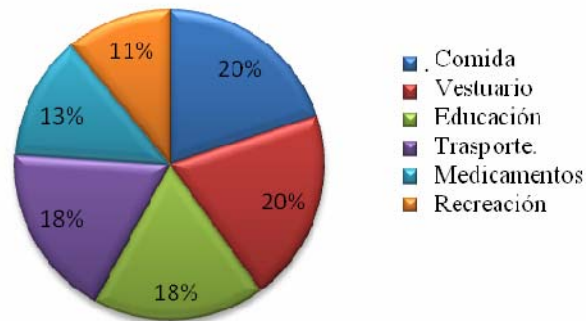
La Gráfica N°6 evidencia que en relación con el ingreso mensual, un 67% de la muestra seleccionada manifestó que obtiene un sueldo mínimo, lo que quiere decir, que gran parte de los hogares cuentan con un ingreso que sólo le alcanza para cubrir algunas necesidades básicas, esto puede estar afectando directamente a los pacientes asmáticos debido a que no cuentan con los recursos necesarios para cubrir su tratamiento, alimentación, higiene y cuidados. De igual manera por falta de presupuesto no cuentan con los recursos para llevarlo a especialistas en clínicas y, por ende, tienen que acudir constantemente al CDI, centro este que carece de especialistas para esta patología, es decir, no cuentan con neumonólogos.

El 29% refiere que su ingreso es de dos sueldos mínimos, este porcentaje cuenta con un ingreso para cubrir las necesidades de su hogar, permitiéndoles así satisfacer medianamente sus necesidades económicas y brindarle una mejor calidad de vida al paciente. Por otro lado, un grupo minoritario representado por un 4% de los entrevistados expresaron que su familia percibe ingresos mayores a dos sueldos mínimos, lo que permite indicar que sólo este pequeño grupo posee mejor condición económica y para cubrir sus necesidades y los gastos que genera la enfermedad de su hijo, pudiendo incluso llevarlo a otros especialistas en el área, de ser necesario o recurrir a otras instalaciones médicas privadas.

Cabe destacar que, el salario mínimo a la fecha de recolección de datos (febrero 2011) corresponde al del año 2010, período en el cual fue publicado por la Presidencia de la República en la Gaceta Oficial N°39.372, el aumento del 25%

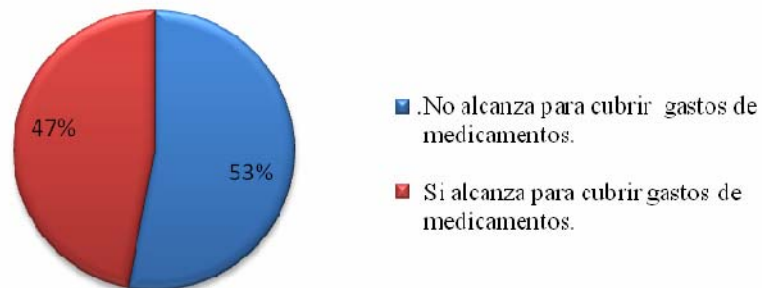
del salario mínimo³ mensual obligatorio para todas las trabajadoras y todos los trabajadores. En tal sentido, el salario mínimo de este grupo familiar era al momento de la entrevista de 1.204,99 bolívares; mientras que la canasta básica se ubicó en 4,3 Bs.f, indicando un déficit de 1.104,99 bolívares para adquirir sólo alimentos. En síntesis, se podría deducir que, el Estado venezolano no está garantizando el derecho de las trabajadoras y de los trabajadores a un salario suficiente que le permita vivir con dignidad y cubrir las necesidades básicas, sociales e intelectuales.

GRÁFICA N°7 INVERSION DEL INGRESO FAMILIAR



FUENTE: Datos recopilados por la autora, San Antonio del Golfo 2011.

GRÁFICA N°8 COBERTURA DEL INGRESO FAMILIAR PARA GASTOS DE MEDICAMENTOS DEL NIÑO ASMÁTICO.



FUENTE: Datos recopilados por la autora, San Antonio del Golfo 2011.

³ En Venezuela el salario mínimo lo establece el gobierno nacional con su publicación en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela

La Gráfica N°7 refleja que las familias de los niños asmáticos un 20% invierte su ingreso tanto en comida como vestuario, seguido de un 18% en educación y otro 18% en medicamentos, un 13% en transporte y por último un 11% en recreación. Estas familias confirmaron que como resultado de la situación económica que está atravesando gran parte del país, muchas veces les toca decidir cómo distribuir su ingreso, y es ahí donde la mayoría ha tenido que dejar la salud en un tercer plano y ocuparse principalmente de la alimentación y la educación, debido a que muchas veces su ingreso no les alcanza para cubrir los medicamentos que requiere un paciente asmático lo que dificulta su pronta recuperación.

La respuesta anterior de los padres y representantes coinciden con las opiniones reflejadas en la Gráfica N°8, en la cual la mayoría de la muestra entrevistada, equivalente a un 53%, indica que su ingreso económico no le alcanza para comprar los medicamentos, los cuales son de vital importancia para el cuidado y atención del paciente asmático.

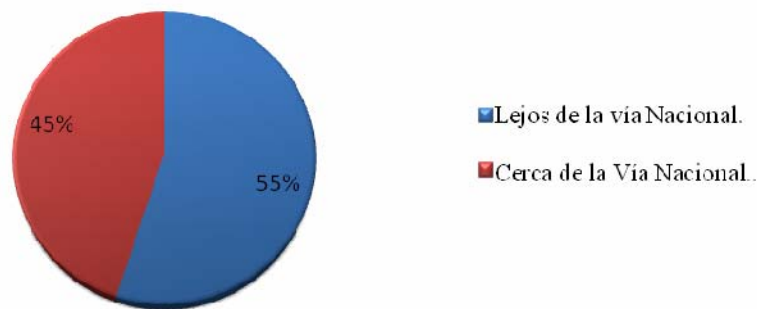
Por ende, se puede afirmar que, el ingreso económico es un factor determinante, que influye de manera directa en la recuperación del paciente asmático, de acuerdo a la disposición económica que tengan los familiares para cubrir los gastos generados por el tratamiento tanto curativo como preventivo.

4.3 CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA Y DEL AMBIENTE PERI DOMICILIARIO EN QUE SE DESENVUELVE EL NIÑO ASMÁTICO.

Considerando que la contaminación del ambiente donde se desenvuelve el niño asmático es un factor determinante en el asma bronquial, para darle a la presente investigación un enfoque más integral se consideró importante estudiar tanto el ambiente interno como externo en el cual se desenvuelve el niño asmático, es decir, se tomaron en cuenta las condiciones de la vivienda y del

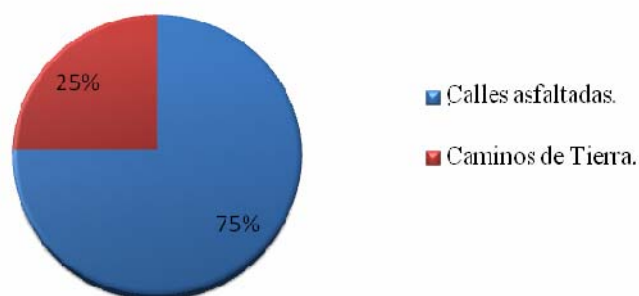
ambiente peri domiciliario, mediante los indicadores de la ubicación de la vivienda, vialidad, agentes contaminantes externos, tipo de vivienda, materiales de construcción, ocupación de la vivienda, cantidad de habitaciones, personas por vivienda, higiene de la vivienda, ventilación, agentes contaminantes internos y la frecuencia de limpieza del hogar, cambio de sábanas y colchones, con la finalidad de establecer las condiciones ambientales en que se desenvuelve el niño asmático.

GRÁFICA N°9 DISTANCIA DE LAS VIVIENDAS DE LA VÍA NACIONAL DE LA COMUNIDAD DE SAN ANTONIO DEL GOLFO.



FUENTE: Datos recopilados por la autora, San Antonio del Golfo 2011.

GRÁFICA N°10 TIPO DE VIALIDAD DE LA COMUNIDAD



FUENTE: Datos recopilados por la autora, San Antonio del Golfo 2011.

La Gráfica N° 9, refleja que un 55% de la muestra entrevistada no vive cerca de la vía nacional, es decir, no está expuesta a los diferentes gases y desechos contaminantes que arrojan los diversos transportes que pasan por la misma, sin embargo, el resto, con una totalidad de un 45% lo que equivale a 21

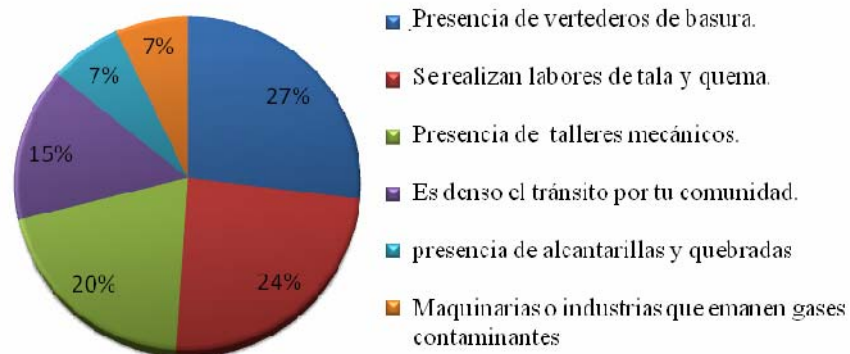
representantes entrevistados respondieron que si viven cerca de la vía nacional, lo que permite indicar que este grupo está más expuesto a los diversos agentes contaminantes que pueda arrojar las gandolas u otros transportes que transitan por esa vía, siendo los más afectados los niños, quienes absorben fácilmente gases contaminantes exponiendo principalmente sus vías respiratorias .

Por otra parte, se puede notar en la Gráfica N°10, que el mayor porcentaje de los representantes (75%), refieren que el tipo de vialidad⁴ de su comunidad son calles asfaltadas, seguidos de un 25% que manifestaron la vialidad está compuesta por caminos de tierra. Se considera que la mayoría de los niños asmáticos habitan en comunidades estructuradas por calles asfaltadas que evitan agentes aeroalérgeno que puedan empeorar su patología.

Le siguen en el orden, un 25% representantes que alegaron que su vialidad está compuesta por caminos que no han sido asfaltados; lo que significa que este pequeño grupo está más propenso a agentes contaminantes debido a que los niños asmáticos están expuestos constantemente al polvo, el cual es un aeroalérgeno que intensifica el asma e impide la pronta recuperación del paciente asmático.

⁴ González José (2003:30) "Desde el punto de vista ingenieril y del constructor consideramos como parte de la vialidad de una región o país, toda la infraestructura física (caminos, carreteras, autopistas, ferrocarriles, aeropuertos, puentes y puertos)".

GRÁFICA N°11 PRESENCIA DE AGENTES CONTAMINANTES EN LA COMUNIDAD.



FUENTE: Datos recopilados por la autora, San Antonio del Golfo 2011.

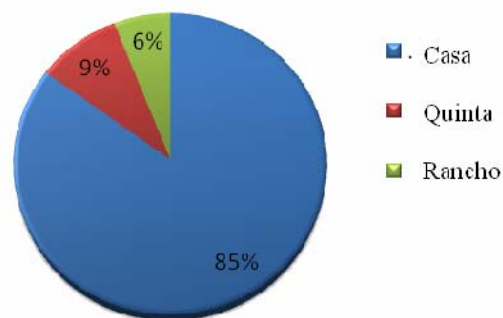
Tal como lo expresa Subiza, J. (2008:25), el contacto constante de los pacientes asmáticos con los aeroalérgenos puede asociarse con un mayor riesgo de sufrir agudizaciones del asma que requieren asistencia en urgencias, tanto entre los niños como adultos.

En lo referente a los agentes contaminantes, se puede observar que la mayor frecuencia de la respuesta se concentró en el 27% de quienes respondieron que en la comunidad existen vertederos de basura, seguidos de un 24% que refirió que en su comunidad realizan labores de tala y quema, otro 20% manifestó la presencia de talleres mecánicos. Estos resultados evidencian que la mayor parte de las familias entrevistadas en la comunidad están expuestas constantemente a agentes contaminantes que afectan directa e indirectamente cada uno de los hogares que la integran. Tal como lo indica el Dr., Saranz R (2003:25) “La exposición a sustancias agresivas en el ambiente constituye un capítulo especial que es el asma”.

De igual manera, un 15% manifestaron que es denso el tránsito de su comunidad, otro 7% que existen maquinarias o industrias que emanan gases contaminantes.

Por lo que se puede concluir que en su totalidad, el 100% de la muestra seleccionada habitan comunidades en las cuales se pudo detectar la presencia de factores ambientales que de una u otra manera son nocivos para la salud y que afectan principalmente las vías aéreas, siendo así un factor elemental en la prevalencia del asma bronquial.

GRÁFICA N° 12 TIPO DE VIVIENDA



FUENTE: Datos recopilados por la autora, San Antonio del Golfo 2011.

La vivienda tal como lo expresa, Ander-Egg (2006:333) “es un local habitable destinado a albergar una o varias personas, es decir, todo sitio donde mora habitualmente una persona, grupos de personas o unidad familiar” En la sociedad actual este es un elemento de vital importancia en la vida de cualquier ser humano y sobre todo para cada familia.

Se puede notar en la Gráfica N°12, que el mayor porcentaje de los entrevistados 85% viven en casas, seguido de un 9% que habitan quintas; ambas categorías suman un total de 94% de los representantes que poseen una vivienda digna en lo que a estructura se refiere. Mientras que otro 6% de los entrevistados viven en ranchos, es decir, habitan viviendas improvisadas, mal construidas o elaboradas con materiales de ínfima calidad como zinc o cartón-piedra; donde se asientan las personas de estratos sociales muy bajos en desventaja con respecto al otro grupo, lo que muchas veces le impide tener las mismas condiciones

higiénicas sanitarias y aplicar el mismo tratamiento que otros pacientes con mejores casas.

CUADRO N° 2 Materiales de construcción de la vivienda.

Pared		Techo			Piso		
Bl oque	Z inc	P laca	A sbesto	inc	Cerá mica	Tierra	Cem ento
94 %	6 %	3 5%	1 0%	5 %	40%	9%	51%

Fuente: Datos recopilados por la autora, San Antonio del Golfo 2011.

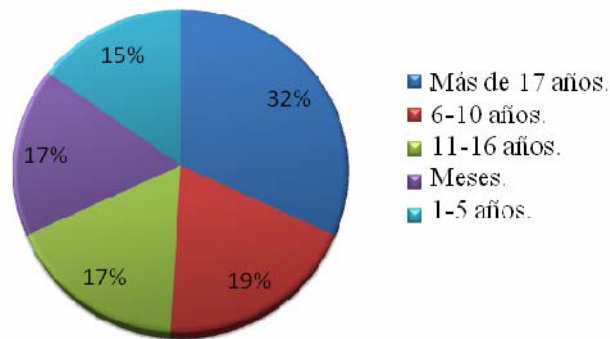
Con respecto a los materiales de construcción de las viviendas, se puede evidenciar en el cuadro N°2 que la mayoría de los entrevistados respondieron que la pared de las mismas es de bloque lo que equivale a un 94%, mientras un 6% manifestaron que es de zinc.

En relación al techo, la mayoría de los entrevistados, en un 55% contestó que es de zinc, mientras otro 35% de placa, seguido de un 10% de la muestra seleccionada que manifestó que es de asbesto, este último resulta preocupante debido a que desde hace mucho tiempo el asbesto es considerado un elemento contaminante que ocasiona enfermedades (asbestosis) cuando es inhalado. Tal como lo indica la Real Academia (2007) “Las fibras de asbesto son de tamaño microscópico, se desprenden con facilidad, no se disuelven con agua o se evaporan e incluso se desplazan por el aire, ingresando al pulmón con cada inspiración que se haga en un ambiente contaminado”.

Por otro lado, se observa en cuanto al piso de la vivienda que gran parte de los entrevistados, equivalentes, a un 51% viven en casa con piso de cemento seguidos por un 40% que es de cerámica y un 9% que es de tierra, lo que permite deducir que este último grupo no posee un piso adecuado en sus viviendas y en estos casos el paciente asmático está constantemente expuesto a un agente contaminante como lo es los ácaros del polvo que le provoca alergias.

En otras palabras, la mayor parte de la muestra entrevistada cuenta con viviendas que están edificadas con materiales de construcción adecuados que permiten vivir en un ambiente favorable para las familias sobre todo para el paciente asmático que debe estar alejado de todos aquellos aeroalérgenos que le puedan afectar. Sin embargo, una parte minoritaria de la población posee viviendas fabricadas con materiales no aptos que ponen en persistente contacto al niño asmático con partículas tales como el polvo, que provocan reacciones alérgicas y causan que las crisis asmáticas se intensifiquen. Se puede finiquitar mencionando que la presencia de estos materiales en paredes, techos o pisos, indica baja calidad de la vivienda, al no asegurar condiciones mínimas de resguardo y protección, los cuales pueden influir sobre la pronta recuperación o recaídas del paciente asmático, dependiendo de las condiciones dadas en cada una de las infraestructuras.

GRÁFICA N° 13 TIEMPO DE OCUPACIÓN DE LA VIVIENDA



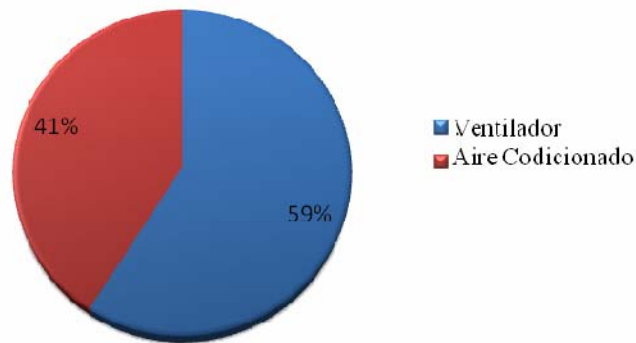
FUENTE: Datos recopilados por la autora, San Antonio del Golfo 2011.

Referente al tiempo que tienen habitando las viviendas, la Gráfica N°13 revela que el 32% de los entrevistados tienen más de 17 años viviendo en la comunidad, seguido de un 19% el cual contestó que tiene aproximadamente entre 6-10 años, seguidos de un 17% que tienen de 11-16 años, la sumatoria de estas categorías dan un total de 68%. Vale decir que la mayor parte de la muestra seleccionada tiene muchos años habitando sus viviendas. Por ende, la mayoría de

los casos asmáticos han vivido mucho tiempo bajo condiciones en las que podrían estar presentes agentes que ponen en riesgo su salud.

También se conoció que un 17% solo tiene meses viviendo en la comunidad, lo que significa que este pequeño grupo no ha estado expuesto por mucho tiempo a las mismas condiciones que el grupo anterior.

GRÁFICA N°14 TIPO DE VENTILACIÓN ARTIFICIAL DE LAS VIVIENDAS.



FUENTE: Datos recopilados por la autora, San Antonio del Golfo 2011.

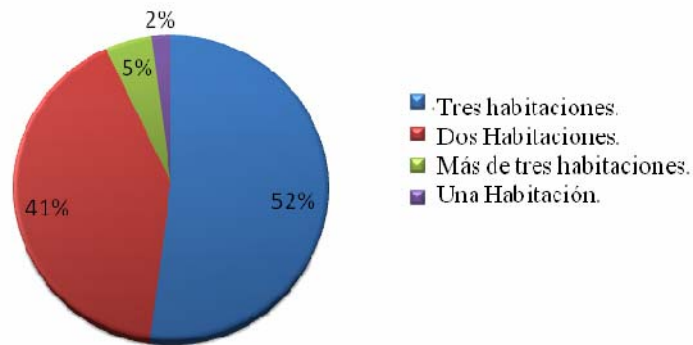
Como se puede observar en la Gráfica N°14, la característica más resaltante de la muestra indica que el 59% de los entrevistados utilizan el ventilador en sus viviendas como medio de ventilación. Es preciso señalar, que los ventiladores no son un artefacto adecuado para los pacientes asmáticos, debido a que estos recogen las partículas de polvo suspendidas en el aire, que pueden provocar esas tediosas crisis al respirar.

Ahora bien, el 41% de los entrevistados, señalaron que en sus hogares el elemento que utilizan para ventilar el ambiente de su vivienda es el aire acondicionado, que les proporciona una mejor ventilación y con menos exposición a los ácaros del polvo que afecten la respiración del paciente asmático. Según, Subiza (2005:34) “entre las medidas para disminuir la exposición a los alérgenos fúngicos está usar aire acondicionado”, es preciso mencionar que este es

un elemento de ventilación de gran utilidad siempre y cuando se le realice el mantenimiento adecuado, porque de lo contrario solo empeorara la enfermedad.

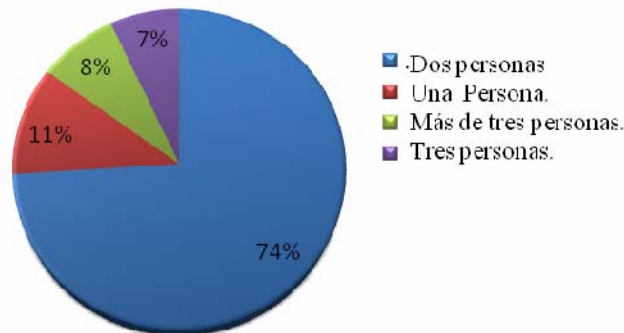
Dicho de otra manera, la mayor parte de los entrevistados utilizan un tipo de ventilación deficiente y no recomendable para la buena respiración del paciente. Por consiguiente, se debe tener presente que la salud del paciente asmático no solo depende de los medicamentos que ingiere sino también de los diversos agentes que se encuentran presentes en su hogar y su comunidad que pudieran afectar directa e indirectamente su bienestar.

GRÁFICA N °15 NÚMERO DE HABITACIONES EN LAS VIVIENDAS DE LOS NIÑOS ASMÁTICOS.



FUENTE: Datos recopilados por la autora, San Antonio del Golfo 2011.

GRÁFICA N° 16 PERSONAS POR HABITACIÓN DE LAS VIVIENDAS DE LOS NIÑOS ASMÁTICOS.



FUENTE: Datos recopilados por la autora, San Antonio del Golfo 2011.

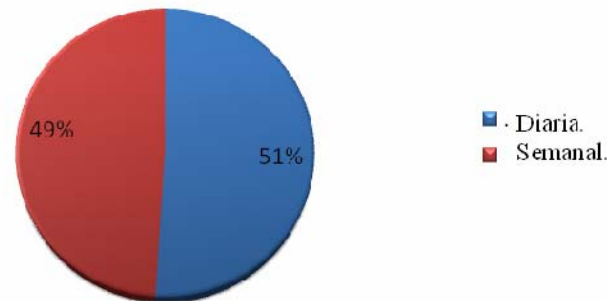
Como se puede notar fácilmente en la Gráfica N°15, la mayoría de los representantes de los niños asmáticos que fueron parte de esta investigación, es decir, el 52% manifestaron que sus viviendas poseen tres habitaciones, un 41% que tienen dos habitaciones en su casa, 5% con más de tres habitaciones arrojando como resultado la sumatoria de estas categorías un 98% que poseen dos habitaciones o más. Dentro de este orden de ideas, el 2%, de los representantes entrevistados revelaron que en sus hogares tienen una sola habitación, hecho que está muy relacionado con el hacinamiento, puesto que muchas personas ocupan un mismo espacio.

En el mismo marco, la Gráfica N°16 muestra cuántas personas ocupan cada habitación en el hogar. Casi la mayoría de los representantes de los niños asmáticos entrevistados contestaron en un 74%, que dos personas por habitación, un 11% que sólo una persona por habitación, lo que demuestra que la mayor parte de los entrevistados viven en condiciones aceptables, es decir, no viven en hacinamiento lo que es bueno para su recuperación.

Por otro lado, el 8% más de tres personas y 7% manifestó que hay tres personas por habitación un por lo que se puede mostrar que un 15 % de la muestra

entrevistada vive en hacinamiento⁵ y esto puede incidir en que esta población esté más propensa a tener recaídas, debido a que ocupan un determinado espacio, cuya capacidad es inferior al número de personas que habitan la casa, de acuerdo a los parámetros de comodidad, seguridad e higiene.

GRÁFICA N° 17 FRECUENCIA DE LA LIMPIEZA DEL HOGAR.



FUENTE: Datos recopilados por la autora, San Antonio del Golfo 2011.

Los especialistas Subiza (2005:34) y Mejía (2006:23) coinciden en que es recomendable realizar la limpieza del hogar diariamente, esto evitará que se siga acumulando el polvo y garantizará una mejor condición de vida en el paciente asmático.

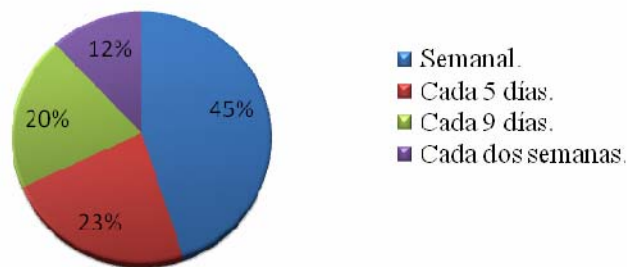
Con respecto a la frecuencia con que se realiza la limpieza del hogar, un 51% contestó que limpia su hogar diariamente, lo cual resulta adecuado según los expertos antes mencionado, pues garantiza un ambiente limpio, siendo muy importante porque le permite al paciente vivir en un ambiente de salubridad que reduzca las recaídas.

Mientras un grupo significativo representado por 49% de los entrevistados manifestó que realizan la limpieza semanalmente. Lo que pone en desventaja a

⁵ Según el Ministerio del Trabajo y Prevención Social (2005:8) los Estándares Internacionales establecen como límite inferior para clasificar una vivienda como sobreocupada, la proporción de tres o más personas por habitación.

este grupo, puesto que, demuestran que no se mantienen dentro de los parámetros de higiene que requieren los pacientes asmáticos en sus hogares según lo establecido por los autores antes mencionado, pudiendo así intensificar sus crisis, no brindándole la condiciones propicias para su recuperación.

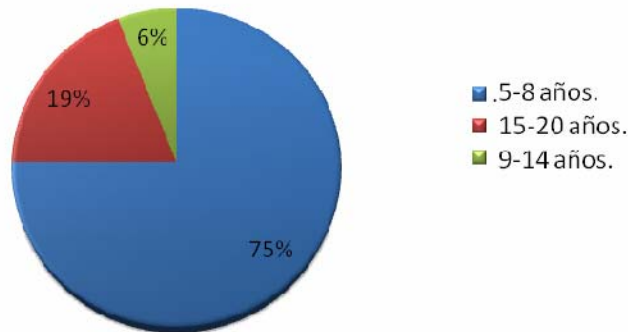
GRÁFICA N°18 FRECUENCIA DEL CAMBIO DE LAS SÁBANAS DE LA HABITACIÓN DEL NIÑO ASMÁTICO.



FUENTE: Datos recopilados por la autora, San Antonio del Golfo 2011.

Como se puede observar en la Gráfica N°18, la mayor parte de la muestra seleccionada equivalente al 45% realiza el cambio de las sábanas de la habitación del niño asmático con una frecuencia semanal, seguido de un 23% que cambia las sábanas cada 5 días, otro 20% cada 9 días, resultando de la sumatoria de estas categorías un total de 88% que permiten deducir que los familiares mantienen una buena higiene con respecto al cambio de las sábanas del hogar aún cuando varían en la frecuencia. Sin embargo, un 12% manifestó que cambia las sábanas cada 2 semanas, mostrándose que este grupo no realiza, los cuidados que se requieren en cuanto a la higiene y este hecho hace propenso a los niños asmáticos que habitan en estos hogares a estar frecuentemente expuestos a los ácaros del polvo que se forman en las sábanas de la cama.

GRÁFICA N°19 FRECUENCIA DEL CAMBIO DE LOS COLCHONES EN LOS HOGARES.

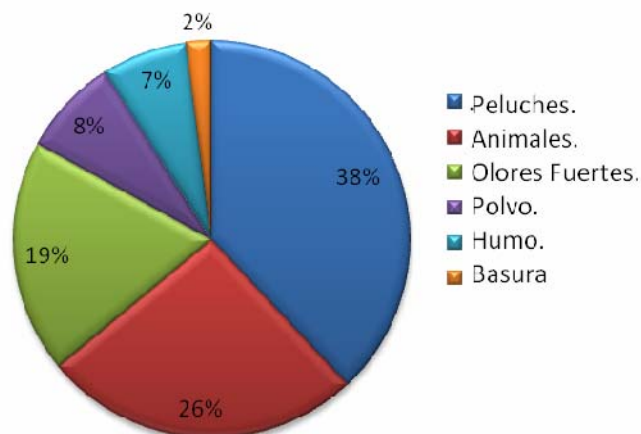


FUENTE: Datos recopilados por la autora, San Antonio del Golfo 2011.

Casi la totalidad de los representantes entrevistados equivalentes a un 75%, manifestaron que cambian los colchones de su hogar cada 5-8 años, un 19% respondió 15-20 años y solo una parte minoritaria de un 6% que realiza el cambio de 9-14 años.

Es oportuno mencionar que lo más recomendable para la vida útil de un colchón son diez años. Aunque los colchones no pueden ser considerados como algún tipo de medicina o reparadores de los problemas ya existentes, sí pueden considerarse como preventivos de futuros problemas. En el caso particular del asma bronquial, un colchón viejo propicia la reproducción de ácaros, de allí la importancia de su cambio regular

GRÁFICA N°20 PRESENCIA DE AEROALÉRGENOS EN EL HOGAR.



FUENTE: Datos recopilados por la autora, San Antonio del Golfo 2011.

CUADRO N°3 FRECUENCIA DE CONTACTO DE LOS NIÑOS ASMÁTICOS CON LOS AGENTES CONTAMINANTES INTERNOS

Agentes Contaminantes	Número de niños	Sexo	Frecuencia de contacto del niño asmático		
			Frecuente	Ocasional	Nunca
Animales	8%		25%	10%	3%
Peluches	6%		22%	4%	
Olores fuertes	9%		14%	5%	
Polvo				6%	2%
Humo	%			5%	2%
Basura	%			2%	

FUENTE: Datos recopilados por la autora, San Antonio del Golfo 2011.

Con respecto a la presencia de aeroalérgenos en el hogar, se puede apreciar en el cuadro N°3 que según los entrevistados, los niños tienen contacto frecuente con y peluches (22%) y animales (25%) los cuales constituyen a su vez la mayoría de agentes aeroalergenos presentes en el hogar con 38% y 26% respectivamente. Es preciso señalar que los peluches adquieren fácilmente los ácaros del polvo y los animales causan graves problemas por contener alérgenos en la saliva, la orina, en el pelo, incidiendo en la intensificación de las crisis asmáticas y recaídas.

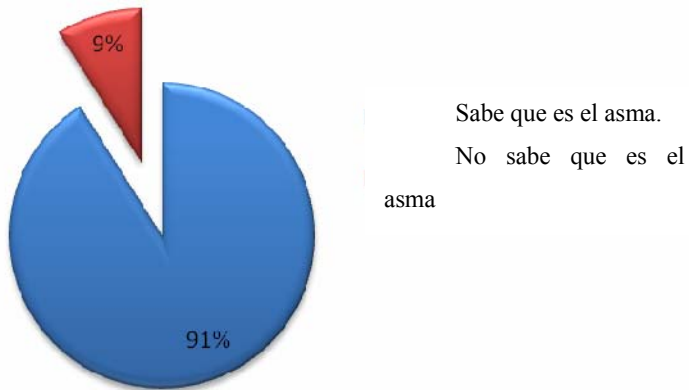
Sin embargo un 19% de los entrevistados mencionó dentro de los agentes contaminantes los olores fuertes, razón por la cual se debe hacer mención a los productos utilizados constantemente como: los productos de limpieza y de higiene personal los cuales según el médico interactivo (2010) expresa que “los jabones y detergentes, debido a los fuertes olores y químicos que liberan producen en algunos pacientes asmáticos hiperactividad bronquial”.

Estos agentes contaminantes provocan reacciones alérgicas en personas susceptibles y son considerados como agentes físicos perjudiciales, que al estar en contacto directo con los niños asmáticos, provoca la agudización, incremento y precipitación de las crisis asmáticas.

CONOCIMIENTOS QUE POSEEN LAS FAMILIAS DE LOS PACIENTES CON RESPECTO A LA ETIOLOGÍA, CARACTERÍSTICAS Y TRATAMIENTO MÉDICO DEL ASMA BRONQUIAL.

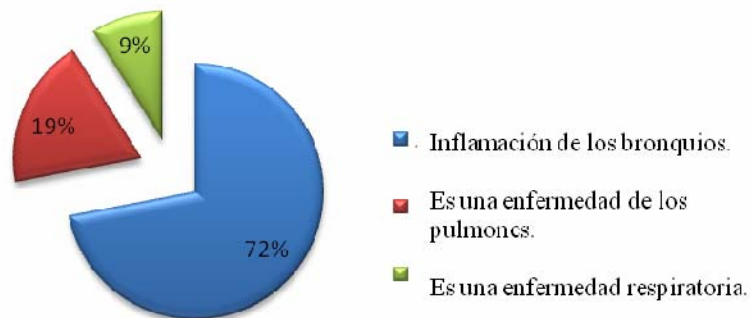
Para atender a pacientes que sufren de enfermedades como el asma bronquial es indispensable comprender además del significado, las características propias de la enfermedad y el tratamiento que se debe aplicar, sobre todo cuando se trata de niños, los cuales requieren especial apoyo de sus padres para el manejo de la patología presente, considerando que es el principal paso que debe dar una familia para contribuir con la mejoría del paciente. Por tal razón, el presente estudio precisó varios indicadores que permitieron describir el conocimiento que poseen las familias de los niños con asma respecto a esta patología respiratoria y que se presentan a continuación.

GRÁFICA N°21 CONOCIMIENTO DE LA FAMILIA SOBRE LO QUE ES EL ASMA BRONQUIAL



FUENTE: Datos recopilados por la autora, San Antonio del Golfo 2011.

GRÁFICA N°22 NOCIÓN DE LAS FAMILIAS SOBRE EL ASMA BRONQUIAL



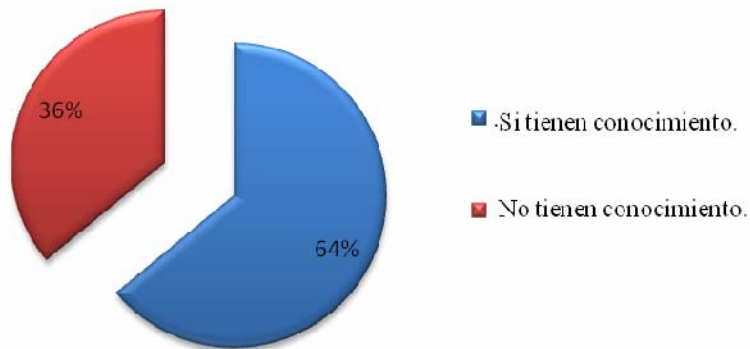
FUENTE: Datos recopilados por la autora, San Antonio del Golfo 2011.

En relación al conocimiento que poseen los representantes de los niños asmáticos sobre lo que es el asma bronquial; en la Gráfica N°21 casi la totalidad refiere conocerlo, lo que equivale a un 91% de la muestra en estudio. Es preciso señalar que la comprensión o conocimiento de los representantes sobre la enfermedad de los pacientes asmáticos es un primer indicio para su recuperación y muestra de interés por parte de los mismos. Sin embargo, un 9% alegó no saber qué es el asma bronquial, lo cual resulta alarmante, porque este grupo carece de conocimiento sobre la enfermedad, pudiendo ocasionar graves consecuencias en la patología presentada.

Por su parte, los 43 padres y representantes equivalentes al 91% de los que refirieron conocer qué es el asma bronquial, a la hora de definir esta patología respondieron de la siguiente manera: un 72% manifestó que es una inflamación de los bronquios, un 19%, es una enfermedad de los pulmones, resultando de la sumatoria de estas categorías un 91% que coinciden con la definición de Rodríguez, N (2004:25) el cual sostiene que: “el Asma Bronquial es una enfermedad en la que se inflaman los bronquios, en forma recurrente ó continua”. Un ultimo 9% respondió que es una enfermedad respiratoria tal como lo refieren Olmos y Sánchez (1998:58) “el asma es una enfermedad respiratoria crónica inflamatoria y de etiología no del todo conocida, como resultado de la inflamación de la vía aérea se estrecha fácilmente en respuesta a gran variedad de estímulos (físicos, químicos o biológicos). De cualquier forma, todas estas respuestas son validas y demuestran que los padres tienen conocimiento sobre esta patología.

En síntesis, se puede destacar que, es de suma importancia que los padres de los niños asmáticos adquieran conocimientos sobre el asma, como un paso necesario, porque les permite ser participantes activos del manejo de la enfermedad de sus hijos, es decir, la información sobre el asma ayuda a los progenitores a aprender a vivir con la enfermedad y a que se sientan competentes para cuidar a sus hijos lo cual traerá resultados satisfactorios sobre su autoestima y recuperación.

GRÁFICA N°23 CONOCIMIENTO DE LOS PADRES Y REPRESENTANTES SOBRE LOS FACTORES DESENCADENANTES DEL ASMA BRONQUIAL



FUENTE: Datos recopilados por la autora, San Antonio del Golfo 2011.

GRÁFICA N°24 FACTORES QUE CAUSAN EL ASMA BRONQUIAL SEGÚN OPINIÓN DE LOS PADRES



FUENTE: Datos recopilados por la autora, San Antonio del Golfo 2011.

Los factores que generan el asma bronquial, son aquellos elementos que afectan al individuo, ocasionando la obstrucción de los bronquios que dificulta la normal respiración. Básicamente es una enfermedad respiratoria, razón por la cual se debe tener sumo cuidado en saber identificar los diversos factores que la generan o intensifican.

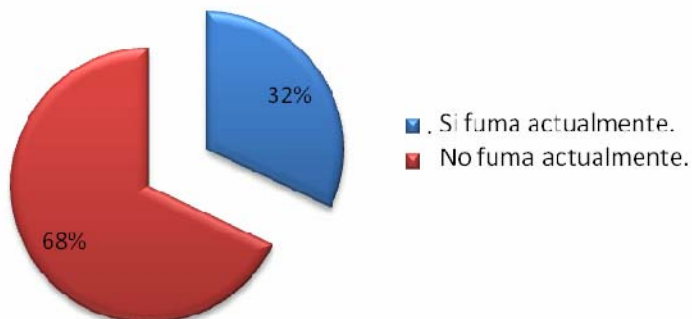
La comprensión de una enfermedad depende del conocimiento específico sobre los factores que interfieren en la aparición o prevalencia de la misma. Por tal razón, es preciso indagar cuáles son los factores desencadenantes del asma conocidos por los padres y representantes de los niños asmáticos atendidos en el CDI de San Antonio del Golfo. Los siguientes indicios que a continuación se señalan muestran el nivel de conocimiento de los padres sobre los factores que influyen en el asma.

Los resultados indicados en la Gráfica N°23 revelan que el 64% de los entrevistados afirmaron conocer los factores desencadenantes del asma bronquial. Mientras que la otra parte de la muestra, representada por el 36%, no tienen conocimiento en cuanto a los factores desencadenantes del asma bronquial, lo cual constituye un factor de riesgo, puesto que imposibilita un buen manejo del asma y por ende afecta el poder alcanzar el control sobre la enfermedad generando así mayores recaídas.

Ahora bien, en la Gráfica N° 24, se evidencia que, de la población objeto de estudio que manifestó tener conocimiento de los factores desencadenantes del asma bronquial (64% constituida por 29 padres y representantes) consideran que esos factores son los siguientes: 62% coinciden en que son los peluches, el humo, el polvo y los animales seguido del 20% que coincidió en olores fuertes, bañarse tarde y la gripe. Efectivamente todos estos son aeroalérgenos que pueden producir el asma, por lo cual es recomendable que los familiares conozcan cada uno de ellos a fin de evitar la exposición de los pacientes a estos agentes contaminantes.

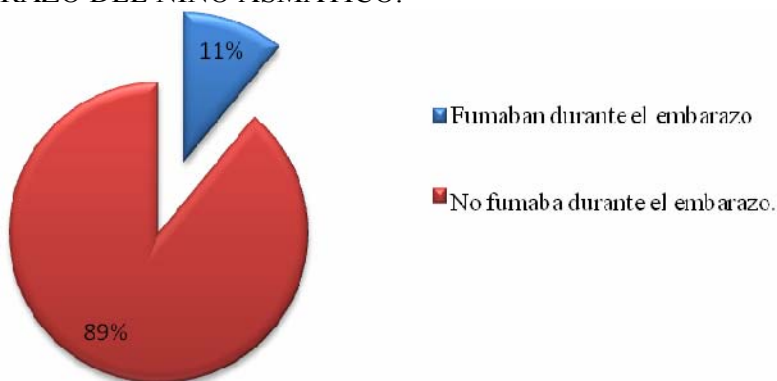
Cabe destacar que, el conocimiento sobre estos favorece al paciente asmático, permitiéndole una mayor comprensión de los elementos que interfieren en esta patología y evitar que las crisis se intensifiquen y a la vez ayuda a controlar los agentes que pueden poner en riesgo la salud del niño asmático.

GRÁFICA N°25 HABITO DE FUMAR DE LOS PADRES Y REPRESENTANTES DE LOS NIÑOS ASMÁTICOS.



FUENTE: Datos recopilados por la autora, San Antonio del Golfo 2011.

GRÁFICA N° 26 HÁBITOS DE LOS PADRES DE FUMAR DURANTE EL EMBARAZO DEL NIÑO ASMÁTICO.



FUENTE: Datos recopilados por la autora, San Antonio del Golfo 2011.

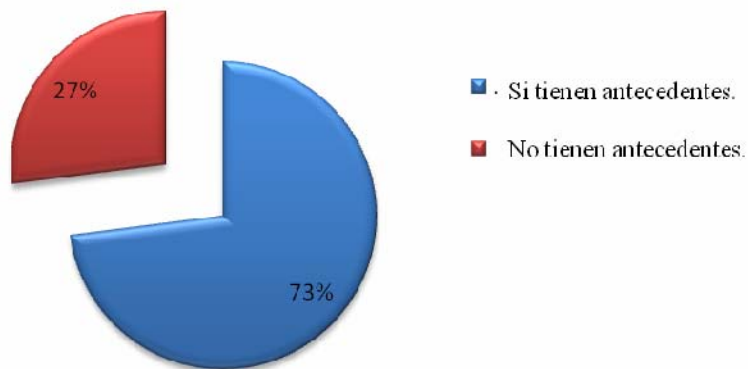
Como se puede observar en la Gráfica N° 25, un 68% manifestó que si fuma Por otro lado un 32% de la población entrevistada alegó no ser fumadora. Tal como lo indican Rodríguez y Barnes (2004:1) “los niños expuestos al tabaquismo pasivo, debido a que sus padres son fumadores, tienen más probabilidades de sufrir enfermedades respiratorias y asma en la infancia” de manera tal, que fumar es peligroso para la salud, sobre todo si se tiene presente que es considerado como uno de los hábitos más insanos que se puede tener. En muchos casos, se convierte en un vicio.

Bajo este orden de ideas, en la Gráfica N°26 se pone de manifiesto que de los 47 padres y representantes entrevistados, 32% de ellos, equivalente a 15 integrantes de la muestra seleccionada, son fumadores. De igual manera, 32 de ellos le manifestaron a la investigadora que, los niños no estaban expuestos al tabaquismo debido a que no fumaban durante el embarazo.

Es preciso indicar que fumar hace propenso al niño de desarrollar enfermedades respiratorias y alérgicas como es el caso del asma, debido a que afecta a quien lo fuma como también a quien está a su lado y, en el caso de las mujeres embarazadas, al feto que se está formando y creciendo en su vientre.

Por consiguiente, está comprobado que el pulmón es el órgano que más sufre los efectos del cigarrillo, porque absorbe todas las sustancias químicas que existen en su humo.

GRÁFICA N°27 FAMILIARES CON ANTECEDENTES DE ASMA BRONQUIAL.



FUENTE: Datos recopilados por la autora, San Antonio del Golfo 2011.

El factor genético juega un papel fundamental en la prevalencia del asma bronquial, aproximadamente el 60% de los niños asmáticos tienen antecedentes con esta enfermedad, tal como lo expresa el Dr. Mejías (2004).

Además de los diversos elementos o factores externos que pueden estar presentes en la prevalencia del asma bronquial, es preciso mencionar, que existen factores internos propios del individuo que lo pueden hacer más propensos a padecer

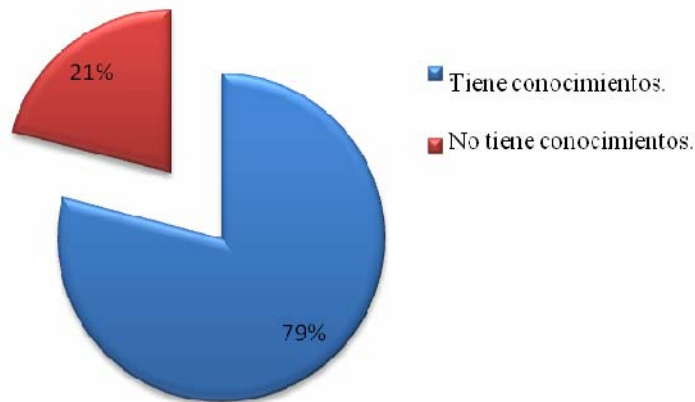
cierta patologías, tal es caso del factor hereditario, el cual juega un papel muy importante, debido a que afecta la forma en que se desarrolla el sistema inmunitario de los niños durante la primera infancia y pueden aumentar el riesgo de que estos sufran asma.

Según los resultados indicados en la Gráfica N°27, este factor está presente en el 73% de los casos de los niños asmáticos, cuyos familiares se ven involucrados en una línea prácticamente directa, debido a que en su mayoría uno de sus progenitores es asmático. Cuando uno de los padres es asmático la probabilidad de tener un niño asmático es de 25%, este riesgo aumenta el doble cuando ambos padres tienen esa condición patológica según Rodríguez y Barnes (2004).

En este sentido, el factor hereditario puede haber afectado la forma en que se desarrolló el sistema inmunitario de los niños durante la primera infancia y haber aumentado el riesgo de que éstos padecieran el asma.

Por otro lado, un 27% manifestó que no tienen antecedentes con asma bronquial lo que puede ocurrir; e incluso la enfermedad pudiera deberse a un salto generacional.

GRÁFICA N°28 CONOCIMIENTO DE LOS PADRES Y REPRESENTANTES SOBRE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS DEL ASMA BRONQUIAL.



FUENTE: Datos recopilados por la autora, San Antonio del Golfo 2011.

GRÁFICA N°29 MEDIDAS PREVENTIVAS PARA COMBATIR EL ASMA BRONQUIAL SEGÚN LOS PADRES Y REPRESENTANTES



FUENTE: Datos recopilados por la autora, San Antonio del Golfo 2011.

Tal como lo establece Alvarado, M (2002:19) las medidas de control ambiental e inmunoterapias, “se aplican para evitar que el paciente asmático presente la sintomatología provocada por la exposición natural a un antígeno determinado”, es decir, con estas medidas se busca evitar y reducir los factores desencadenantes, como los olores fuertes, el bañarse temprano, los fumadores

activos y pasivos, u otros alérgenos del exterior como del interior de la casa, que ponen en riesgo al paciente asmático.

Es oportuno indicar que la parte preventiva del asma bronquial es esencial, debido a que, reduce la intensidad de esta afección y es un complemento del tratamiento médico; por lo tanto, para un tratamiento efectivo deben ir ambos de la mano. Es preciso mencionar, que el conocimiento sobre todo lo referente a esta patología es de vital importancia para los pacientes y su grupo familiar, permitiéndoles tener un control sobre la enfermedad y poder buscar las estrategias necesarias, adquiriendo así mejores condiciones de vida

Los resultados presentados en la Gráfica N°28 indican que un 79% respondió que si conoce las medidas preventivas; lo que permite señalar que la mayor parte de la población de los entrevistados tiene una noción de cómo prevenir esta patología y sus recaídas, resultando un elemento positivo para la salud del paciente asmático siempre y cuando se apliquen los recursos y medios necesarios que vayan en función de contrarrestar esta patología y reducir las recaídas.

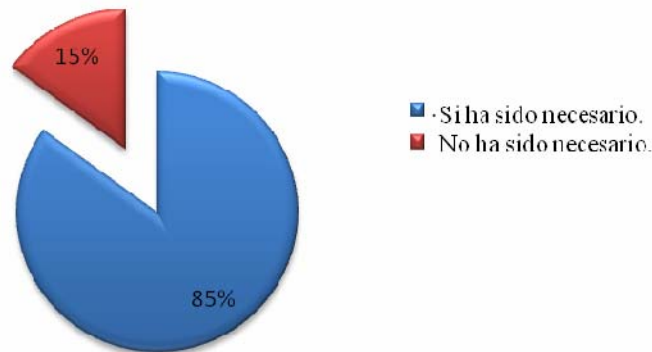
Sin embargo, es importante considerar que un 21% de los entrevistados alegó que no tienen conocimientos sobre las medidas preventivas del asma bronquial. Lo cual significa que este grupo en comparación con el resto de los representantes entrevistados, no posee las herramientas básicas para combatir o disminuir los factores que ponen en riesgo la salud del niño asmático, debido a que no reconocen los diversos factores o aeroalérgenos que afectan a los pacientes con afecciones respiratorias.

Dentro de este marco de ideas la Gráfica N°29, muestra el conocimiento específico que posee el 79% de los padres y representantes sobre las medidas preventivas del asma (equivalente a 34 padres y representantes). En tal sentido, un 56% identificó las siguientes medidas: evitar el humo, el polvo, apenas tenga

gripe ir al médico, seguido de un 44% que consideró evitar olores fuertes y bañarse temprano.

Finalmente, hay que destacar que cada una de las medidas manifestadas por la muestra seleccionada, permiten inferir que los padres y representantes poseen conocimiento sobre cómo combatir la intensificación de esta enfermedad; sin embargo solo conocen algunas lo que está estrechamente relacionado a los resultados de la Gráfica N°24 donde se evidencia que solo conocen algunas causas del asma por ende, solo reconocen algunas medidas preventivas de esta patología, lo que resulta preocupante, debido a que para poder prevenir futuras crisis y la intensificación de esta patología es necesario conocer cada una de ellas para tener un control eficaz sobre la mismas y evitar la intensificación de los síntomas.

GRÁFICA N°30 NECESIDADES DE LOS PACIENTES Y REPRESENTANTES DE CONOCER LAS MEDIDAS PREVENTIVAS DEL ASMA BRONQUIAL

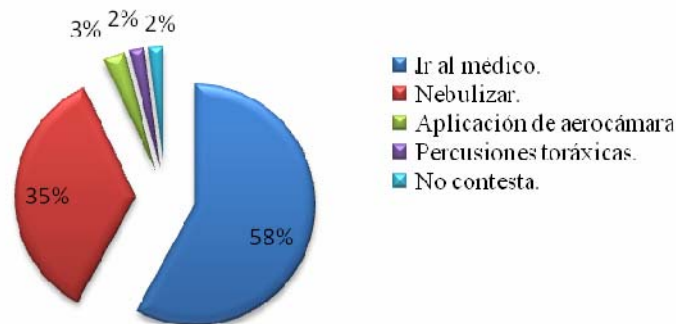


FUENTE: Datos recopilados por la autora, San Antonio del Golfo 2011.

De acuerdo a la Gráfica N°30 se puede visualizar que de los 47 entrevistados, 85%, reconocen que sí les ha hecho falta conocer las medidas preventivas del asma bronquial, alegando que son importantes porque les permiten ayudar al paciente a tener una mejor calidad de vida, mediante la aplicación de las medidas en el hogar para contrarrestar el asma.

Sin embargo, un 15% respondió que no le ha hecho falta conocer estas medidas debido a que ha aplicado el conocimiento que tiene y le ha ido bien. En este sentido, se puede deducir que este grupo no conoce realmente los alcances de esta patología, la cual requiere rigurosamente que se conozcan y apliquen las medidas preventivas necesarias, porque de lo contrario solo se ocasionará la intensificación de los síntomas en los niños asmáticos y graves daños en sus pulmones deteriorando su salud.

GRÁFICA N°31 ACCIONES DE LOS PADRES Y REPRESENTANTES DE LOS NIÑOS ANTE UNA CRISIS ASMÁTICA.



FUENTE: Datos recopilados por la autora, San Antonio del Golfo 2011.

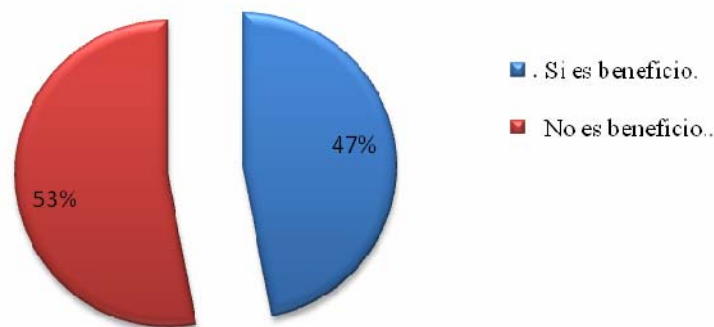
Las crisis asmáticas tal como lo indica García (2009:34) “son episodios agudos o sub-agudos, también se le conocen como el empeoramiento de los síntomas del asma que se acompañan de una disminución del flujo respiratorio máximo”.

En tal sentido, seguir un plan de acción o pasos cuando se presentan las crisis asmáticas ayudará a evitar muchas de ellas y controlar aquellas que no puedan evitar. El hecho de saber cómo reaccionar ante una crisis puede ayudar a evitar muchas visitas al servicio de urgencias, tal como lo expresa Alvarado, M (2007).

A tal efecto, queda demostrado en la Gráfica N°31, concerniente a las acciones que realizan los padres y representantes entrevistados ante una crisis, el

58% acuden al médico, es decir, un número significativo toma como medida principal visitar al médico para que lo revise, seguido de un 35% que lleva al niño a nebulizar (procedimiento médico que consiste en la administración de un fármaco o elemento terapéutico mediante vaporización a través de la vía respiratoria) otro 3% le aplica la aerocámara (inhalador en aerosol), un 2% le da percusiones torácicas. (acción mecánica sobre la pared torácica). Queda demostrado que la muestra seleccionada aplica las medidas necesarias ante las recaídas del paciente.

GRÁFICA N°32 BENEFICIOS DEL EJERCICIO FÍSICO PARA LOS NIÑOS ASMÁTICOS, SEGÚN LA OPINIÓN DE LOS PADRES.



FUENTE: Datos recopilados por la autora. San Antonio del Golfo 2011.

Según el Dr. Barreda, P (2007:12) “El objetivo de todo tratamiento bien efectuado debe procurar una vida totalmente normal, además el actividad física ayuda a regular y mejorar en algunos casos la capacidad de ejercicio, los síntomas, el número de crisis, aportando al individuo una mayor autonomía social y psíquica”.

Sobre los beneficios que aporta el ejercicio para el tratamiento del asma bronquial, en la Gráfica N°32 los datos revelan que el mayor porcentaje de los representantes (53%) desconocen las bondades que tiene su realización. Ellos coinciden que es recomendable que los niños asmáticos pidan un justificante para que no hagan ejercicio o educación física. Se pone de manifiesto que estos padres y representantes desconocen los beneficios que aporta la actividad física, en tanto

ayudan a los niños asmáticos a mejorar su condición respiratoria y su resistencia al esfuerzo.

Por su parte, un grupo significativo de los padres y representantes (47%), consideran que el ejercicio es beneficioso para los niños, por lo que no requieren justificativos para no hacerlos, puesto que gran parte de ellos alegaron que la realización de ejercicio es un paso muy importante para el control y recuperación del paciente asmático, a excepción de algunos casos de asma graves que el médico se lo prohíba. Tal como lo expresa Taborda, J (2001) “la inactividad física aumenta la sintomatología de los enfermos y tiene una repercusión innegable en su calidad de vida por lo que, los estudios en población general indican que la realización de ejercicio regular, estable y moderada ayuda a mejorar tanto la salud física como la psicológica”.

GRÁFICA N°33 IMPORTANCIA DE UNA ALIMENTACIÓN RICA EN FRUTAS Y VEGETALES PARA EL TRATAMIENTO DEL ASMA BRONQUIAL SEGÚN OPINIÓN DE LOS PADRES.



FUENTE: Datos recopilados por la autora, San Antonio del Golfo 2011.

De acuerdo con el pediatra, experto en nutrición y dietética Morales, F (2011:54), **La alimentación a través de frutas y vegetales**, “puede mejorar nuestra calidad de vida o nuestras cualidades fisiológicas”. Porque supone una alimentación rica en vitaminas y minerales que le proporcionan al ser humano los nutrientes necesarios.

De acuerdo con la Gráfica N°33, se puede observar que casi la totalidad de los padres de los niños asmáticos entrevistados (91%) consideran importante los beneficios de una alimentación rica en frutas y vegetales, porque mantiene fuerte al ser humano y por los nutrientes y vitaminas que aportan beneficios al sistema inmunológico.

Otro 9% de la muestra seleccionada, manifestó que no es importante el consumo de frutas y vegetales, lo cual resulta preocupante, debido a que este grupo posee escasa información sobre la alimentación adecuada y los cuidados que requiere un paciente asmático.

Efectivamente, estos alimentos son capaces de mejorar la función del sistema inmunológico de los pequeños, debido a que aportan múltiples vitaminas, que actúan como antioxidantes, reduciendo el estrés al que se someten las vías respiratorias cuando el sistema inmune reacciona contra una bacteria o virus.

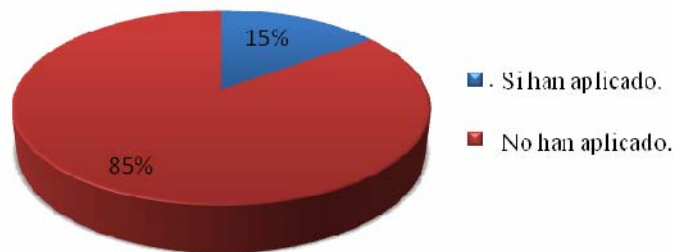
Sin embargo, se debe tener cuidado en cuanto al consumo de algunas frutas a fin de permitir que el cuerpo asimile efectivamente sus nutrientes, por ejemplo las frutas cítricas deben consumirse antes del medio día y los jugos de frutas se deben consumir frescos y lo antes posible, de lo contrario se fermentan y se transforman en fuente de dolores y enfermedades, afectando el hígado y el cerebro, ocasionando graves daños en la salud del paciente asmático.

Por otra parte, es bueno resaltar que aunque no se tomó en cuenta para el presente estudio, algunas investigaciones recientes tienden a asociar el consumo de pescado al menos una vez en semana con una incidencia menor de asma en niños. Tal es el caso de Muñoz, M (2010) la cual expresa que “el pescado es uno de los alimentos a los que algunas personas son alérgicas y puede inducirles ataques de asma”.

4.5 CREENCIAS Y MITOS QUE POSEEN LAS FAMILIAS SOBRE LA ENFERMEDAD Y SU TRATAMIENTO.

Las costumbres o creencias que tengan los familiares de los niños asmáticos sobre dicha patología implica una serie de variables que van desde sus ideologías, mitos y tradiciones, lo cual está muy relacionado a el conocimiento que manejan sobre la enfermedad. Por eso, es necesario precisar si realmente esos factores están presentes en la prevalencia del asma bronquial, debido a la situación tan preocupante que ha generado la misma. Por esta razón se hizo necesario conocer las creencias y mitos en cuanto a esta enfermedad y su tratamiento.

GRÁFICA N°34 APLICACIÓN DE MEDICINAS NATURISTAS PARA EL TRATAMIENTOS DEL ASMA.



FUENTE: Datos recopilados por la autora, San Antonio del Golfo 2011.

Con respecto al Gráfico N°34, de la muestra seleccionada, un 85% alegó que no ha aplicado ningún remedio naturista para curar el asma; sin embargo, el otro 15% manifestó que ha utilizado este tipo de remedios, entre los cuales mencionó las plantas y animales (sapo, caracol asado), agregando que lo utilizan como complemento del tratamiento médico, sin abandonar este último.

CUADRO N°4 TRATAMIENTOS NATURALES PARA CURAR EL ASMA SEGÚN OPINIÓN DE LOS PADRES.

Los animales pueden curar el asma		Las plantas pueden curar el asma	
Si	No	Si	No
10%	90%	32%	68%

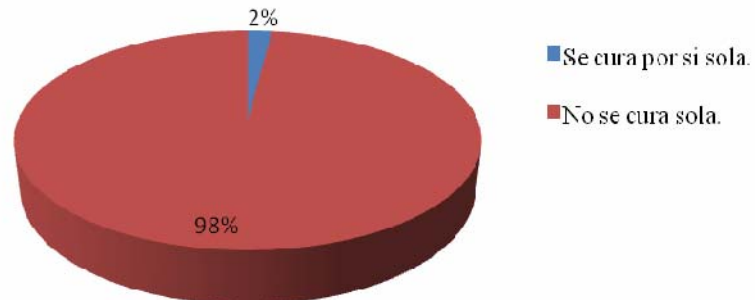
Fuente: Datos recopilados por la autora-San Antonio del Golfo 2011.

Aunque la medicina ha avanzado, aún existen personas que prefieren utilizar la medicina tradicional también conocida como etnomedicina, la cual cubre una enorme variedad de remedios y tratamientos que pasan de generación en generación, a veces particulares de un distrito, pueblo o familia. Sus prácticas generalmente no están escritas, puesto que, son parte de la tradición oral, tanto en áreas rurales como urbanas se realizan en los hogares y consiste en auto medicarse.

Se puede observar en el cuadro N°4, referente a las creencias de los entrevistados sobre si los animales pueden curar el asma que el 90% de la muestra seleccionada respondió que no, mientras un 10% respondió de manera afirmativa, añadiendo que entre los animales que utilizan, está el caracol asado. Esto deja demostrado que, la mayoría de los representantes entrevistados coinciden en que el asma bronquial no se cura mediante esta práctica.

Por otro lado, un 68% opinó que las plantas no pueden curar el asma, pero el otro 32 % opinó que sí; lo que permite indicar que la mayor parte de esta población hoy en día, pareciera haber perdido las creencias en los remedios naturales y prefiere la medicina científica, mientras que otro grupo complementa los fármacos con remedios a base de plantas, tales como la zábila.

GRÁFICA N°35 CREENCIAS DE LOS PADRES Y REPRESENTANTES
SOBRE LA CURA ESPONTANEA DEL ASMA

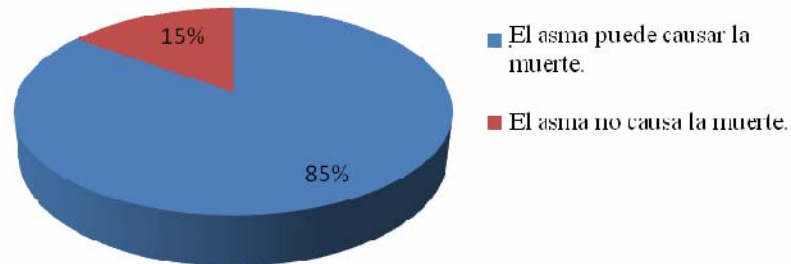


FUENTE: Datos recopilada por la autora, San Antonio del Golfo 2011.

En la Gráfica N° 35 se evidencia que, un 98% de los entrevistados considera que el asma no se puede curar por sí sola, lo que demuestra que casi el 100% de la población está consciente que es una enfermedad que requiere de tratamientos para poder ser controlada, a diferencia de un 2% que respondió que el asma se puede curar por sí sola, demostrándose así que este pequeño grupo carece de conocimiento acerca de esta patología, lo que repercute de manera negativa en el tratamiento del paciente asmático.

Vale la pena destacar que, una falsa creencia, como lo es que el asma se puede curar por sí sola, aumenta la probabilidad de que los padres y representantes de los niños asmáticos no presten la debida atención que la enfermedad requiere, ocasionando el incremento de las crisis asmáticas y en el peor de los casos se puede llegar a la muerte.

GRÁFICA N°36CREENCIAS DE LOS PADRES SOBRE LAS CONSECUENCIAS FATALES DEL ASMA BRONQUIAL.



FUENTE: Datos recopilados por la autora, San Antonio del Golfo 2011.

Como se puede observar en la presente Gráfica, la mayor parte de los representantes entrevistados opinaron (en un 85%) que el asma si puede causar la muerte, lo que demuestra que tienen noción sobre la magnitud de la enfermedad, sobre todo las consecuencias graves que puede ocasionar el hecho de no atender al paciente asmático con el tratamiento adecuado. Es preciso señalar, que en la actualidad, tanto la prevalencia como la mortalidad por asma están creciendo de una forma preocupante, tal como lo indica Vega, T (2007).

Por otra parte, el 15% de los entrevistados consideró que esta enfermedad no puede causar la muerte, manejándose una información errónea sobre el asma bronquial.

Se puede concluir que es de suma importancia conocer la relevancia de esta patología y tratar los síntomas en cuanto se presentan. Así se evita que empeore y cause un ataque de asma grave. Los ataques de asma graves pueden requerir atención de urgencias y algunas veces causar la muerte.

OPINIÓN EMITIDAS POR EL PERSONAL MÉDICO-ASISTENCIAL SOBRE LAS CREENCIAS Y MITOS QUE TIENEN LOS FAMILIARES SOBRE LA ENFERMEDAD Y SU TRATAMIENTO.

Después de precisar la opinión de los padres sobre los mitos y creencias entorno al asma bronquial y su tratamiento, es necesario indagar sobre la

percepción del personal médico-asistencial del CDI, a fin de tener una comprensión integral en cuanto a las creencias y mitos que están presentes en la prevalencia de esta patología, por lo cual se tomó en cuenta una serie de indicadores que serán presentados a continuación. Pero previo a esas consideraciones, resulta oportuno enfatizar sobre las características del personal médico-asistencial que labora en este CDI, las cuales se presentan a continuación.

CUADRO N°5 CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS DEL PERSONAL DEL CDI

EDAD DEL PERSONAL MÉDICO Y DE ENFERMERÍA				SEXO		PROFESIÓN	
2	3	4	5	F	M	Mé dico	Enfer mera
5-29	0-39	0-49	0-60	7	2	69%	31%
8%	6%	6%	0%	4%	6%		

Fuente: Datos recopilados por la autora-San Antonio del Golfo 2011.

Con respecto a la información del personal médico-asistencial del CDI, se ve reflejado en el presente cuadro, el predominio de un personal médico-asistencial joven (46%) con edades que oscilan entre 40-49 años, seguidos de un 20% que tiene entre 50-60 años, lo que permite demostrar que la mayor parte de la población del CDI está constituida por adultos contemporáneos, caracterizados principalmente porque se encuentran en la plenitud de la vida y que poseen gran experiencia laboral.

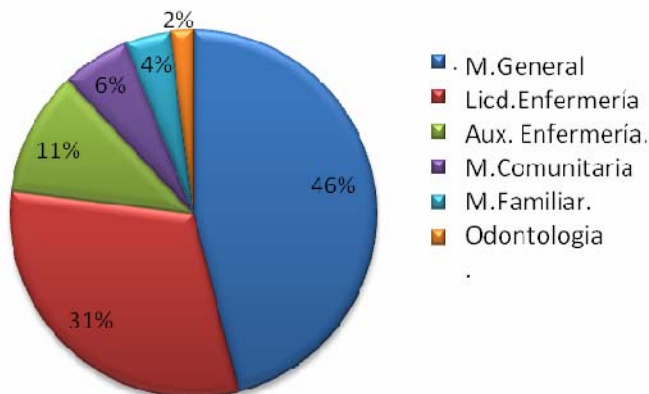
Por otro lado, con respecto al sexo del personal encuestado se pudo observar que un 74% son mujeres, seguidos de un 26% representado por el sexo masculino, es preciso indicar que, el personal médico está integrado por ambos sexos, es decir, tanto mujeres como de hombres, mientras el personal de enfermería en el momento de la entrevista estaba integrado solo por mujeres. Cabe destacar que, el sexo de los mismos no interfiere con el tratamiento de los niños asmáticos.

En cuanto se refiere a la profesión que ejercen en el CDI, un 69% manifestó que es médico, seguidos de un 31% que alegó ser personal de enfermería. Según estos resultados, se puede observar que el personal de este centro asistencial son todos profesionales de la medicina, no existiendo profesionales en del área social, específicamente Trabajadores Sociales; lo que implica que las acciones del personal se resumen en médicas-curativas.

Todo lo antes expuesto, permite pensar que el enfoque integral constituido por equipos multidisciplinarios que se aplica hoy en día en el campo de la salud, no se está implementando en este CDI; por lo tanto, no hay un abordaje holístico de esta patología. En este sentido, se debe destacar que, el Trabajador Social es un Profesional necesario para la promoción de la salud y prevención de enfermedades; de allí que está adscrito a la mayor parte de las instituciones sanitarias, por ser considerado un aporte significativo para las mismas; debido a que es un profesional de complemento y apoyo de las acciones médicos-sanitarias a través de programas integrados y nunca de acciones aisladas del todo que es la institución.

Cabe indicar que, este centro asistencial funciona bajo el esquema del programa misión barrio adentro, mediante el cual el gobierno de Venezuela tiene convenio⁶ con el gobierno de Cuba. A tal efecto, se siguen algunos lineamientos de la medicina cubana en donde no existe la figura del Trabajador Social como parte del equipo de salud; quizás esto explique la ausencia de este profesional dentro del CDI.

GRÁFICA N°37 ESPECIALIDAD DEL PERSONAL MÉDICO-ASISTENCIAL QUE SE DESEMPEÑA EN EL CDI

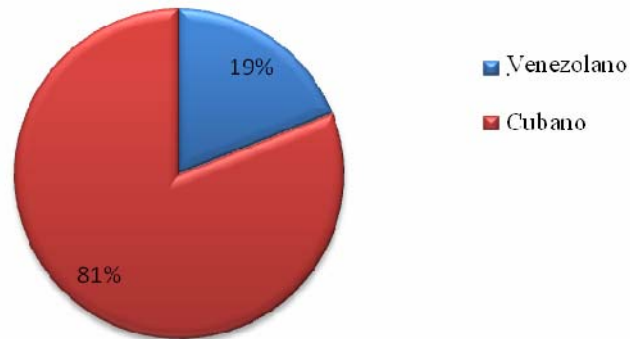


En la Gráfica N°37, referida a las especialidades de los médicos que se desempeñan en el CDI: un 46% es médico general, 6% médico de comunidad, 4% médico familiar y un 2% odontólogo. Dentro de este contexto, se puede destacar que no hay neumonólogos, lo que representa una gran limitación y desventaja para los pacientes asmáticos puesto que, no cuentan con un especialista en esta patología por consiguiente se ven en la necesidad de acudir a especialistas, ubicados en la ciudad de Cumaná y zonas vecinas.

Por otro lado, un 31% son Licenciados(as) en enfermería, seguidos de un 11% que son auxiliar de Enfermería, es decir este CDI, se encuentra dotado de personal de enfermería capacitado para apoyar a los médicos en la aplicación de los tratamientos, lo que resulta importante para poder brindar una atención de calidad a los usuarios de este centro de salud.

⁶ Convenio Integral realizado el 30 de octubre del 2000 entre la República Bolivariana de Venezuela y la República de Cuba, mediante el cual se comprometen a elaborar programas y proyectos de cooperación en la aplicación del presente convenio.

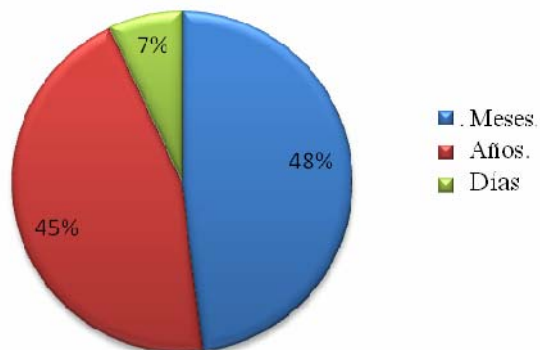
GRÁFICA N°38 NACIONALIDAD DEL PERSONAL DEL CDI DE SAN ANTONIO DEL GOLFO.



FUENTE: Datos recopilados por la autora, San Antonio del Golfo 2011.

En la Gráfica N° 38, referida a la nacionalidad del personal médico asistencial, se pudo constatar que la mayoría de los encuestados (equivalentes a un 81%) son de nacionalidad cubana. De este porcentaje 17 son médicos cubanos, a excepción de una (Odontóloga) que es venezolana, según lo observado y confirmado mediante información suministrada por el personal médico-asistencial del CDI. Por otro lado, un 19% (equivalente a 8 venezolanos [as]) correspondiente al personal de enfermería. Cabe indicar que la coordinación de este Centro de Diagnóstico Integral está a cargo y bajo la responsabilidad de los médicos cubanos.

GRÁFICA N°39 TIEMPO LABORANDO EN EL CDI DE SAN ANTONIO DEL GOLFO



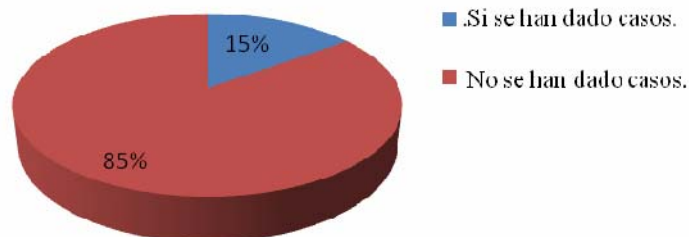
FUENTE: Datos recopilados por la autora, San Antonio del Golfo 2011.

Referente al tiempo que tiene laborando el personal médico-asistencial en el CDI, se puede observar en la Gráfica 39, que el mayor porcentaje, (representado por un 48%), se ubica en aquellos que solo tienen meses laborando en ese centro asistencial, por lo que es un personal nuevo. Este grupo se refiere específicamente a los cubanos, los cuales según lo planteado en el convenio entre Venezuela y Cuba para el desarrollo del programa Barrio Adentro deben ser cambiados con cierta frecuencia, por lo que no son permanentes (son rotativos).

Por otro lado, un 45 % del personal tiene años trabajando y está constituido por el personal de enfermería de nacionalidad venezolana, a excepción del coordinador del CDI de nacionalidad cubana, el cual para el momento de la entrevista era el médico cubano quien tenía más años trabajando en este CDI (3 años).

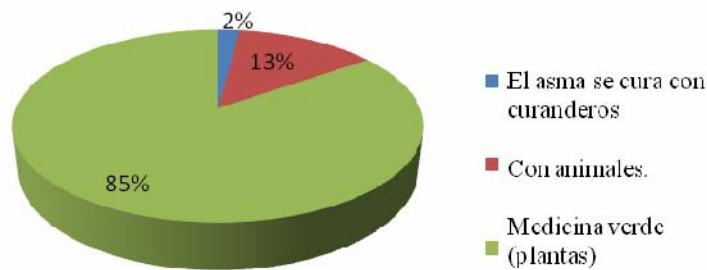
Cabe destacar que, la mayor parte del personal del CDI es rotativo, lo que trae como consecuencia la poca pertenencia que tiene con las comunidades, y al mismo tiempo, que las familias que asisten a este CDI no tengan un médico específico que lleve la historia clínica de cada caso, compenetrándose con la realidad social y ambiental de los pacientes asmáticos. Luego de precisar las características sobre el personal médico-asistencial que labora en el CDI, se procede con la opinión de los mismos en cuanto a las creencias y mitos sobre el asma bronquial y su tratamiento.

GRÁFICA N°40 CASOS DE PACIENTES ASMÁTICOS QUE POR CREENCIAS O MITOS NO ACUDAN AL MÉDICO SEGÚN OPINIÓN DEL PERSONAL DEL CDI DE SAN ANTONIO DEL GOLFO.



FUENTE: Datos recopilados por la autora, San Antonio del Golfo 2011.

GRÁFICA N°41 CREENCIAS QUE LE IMPIDEN AL PACIENTE ASMÁTICO ACUDIR AL MÉDICO SEGÚN OPINIÓN DEL PERSONAL DEL CDI DE SAN ANTONIO DEL GOLFO.



FUENTE: Datos recopilados por la autora, San Antonio del Golfo 2011.

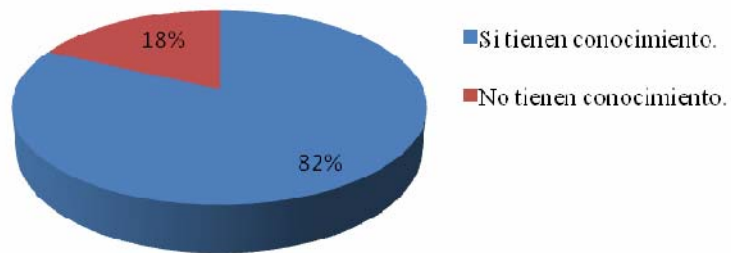
En la Gráfica N° 40, el 85% del personal médico-asistencial del CDI, alegó que no se ha dado el caso de ningún paciente que deje de acudir al médico, mientras un 15% manifestó que sí se han presentado casos que por sus creencias dejen de acudir al médico.

En la Gráfica N°41, se puede notar que el 15% (correspondiente a 4 personas del personal del CDI, alegaron que hay pacientes que no asisten a consultas por sus creencias y mitos), coincide en que un 85% se debe al uso de

medicina verde, es decir, este grupo considera que los pacientes prefieren utilizar medicina natural (a base de plantas), antes que la medicina moderna.

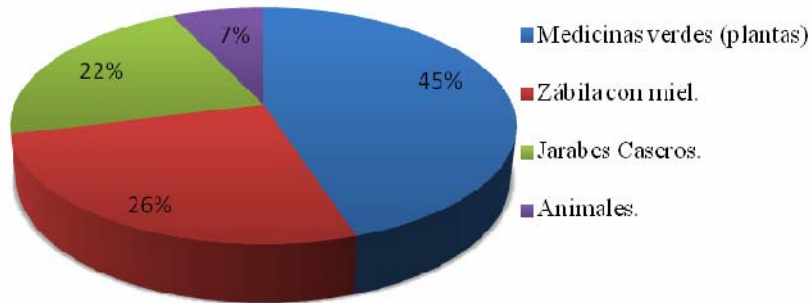
Dentro del mismo orden, un 13% del personal del CDI, afirmó conocer casos de pacientes que no les gustan acudir al médico porque consideran que el asma se puede curar con animales; seguido de un 2% que alegó que los pacientes no asisten debido a que prefieren acudir a curanderos. Lo cual incide de manera directa sobre la prevalencia de esta patología, puesto que, este grupo al dejar de acudir al médico basado en sus creencias y mitos, está dejando de lado el tratamiento farmacológico y por ende, pudiera estar provocando la intensificación de las crisis y provocando recaídas constantes en el paciente

GRÁFICA N°42 CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DEL CDI DE SAN ANTONIO DEL GOLFO SOBRE PACIENTES QUE INGIEREN REMEDIOS A BASE DE PLANTAS Y ANIMALES.



FUENTE: Datos recopilados por la autora, San Antonio del Golfo 2011.

GRÁFICA N°43 TIPO DE REMEDIO NATURAL QUE INGIERE EL PACIENTE ASMÁTICO SEGÚN LA OPINIÓN DEL PERSONAL DEL CDI DE SAN ANTONIO DEL GOLFO.



FUENTE: Datos recopilados por la autora, San Antonio del Golfo 2011.

Se puede observar en la Gráfica N°42 que, un 82% de los entrevistados manifestó que no conocen pacientes asmáticos que ingieren remedios naturales, mientras un 18% alegó que sí. Esta situación revela que las creencias culturales no interfieren en la visita al médico por parte de los pacientes asmáticos, debido a que una gran parte de la población a pesar de que ingieren medicamentos caseros, no abandona el tratamiento médico.

Dentro de este mismo marco, la Gráfica N°43 muestra que el 18%, equivalente a 5 integrantes de la población del CDI, afirmaron conocer pacientes que ingieren remedios naturales. Coincide en un 45% que los pacientes toman medicamentos a base de medicina verde o planta, seguido de un 26% que ingieren remedios preparados con zábila y miel; otro 22% que prefiere remedios caseros y un 7% que ingieren remedios preparados con animales. Es preciso señalar que, este grupo de pacientes además de acudir al médico y aplicar su tratamiento farmacológico indicado, complementa su tratamiento con remedios naturales.

En consideración con lo antes planteado, es preciso mencionar que 6 médicos de los entrevistados le comentaron a la investigadora en una de sus visitas al CDI, que no están de acuerdo con la utilización de animales para la cura de esta enfermedad, puesto que, solo la empeoran con la aplicación de falsas

creencias. Sin embargo alegaron que no tienen inconveniente en que los pacientes asmáticos apliquen tratamientos a base de plantas tales como la zabala, (tiene grandes propiedades curativas), siempre y cuando sigan el tratamiento farmacológico y acudan a su control médico.

ACCIONES DEL PERSONAL MÉDICO-ASISTENCIAL TANTO CURATIVA COMO PREVENTIVAS DIRIGIDAS AL PACIENTE ASMÁTICO Y OPINIONES DE LOS PADRES SOBRE TALES ACCIONES.

El asma bronquial en los niños es una enfermedad que necesita de muchos cuidados de índole curativo y preventivo tanto a nivel médico como por parte de sus padres y representantes. En tal sentido, para efectos del presente estudio, se abordó una serie de indicadores referidos a la atención diversificada en acciones tanto preventivas como curativas del personal médico-asistencial, con el objetivo de brindarle un enfoque integral a la presente investigación.

CUADRO N°6 CONTROL REALIZADO EN EL CDI AL PACIENTE ASMÁTICO

Se le realiza un control al paciente asmático		Cada cuanto tiempo se da el control				
		Mensual	Cada 3 meses	Cada 6 meses	Depende del tipo de crisis	A
Si	No					
6 9%	31 %	31 %	3 4%	2 3%	4%	8 %

Fuente: Datos recopilados por la autora-San Antonio del Golfo 2011.

El control del asma debe realizarse regularmente, puesto que, cada vez se reconoce más la importancia de valorar el control de esta enfermedad, en términos

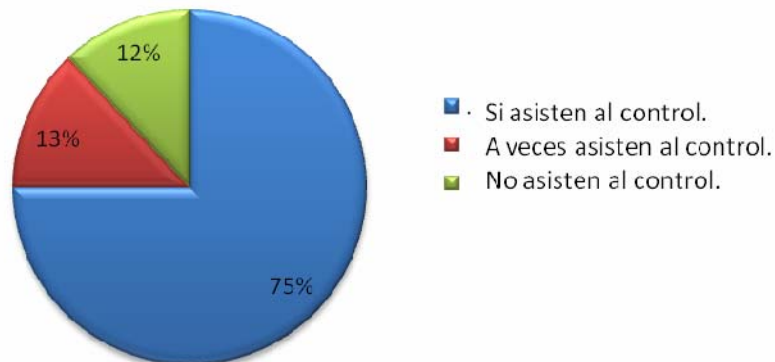
de normalización de los trastornos fisiológicos, del costo que ocasiona dicha patología y de la calidad de vida de los pacientes.

En el Cuadro N°6 se puede evidenciar que el personal del CDI entrevistado alega en un 69% que sí se le realiza el control a los pacientes asmáticos, mientras que un 31% manifestó que no; lo que demuestra que hay un grupo que está dejando de lado la importancia del control de los pacientes asmáticos. Situación esta que puede estar incidiendo de manera radical en la prevalencia de esta patología, debido a que es una enfermedad que requiere de un control constante, dependiendo de su nivel de gravedad.

Con respecto al 69% que respondió afirmativamente en cuanto a realizar control de los pacientes asmáticos, evidenció que este es efectuado en su mayoría en un periodo de tiempo prudencial: mensual (31%), cada tres meses (34%) y cada 6 meses (23%).

Según lo antes planteado, se puede deducir que, el control queda a discreción de cada médico, lo que resulta preocupante para el grupo que no realiza control, tomando en cuenta que es una enfermedad que sino se trata como debe ser puede intensificarse las crisis.

GRÁFICA N°44 ASISTENCIA DE LOS PACIENTES ASMÁTICOS AL CONTROL, SEGÚN OPINIÓN DEL PERSONAL DEL CDI DE SAN ANTONIO DEL GOLFO.



FUENTE: Datos recopilados por la autora, San Antonio del Golfo 2011.

En el Gráfico N° 44, referido a la asistencia de los pacientes al control médico, se muestra los resultados del 69%(equivalente a 18 integrantes del personal del CDI) que afirmaron realizar el control a los pacientes asmáticos. De ellos, la mayor parte del personal (75%) concuerda en que los pacientes sí asisten al control, lo que es excelente para que puedan disminuir las crisis y mejorar su salud.

Seguidos de un 13%, que alegó que los pacientes acuden a veces al control, hecho que está muy relacionado con las recaídas o crisis asmáticas ya que, muchos de los niños no son llevados al control médico como debería ser, ocasionando una descompensación en la salud los mismos.

Otro 12% señaló que, los padres no llevan a los niños al control, lo que permite indicar que esta situación puede acarrear en el futuro consecuencias graves (incluso la muerte) al no prestarle a su enfermedad la atención que requiere en cuanto a su control.

CUADRO N°7 CONTROL MÉDICO REALIZADO AL PACIENTE ASMÁTICO SEGÚN OPINIÓN DE LOS PADRES.

Se le ha realizado algún control en el CDI		Con que frecuencia se le realiza el control en el CDI			
Si	No	Mensual	Anual	6-8 meses	Nunca
66%	34%	23%	5%	38%	34%

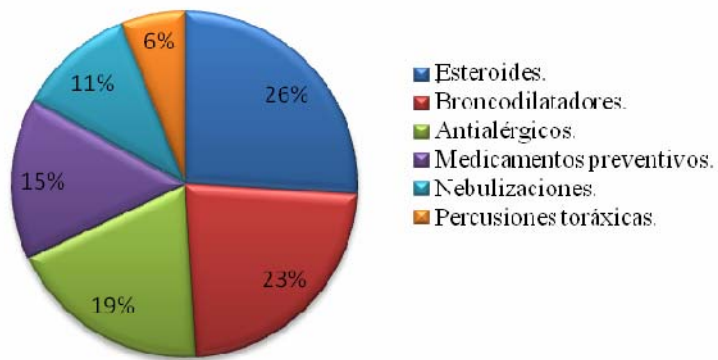
Fuente: Datos recopilados por la autora-San Antonio del Golfo 2011

En cuanto al control del paciente asmático, se puede observar en el cuadro N°7 que, el 66% de los entrevistados afirmó que sí se le realiza un control al paciente, mientras un 34% manifestó que no se realiza control en el CDI, cuyas respuestas coinciden con las del personal médico evidenciadas en el CuadroN°6.

Por otro lado, sobre la frecuencia en que se le realiza el control al paciente asmático, un 38% de la muestra de padres y representantes alegaron que cada 6-8 meses, un 23% mensual y un 5% anual.

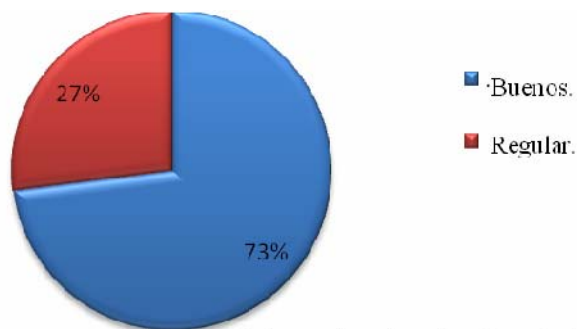
Con respecto al 34% que alegó que nunca se le realiza el control en el CDI, un grupo significativo del mismo (23%) añadió que acude al CDI en casos de emergencia porque no les gusta la atención del personal médico Cubano y que prefieren ir a especialistas neumonólogos en Cumaná u otras zonas vecinas, donde le realiza el control al niño (a).

GRÁFICA N°45 TIPO DE TRATAMIENTO QUE SE LE APLICA AL PACIENTE ASMÁTICO EN EL CDI DE SAN ANTONIO DEL GOLFO.



FUENTE: Datos recopilados por la autora, San Antonio del Golfo 2011.

GRÁFICA N°46 RESULTADOS OBTENIDOS EN LA APLICACIÓN DEL TRATAMIENTO AL PACIENTE ASMÁTICO SEGÚN OPINIÓN DEL PERSONAL DEL CDI DE SAN ANTONIO DEL GOLFO.



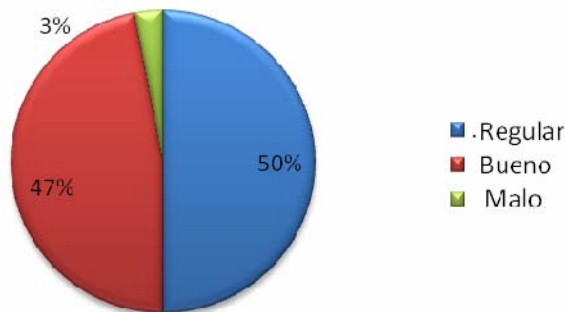
FUENTE: Datos recopilados por la autora, San Antonio del Golfo 2011.

Según el Dr. Barreda, P (2007:16), la meta del tratamiento del asma “es asegurarle al paciente poder gozar de una vida con las menores limitaciones posibles, lo menos posible de crisis de asma y un funcionamiento pulmonar normal”.

En la Gráfica N°45, se puede observar que el personal médico-enfermería alega en un 26% que aplica al paciente esteroides como parte del tratamiento, seguido de 23% que emplea broncodilatadores, un 19% Antialérgicos, 11% nebulizaciones. El resto de los porcentajes se ubican en la aplicación de tratamientos preventivos. Como el asma bronquial se presenta en diferentes grados de severidad, y lo originan diversas causas, el tratamiento suele ser muy variado, pues deberá ajustarse al grado y tipo de asma de que se trate.

Por otro lado en la Gráfica N° 46, un 73% considera que el tratamiento aplicado es bueno, es decir, ha arrojado resultados satisfactorios en lo que refiere a la salud del paciente; mientras un 27% considera que es regular.

GRÁFICA N°47 OPINIÓN DE LOS PADRES SOBRE EL TRATAMIENTO MÉDICO APLICADO EN EL AL NIÑO ASMÁTICO.CDI DE SAN ANTONIO DEL GOLFO



FUENTE: Datos recopilados por la autora, San Antonio del Golfo 2011.

Como se puede observar en la Gráfica N°47 un 50% de los entrevistados considera que el tratamiento que le aplican al paciente asmático en el CDI es regular, seguido de un 47% que es bueno y un 3% que es malo lo que difiere de la Gráfica 46 en la cual la mayor parte (73%) del personal médico-asistencial de este centro considera que es bueno, seguido por un porcentaje que opina que es regular. En consecuencia, se puede indicar que gran parte de la muestra entrevistada no comparte la opinión del personal médico en cuanto a los resultados del tratamiento, porque alegaron que el mismo no ha generado grandes cambios en el paciente asmático, lo cual se evidencia en la frecuencia de las recaídas.

Cabe destacar que, el tratamiento del paciente asmático no es solo el uso de fármacos o las visitas al médico, sino que van de la mano con las medidas socio-ambientales que toman en sus hogares para reducir la exposición de agentes contaminantes y disminuir las crisis, por lo tanto los resultados que se obtengan deben ser atribuidos a todos estos elementos.

CUADRO N°8 FRECUENCIA DE RECAÍDA DEL PACIENTE ASMÁTICO SEGÚN LA OPINION DE LOS PADRES Y REPRESENTANTES

Son frecuentes	Que tan frecuentes son las recaídas
----------------	-------------------------------------

las recaídas del paciente		del paciente				
Si	No	Mensual	Cada 4 meses	Cada 6 meses	Cada 8 meses	Anual
66%	34%	32%	15%	13%	10%	30%

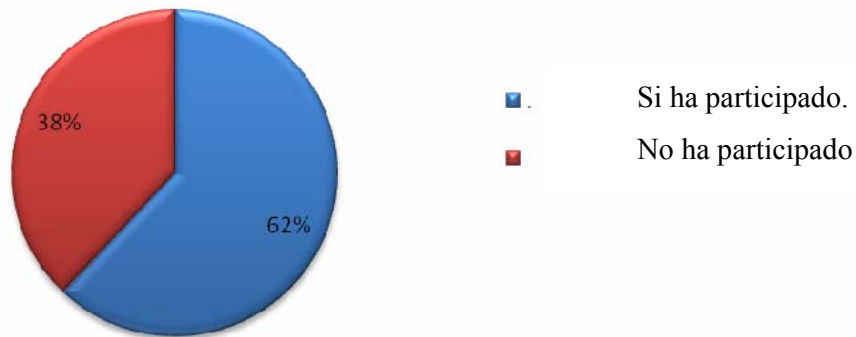
Fuente: Datos recopilados por la autora-San Antonio del Golfo 2011

Las recaídas son aquellas situaciones en la que un paciente se ve afectado nuevamente por los síntomas de la misma, durante el período de convalecencia.

Como se puede observar en el Cuadro N°8 la mayoría de los entrevistados coinciden en un 66% que son frecuentes las recaídas del paciente asmático. Mientras un 34% manifestó que no son frecuentes las recaídas.

Por otro lado referente, al 66% que afirmó que las recaídas son frecuentes, argumentaron en un 32% que son mensuales, seguidas de un 30% anual, 15% cada 4 meses, 13% cada 6 meses y un 10% cada 8 meses. Esta situación permite indicar que a pesar de tener un tratamiento, existen elementos que están incidiendo de manera directa en su salud.

GRÁFICA N°48 PARTICIPACIÓN DEL PERSONAL DEL CDI EN EQUIPOS PROMOTORES PARA LA DIFUSIÓN DE MEDIDAS PREVENTIVAS DEL ASMA.



FUENTE: Datos recopilados por la autora, San Antonio del Golfo 2011.

Como se puede observar en la Gráfica N°48, un 62% de la población integrada por el personal del CDI, respondió que sí ha sido participe de equipos promotores para prevenir el asma, lo que es un elemento importante para contrarrestar esta patología. Cabe mencionar que estos equipos promotores están incompletos, porque no cuentan con personal que brinden atención en el área social, debido a que no contemplan estos profesionales dentro de su equipo de trabajo. Como se indicó anteriormente, en el CDI no hay Trabajadores Sociales que se encarguen de la función de promoción por lo tanto queda delegada a los médicos.

En cuanto al 38% restante se refiere, el mismo manifestó que no ha sido participe de equipos promotores para difundir las medidas preventivas sobre esta enfermedad. En tal sentido, se puede deducir que parte del personal que labora en el CDI, no está contribuyendo con la labor de mantener informado a los pacientes sobre la patología que presentan.

Por ende, es preciso decir que, la difusión de información por parte del personal del CDI constituye un valioso aporte para la comunidad en general, sobre todo para la población afectada, debido a que les permite adquirir conocimiento adecuado y propicio sobre cómo combatir esta patología.

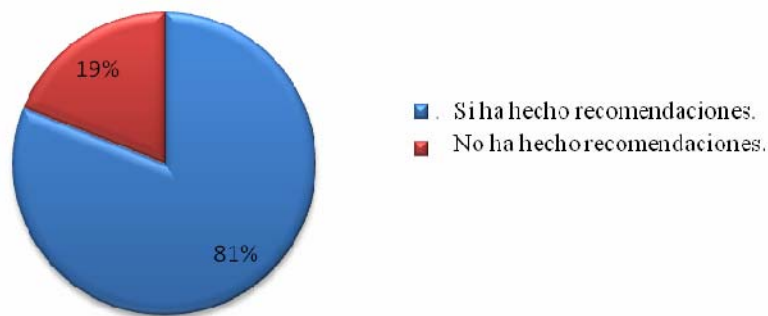
Es preciso mencionar que el 62% (correspondiente a 15 integrantes del personal del CDI) que afirmó participar en los equipos promotores para difundir

las medidas preventivas, alegó que las razones que lo motivaban a hacerlo son las siguientes: un 55% para evitar posibles crisis y un 45% para mejorar la calidad de vida del paciente asmático, es decir, la mayor parte del personal médico-asistencial está consciente que es de vital importancia ser parte de equipos promotores en función de informar a los pacientes y sus familiares sobre el asma a fin de que puedan mejorar sus condiciones de vida y la salud.

Por otro lado un 38% (equivalente a 11 integrantes de la población objeto de estudio del CDI) respondió que no han formado parte de los equipos promotores, en su mayoría (38%) coinciden en que tienen poco tiempo trabajando en el CDI, y un 42% argumentó que no le han convocado para participar en dichos equipos.

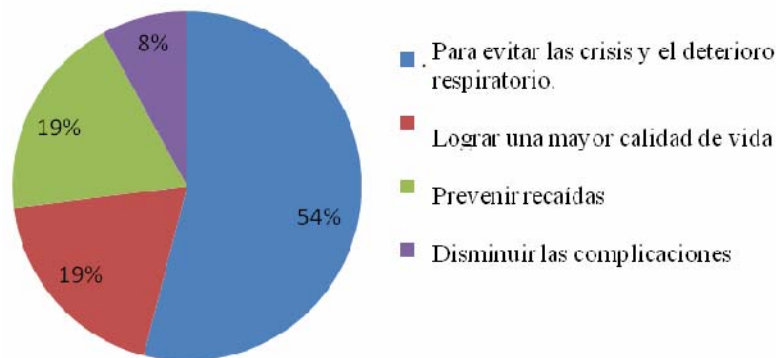
Para culminar, es preciso recordar que los equipos promotores son el mecanismo que permiten informar a la comunidad sobre el asma, es una forma de contribuir con la educación para la salud, cuyo objetivo general es lograr que el paciente asmático pueda vivir integrado y con las mínimas limitaciones posibles dentro de la sociedad. Tal como lo establece Alvarado, M (2002:19) “el objetivo del personal de salud, es proporcionar información sobre la enfermedad, enseñar habilidades relacionadas con el manejo del asma y sobre todo establecer una relación positiva médico- paciente”, es decir, el personal médico-asistencial tiene una gran responsabilidad en lo que a salud se refiere, que va mas allá del simple tratamiento médico y deben ser apoyo de los familiares orientándolos para poder lograr buenos resultados.

GRÁFICA N°49 RECOMENDACIÓN DE MEDIDAS PARA PREVENIR EL ASMA POR PARTE DEL PERSONAL DEL CDI DE SAN ANTONIO DEL GOLFO.



FUENTE: Datos recopilados por la autora, San Antonio del Golfo 2011.

GRÁFICA N°50 IMPORTANCIA DEL CONOCIMIENTO DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS POR PARTE DE LOS PADRES Y REPRESENTANTES SEGÚN EL PERSONAL DEL CDI



FUENTE: Datos recopilados por la autora, San Antonio del Golfo 2011.

Como se puede observar en la Gráfica N°49 como característica importante, que el 81% del personal médico- asistencial afirmó realizar recomendaciones a sus pacientes sobre medidas para prevenir el asma. Es preciso señalar, que dichas medidas son de suma importancia debido a que le permiten a los padres mediante la implementación de las mismas asumir la importancia que tiene el tratamiento de los hijos, para reducir las hospitalizaciones, las visitas a urgencias, las visitas no programadas, los días de pérdida de trabajo, el asma

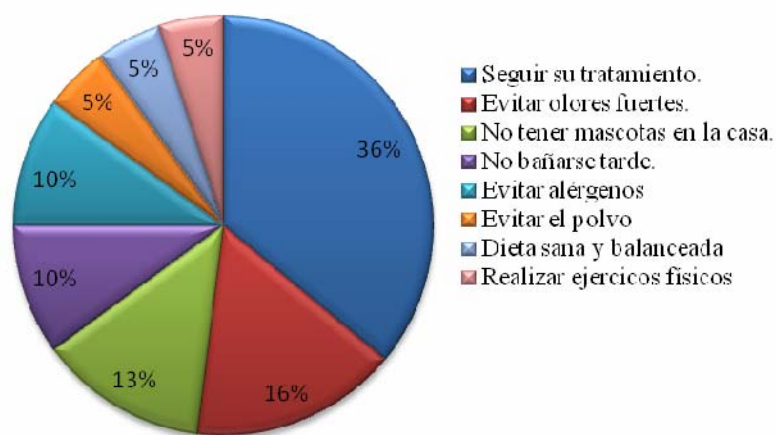
nocturna; y en el plano positivo, mejorar la calidad de vida. Además, en los niños también ayudan a reducir los días de ausentismo escolar, días de actividad restringida y visitas a urgencias.

Sin embargo, un 19% manifestó que no recomienda las medidas para prevenir el asma alegando que solo se basan en la aplicación del tratamiento con fármacos para disminuir las crisis. Cabe indicar, que este hecho solo genera el incremento de desconocimiento en los familiares sobre las medidas que debe tomar para reducir las crisis y controlar la enfermedad.

Dentro de este cuadro de ideas, la Gráfica N° 50, muestra que un 54% de la población del CDI, consideran que es importante que los padres de los niños asmáticos conozcan las medidas para evitar las crisis y el deterioro respiratorio, un 19% para lograr una mayor calidad de vida, el otro 19% para reducir recaídas de los pacientes y un 8% para reducir falsas creencias y complicaciones.

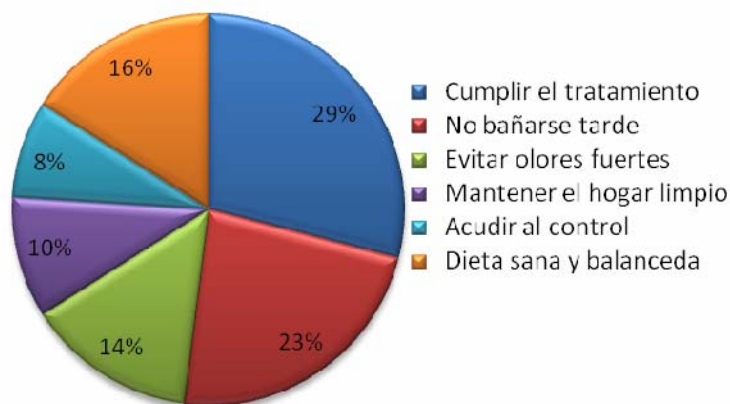
Se puede concluir diciendo que educar y orientar a los pacientes sobre las medidas preventivas del asma, es un componente esencial para poder lograr un mayor control en la enfermedad y reducir las recaídas.

GRÁFICA N°51 TIPO DE RECOMENDACIONES QUE DAN EN EL CDI A LOS PADRES Y REPRESENTANTES DE LOS NIÑOS ASMÁTICOS, SEGÚN LA OPINIÓN DEL PERSONAL DEL CDI DE SAN ANTONIO DEL GOLFO.



FUENTE: Datos recopilados por la autora, San Antonio del Golfo 2011.

GRÁFICA N°52 TIPO DE RECOMENDACIÓN QUE REALIZA EL PERSONAL CDI PARA PREVENIR RECAIDAS DEL ASMA SEGÚN LA OPINIÓN DE LOS PADRES.



FUENTE: Datos recopilada por la autora, San Antonio del Golfo 2011.

Como se puede notar en la Gráfica N° 51 sobre las recomendaciones que se le dan al paciente asmático en el CDI, el personal alegó en un 36% que deben seguir su tratamiento, lo cual es de vital importancia para que el paciente pueda mejorar su condición; un 54% de las recomendaciones están relacionadas con las condiciones ambientales [evitar olores fuertes (16%), (13%) no tener mascotas en

la casa, evitar aeroalergeno (10%), no bañarse tarde (10%), evitar el polvo (5%), debido a que son grandes desencadenantes de enfermedades respiratorias, otro 5% relacionado con la alimentación y un último 5% realizar ejercicios físicos.

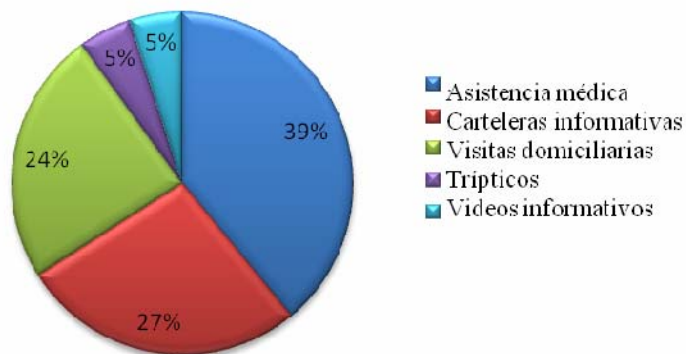
De acuerdo a lo anterior, en el CDI según el personal médico-asistencial se le brinda a los pacientes las recomendaciones especiales para que estén preparados, porque los familiares de los niños asmáticos aplican cada una de estas sugerencias pueden evitar complicaciones en los pacientes. Es oportuno señalar que, las causas del asma son multifactoriales, por lo que es importante que se siga al pie de la letra cada una de las recomendaciones para evitar que el paciente empeore.

Para culminar, es preciso destacar que, las recomendaciones médicas contribuyen con las medidas de control ambiental, lo cual forma parte de estrategias de prevención muy importantes pues un adecuado control sobre factores desencadenantes y la educación del paciente y familiares en su manejo puede reducir los síntomas.

Dentro de este marco, la Gráfico N°52, sobre el tipo de orientación que se le brindó en el CDI a los pacientes asmáticos, muestra que un 29% afirmó que se le recomendó sobre el cumplimiento del tratamiento, seguido de 23% que le han recomendado sobre la higiene personal (no bañarse tarde un 16%) seguir una dieta sana y balanceada, un 24% ha realizado recomendaciones sobre las condiciones ambientales (14% evitar olores fuertes y un 10% mantener el hogar limpio, no bañarse tarde) y un 8% restante acudir al control. Todas estas categorías mencionadas, forman parte de las recomendaciones sobre los cuidados especiales que se le debe dar a un paciente asmático, las cuales coinciden con las respuestas de la Gráfica 51. Cabe destacar que la mayoría de las medidas están referidas a mantener un buen control ambiental, una buena alimentación y al control médico porque son los que van a permitir disminuir las recaídas del paciente y a la vez brindarle apoyo en su hogar.

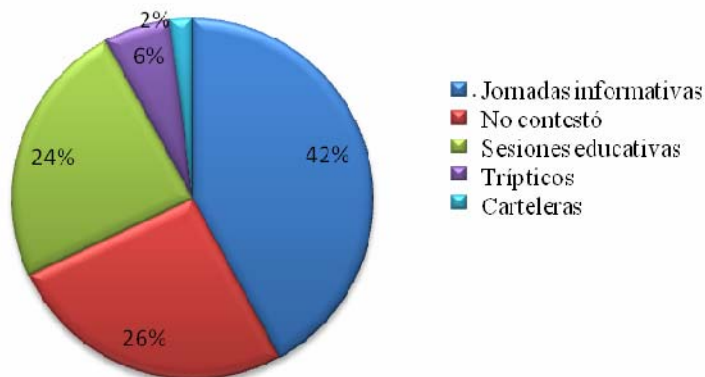
Finalmente, es indispensable que todo paciente con diagnóstico de asma lleve a cabo estas medidas como la parte más importante de su esquema de tratamiento, lo que repercutirá en un mejor control y, por consecuencia, en una menor necesidad de otros tratamientos.

GRÁFICA N°53 ESTRATEGIAS IMPLEMENTADAS POR EL PERSONAL DEL CDI PARA INFORMAR SOBRE EL ASMA.



FUENTE: Datos recopilados por la autora, San Antonio del Golfo 2011.

GRÁFICA N°54 ESTRATEGIAS IMPLEMENTADAS POR EL PERSONAL DEL CDI PARA INFORMAR SOBRE EL ASMA, SEGÚN LOS PADRES.



FUENTE: Datos recopilados por la autora, San Antonio del Golfo 2011.

Las diversas estrategias informativas (carteleras, sesiones educativas, talleres, videos, trípticos, entre otros,) que se implementan en los centros de salud son relevantes para el control de los asmáticos, puesto que, las personas reciben el máximo contenido educativo y consiste en explicar de forma comprensible la intervención diagnóstica, las medidas terapéuticas, el pronóstico y en las medidas preventivas, así como la manera en que el paciente debe participar en su propio cuidado.

De acuerdo con la Gráfica N° 53, se puede observar que un 39% de la población del CDI, manifestó que ha brindado asistencia médica para informar sobre el asma, un 27% que realizan carteleras informativas, un 24% visitas domiciliarias y solo un 5% trípticos y videos informativos respectivamente.

Es importante destacar, que desde el punto de vista del personal del CDI, se están implementando una serie de acciones las cuales están a la mano de los familiares para poder brindarle las herramientas necesarias para contrarrestar esta enfermedad que requiere de tantos cuidados y así evitar que se intensifiquen sus síntomas.

Cabe destacar, que la investigadora mediante la técnica de observación pudo precisar en visitas constantes al CDI, que no habían carteleras alusivas al asma bronquial, ni sesiones informativas, e incluso se evidenció un televisor pero

la mayoría de las veces estaba apagado, pudiéndose deducir que no hay una buena utilización de los recursos audiovisuales y no se están implementando estos medios como debería ser.

La Gráfica N° 54, revela que un 42% de la muestra seleccionada de los padres y representantes manifiestan que el personal del CDI ha realizado jornadas informativas, un 26% no contestó, de lo que se deduce el desconocimiento sobre las estrategias implementadas en el CDI, un 24% sesiones educativas sobre el asma, 6% trípticos y un 2% carteleras. Evidenciándose que la respuesta del personal del CDI, con respecto a las estrategias implementadas no coincide con la de los padres. En consideración a lo antes planteado, se debe recordar que en el CDI, no existen Trabajadores Sociales que se encarguen de elaborar programas y proyectos sociales dirigidos a los pacientes asmáticos, Resultando insuficientes las actividades que realiza el personal médico-asistencial del CDI para disminuir esta patología.

CONCLUSIONES

Dado el carácter descriptivo de esta investigación las variables fueron descritas de manera independiente, no obstante para efectos de la presente conclusión, fue necesario relacionarlas.

En tal sentido, de acuerdo a los hallazgos obtenidos, sobre los factores socio-culturales y ambientales presentes en el asma bronquial en niños menores de 12 años atendidos en el CDI de San Antonio del Golfo; se obtuvieron las siguientes conclusiones:

En cuanto a las características demográficas de los niños asmáticos atendidos en el Centro de Diagnóstico Integral de San Antonio del Golfo, se puede decir que la edad está incidiendo en la prevalencia de esta patología, debido a que la mayoría de los niños que la presentan son los de 4 años, es decir, los de edades más vulnerables a los cuales la enfermedad les fue descubierta entre 1-2 años, demostrando que es una afección que se genera desde los primeros años de vida. Con respecto al sexo, se puede evidenciar que es una patología que afecta principalmente al sexo masculino, aunque en este caso la diferencia no es muy significativa entre ambos sexos.

Por otro lado, en cuanto a la constelación del grupo familiar se puede destacar, que la mayoría de los niños asmáticos provienen de familias nucleares. Se evidenció que en los hogares el hacinamiento no es un factor presente en la prevalencia del asma bronquial en esta población, además los padres poseen un nivel de instrucción educativa que le ha permitido adquirir el conocimiento y destrezas para leer, escribir e incluso profesionalizarse, es decir, tienen educación lo que les permite poder tener una mayor contribución en el tratamiento de la patología del niño.

Con respecto al estado económico de las familias se debe destacar que en su mayoría se dedican al comercio informal y poseen un ingreso igual a un sueldo mínimo lo que les impide cubrir a cabalidad sus necesidades, incluyendo

especialmente el tratamiento asmático, sobre todo a los que tienen que trasladarse a zonas vecinas, donde hallan especialistas en neumonología.

En cuanto a los hallazgos más significativos sobre las características peridomiciliarias, se pudo conocer que un 25% manifestó que la vialidad de su comunidad es de tierra, lo que indica la presencia constante de polvo que pone en riesgo la salud del niño asmático, a lo que se suma la exposición constante a aeroalérgenos en las comunidades de los pacientes tales como: vertederos de basura, talleres mecánicos que atentan contra la salud del asmático.

Además, se evidenció, casi en la totalidad de los ambientes intradomiciliarios, la existencia de peluches y animales que están en contacto constante con el niño asmático, aún cuando los padres poseen conocimientos sobre estos aeroalérgenos, los cuales provocan que se incremente la enfermedad respiratoria.

De igual manera, se demostró que la mayoría de la ventilación artificial de los hogares es a través de ventiladores, el cual es considerado dañino para los pacientes asmáticos, porque recogen polvo que luego esparcen en el aire contaminándolo, afectando la respiración del paciente. En lo referente a los materiales de construcción de la vivienda se encontró que un 10% el techo es de asbesto, lo que resulta preocupante, puesto que se ha comprobado científicamente que este material causa una enfermedad llamada asbestosis y es un agente contaminante que al estar en contacto con el paciente asmático, puede intensificar sus crisis respiratorias.

Con respecto a la limpieza del hogar una parte significativa de los entrevistados limpian semanalmente, lo que ocasiona la acumulación de polvo y aeroalérgenos que están en contacto directo y constante con el niño asmático.

Ahora bien, en lo que respecta al conocimiento que poseen los familiares sobre el asma, se podría decir que tienen un conocimiento medianamente adecuado, puesto que, la población estudiada reconoce el significado de esta patología, la importancia de una alimentación rica en frutas y vegetales para estos pacientes, algunos factores que causan el asma y ciertas medidas para combatirlo. Para efectos de esta enfermedad no basta con estar informado sobre algunos factores o medidas, es necesario conocer todos los elementos que puedan poner en riesgo la salud del paciente asmático. Sumado a esta situación que la mayoría de los padres consideran que los niños asmáticos no deben realizar deporte o actividades físicas, confirmando que existe un desconocimiento por parte de este grupo sobre los múltiples beneficios y bondades del ejercicio, en consecuencia, el niño no puede desarrollar su vida normalmente y sobre todo las actividades propias de su edad.

En lo referente a los indicios de la enfermedad, se logró concluir que casi la totalidad de los niños tienen antecedentes asmáticos, específicamente uno de sus padres tiene esa misma condición, lo que permite indicar que en estos casos se trata de una enfermedad generacional.

En cuanto a los mitos y creencias de las familias en torno al asma bronquial, se determinó que se han ido perdiendo las creencias sobre los remedios naturales, puesto que gran parte de la población prefiere el uso de medicamentos farmacológicos. Sin embargo un pequeño grupo de la población ha aplicado remedios a base de plantas y animales, sin abandonar la medicina científica, además están consientes de que el asma no se cura sola y que requiere de tratamientos por que lo contrario podría causar la muerte, por lo que, se podría afirmar que este factor no está afectando la salud del paciente asmático, debido a que dichas creencias solo son aplicadas por una parte minoritaria de la población objeto de estudio como complemento del tratamiento indicado por el médico.

En relación a las acciones del personal médico-asistencial en el aspecto curativo se encontró que la mayoría le realiza un control al paciente asmático, aunque varían con respecto a la frecuencia del mismo, en cuanto al tratamiento que le aplican al paciente asmático son de carácter farmacológicos y en otros casos preventivos, dependiendo del grado de severidad del paciente.

Con respecto a las acciones preventivas que le brinda el personal al paciente asmático se pudo conocer, que gran parte del personal no participa en equipos que promuevan las medidas preventivas del asma, no cuentan con personal en el área social, puesto que, no lo contemplan dentro del equipo de salud en el sistema cubano, por lo tanto no hay Trabajador Social que se encargue de realizar proyectos y ejecutarlos sobre esta patología, razón por la cual esta responsabilidad recae en el personal médico-asistencial, que se encarga de aplicar estrategias informativas, las cuales son dispersas y no llegan realmente a los familiares, ratificándose en las opiniones de los padres sobre tales acciones. Por lo cual, se concluye que en este Centro no se está dando el abordaje integral a esta patología desde el punto de vista multidisciplinario que tienen hoy en las instituciones de salud y en consecuencia las acciones de este personal se encuentran limitadas a lo médico-curativo.

Se encontró que este centro de salud, presenta graves problemas a nivel de gestión y administración, puesto que el personal médico no está elaborando las historias a los pacientes, aunado a esto, no se está registrando la reincidencia de los pacientes asmáticos y las estadísticas referidas a la prevalencia de esta patología no están al día, lo que impide realizarle un seguimiento a los casos que presentan esta patología.

Por último, sobre la opinión de los padres en cuanto a la atención tanto curativa como preventiva brindada en el CDI, se pudo conocer que la mayor parte de los padres consideran que el tratamiento es regular, es decir, no están

satisfechos totalmente con los tratamientos implementados y por eso acuden a especialistas en otras zonas.

Para finalizar, se podría concluir diciendo que el personal médico y los padres de los niños asmáticos al dejar de lado el aspecto preventivo y dedicarse solo al curativo, no está tomando en cuenta los diversos factores (culturales, sociales y ambientales) que están presentes en la prevalencia de esta enfermedad, lo cual coincide con la opinión de los familiares que le atribuyen las recaídas del paciente al tratamiento aplicado por el médico.

RECOMENDACIONES

De acuerdo con el análisis realizado y las conclusiones obtenidas de la investigación se presentan a continuación una serie de recomendaciones:

Al Estado Venezolano e Instancias Competentes:

- ❖ Supervisar que se esté cumpliendo lo establecido en el convenio entre Cuba y Venezuela, con respecto a la atención integral de los CDI.
- ❖ Integrar en su equipo personal capacitado en el área social, tal como el Trabajador Social a fin de atender tanto la parte curativa como la social del paciente, logrando un tratamiento integral, con el fin de que se cumpla lo establecido en el convenio de ambas repúblicas (Cuba y Venezuela).
- ❖ Crear oficinas en los Centro de Diagnóstico Integral en las cuales trabajen equipo interdisciplinario conformado por médicos, enfermeras, Trabajadores Sociales, Sociólogos y Psicólogos a fin de darle un apoyo y tratamiento integral al paciente asmático y a sus familiares.
- ❖ Designar médicos permanentes, que se encarguen de llevar los casos de los pacientes asmáticos; puesto que es una enfermedad que requiere de un control constante.
- ❖ Contratar especialistas en el área de neumonología que se encarguen de atender a los pacientes asmáticos.

Al personal médico-asistencial

- ❖ El Coordinador debe supervisar que este CDI, cumpla con lo establecido y además que el personal le brinde un tratamiento curativo-preventivo al paciente asmático.
- ❖ El Coordinador del CDI debe integrar a todo el personal en las actividades que se realicen en torno al asma bronquial, para aprovechar al máximo los recursos de la institución.
- ❖ Planificar en conjunto con el personal actividades y sesiones educativas sobre el asma bronquial de forma que se den estratégicamente y pueda llegar la información a los familiares y pacientes asmáticos.
- ❖ Promover el trabajo en equipo, donde se le brinde orientación necesaria a los representantes y pacientes que padecen de asma bronquial para ofrecerles las herramientas necesarias para atender a los pacientes que sufren esta enfermedad.
- ❖ Elaborar programas y proyectos a fin de unificar y encaminar la acción de orientar a los padres y representantes sobre el asma bronquial.
- ❖ Realizar un estudio considerando las estadísticas tanto de prevalencia como de reincidencia para actualizar los datos en cuanto al asma bronquial en los últimos años, y establecer programas de acuerdo a los datos arrojados en esas cifras a fin de tener un mayor control sobre la misma.
- ❖ Realizar estudios dirigidos a evaluar el autoestima y el impacto familiar del niño asmático con el objetivo de tener un abordaje más integral sobre la situación de los pacientes que presentan esta patología.

- ❖ El médico que atienda por primera vez al paciente debe crearle su historia médica y los que reciban posteriormente deben reforzar la información de las historias a fin de tener un mayor control y seguimiento de estos casos.

A los padres y representantes:

- ❖ Gestionar ante las entidades competentes apoyo económico para cubrir el tratamiento médico, sobre todo a los que tienen que salir a otras zonas en busca de especialistas.
- ❖ Deben exigir el asesoramiento por parte de los médicos que laboran el CDI controlar el asma bronquial a fin de brindarle el mayor apoyo al niño en su tratamiento.
- ❖ Solicitarle a el personal médico del CDI que los oriente sobre las medidas preventivas del asma y los factores que causan esta patología, con el objetivo de que tengan un mayor control sobre la enfermedad.
- ❖ Mantener sus hogares en condiciones higiénicas adecuados, realizando una limpieza diaria que permita, mantener un ambiente libre de aeroalérgenos tales como peluches y animales a fin de evitar que se intensifiquen las crisis.
- ❖ No permitir animales en los hogares y de hacerlo que sea fuera del alcance de los niños, puesto que solo intensifican sus crisis asmáticas.
- ❖ Permitirle al niño la realización de deporte o actividades físicas bajo la supervisión del médico, con el propósito de que el niño desarrolle su vida lo más normal posible y se beneficie de las bondades de la realización de actividades físicas,

- ❖ Cumplir a cabalidad el tratamiento médico, aún cuando estén implementando medicinas naturales con el objetivo de evitar que ponga en riesgo la salud del niño.
- ❖ Acudir al control constante bien sea en el CDI o con algún especialista de otro lugar, para disminuir las crisis asmáticas.
- ❖ Solicitarle al médico que atiende por primera vez a su hijo que le llene la historia médica, a fin de que se le lleve un mayor control.

A la Universidad de Oriente

- ❖ Promover proyectos educativos dirigidos al área de salud a fin de brindar una atención primaria efectiva sobre el asma bronquial.
- ❖ Fomentar grupos de servicio comunitario que se encarguen de ejecutar proyectos en los CDI y comunidades sobre el asma bronquial , para brindar un mayor conocimiento a la población sobre esta patología y como controlarla.

Al Departamento de Trabajo Social

- ❖ Que genere una línea de investigación sobre el asma y el impacto social ¹ esta patología a fin de desarrollar y ampliar las diversas funciones que tiene el Trabajador Social dentro de esta área.(en particular el área psicosocial).

BIBLIOGRAFIA

- Academia Biodigital.(2007).**Mitos y realidades en torno al asma bronquial**. [pagina web en linea]. Disponible en [http://www.asmaonline.com.ar/default.asp? pagina=vida/a94.asp](http://www.asmaonline.com.ar/default.asp?pagina=vida/a94.asp). Consultado el 3 de abril del 2009.
- Aguayo, Cecilia (2007). **Profesión y profesionalización: hacia una perspectiva ética de las competencias en trabajo social**. [Revista tendencia y retos n°12] Consultada el 20 de abril del 2011. Disponible en: <http://www.ts.ucr.ac.cr/bv/rev-tendencias.php>
- Alcántara G (2008), **Definición de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad**, (9na edi). Caracas-Venezuela. Sapiens.
- Alvarado M (2002).**Impacto Familiar del asma Bronquial Infantil**. ” (Tesis en línea). Universidad Autónoma de Barcelona- España.. Consultada el 15 de enero del 2011 en [http:// redalyc.uaemex.mx/src/inicio/art/pdfred.jsp?!Cve=41011135004](http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/art/pdfred.jsp?!Cve=41011135004).
- Álvarez. (1991). **Salud Pública y Medicina Preventiva**. (1ra ed.). México: El manual moderno, S.A.
- Ander-Egg,E. (2006). **Diccionario de Trabajo Social**.(5ta edición).Argentin-Buenos Aires: LUMEN.
- Arias, Fidas G (2006).**El Proyecto de Investigación: Introducción a la Metodología Científica**. (5ta ed.). Caracas: Episteme.
- Asamblea Nacional Constituyente. **Constitución de la República Bolivariana de Venezuela** (2000). Gaceta Oficial N° 5.453, 24 de marzo de 2002.

Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela. **Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social**. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, N° 38.270, septiembre de 2002.

Barquero (2005) “**Prevalencia del asma bronquial y su asociación con la contaminación atmosférica y su posible asociación a este factor ambiental**”. Habana-Cuba.(tesis en línea) consultada el 16 de noviembre de 2010.Disponible en: [http://contenidos.Universia.es/especiales/prevalencia del asma/factores/index.htm](http://contenidos.Universia.es/especiales/prevalencia%20del%20asma/factores/index.htm).

Barreda, P (2007) **El asma en los niños**. [Documento en línea]. Disponible en http://www.pediatraldia.cl/01PBFULL/TVNasma__nino.htm. Consultada el de 2 de mayo de 2010.

Blog de Conceptos y procedimientos. de la salud **Recaída**. [Pagina web en línea].Disponible en. [http://cpsaru.blogspot.com /2008_10_01_ archive.html](http://cpsaru.blogspot.com/2008_10_01_archive.html).Consultado el 4 de junio de 2010.

Briceño-León, R. (2000). **Sociología de la Salud**. [Documento en línea]. Consultado el 3 de Noviembre del 2010. Disponible en <http://www.fes-web.org/publicaciones/res/archivos/res03/04.pdf>.

Departamento de Derecho Internacional Organización de los Estados Americanos **Convención Americana sobre Derechos Humanos** .Disponible en: <http://www.oas.org>.Consultada el 7 de Diciembre de 2010.

Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo.(2005). **Medicina tradicional**. [Pagina web en línea]. Disponible en www.dicc.hegoa.ehu.es/listar/mostrar/137 -Consultado el 28 de febrero de 2011.

Diccionario de la Lengua Española. (2008).[página web en línea]. Disponible en: <http://www.wordreference.com/definicion/edad>. Consultado el 5 de febrero de 2011.

Diccionario Usual de la Real Academia Española. **Habitación.** (2006) [Página web en línea]. Disponible en <http://buscon.rae.es/draeI/SrvltObtenerHtml?Origen=RAE&LEMA=habitaci%C3%B3n&SUPIND=0&CAREXT=10000&NEDIC=No>. Consultado el 14 de Junio de 2010.

Enciclopedia Básica de medicina familiar **.Crisis asmáticas.** [pagina web en línea]. Disponible en http://www.encyclopedia-medicina.com21x.com/info/medicina-familiar/CRISIS-ASMATICA-Enciclopedia-básica-de-medicina-familiar_244105173_p.html. Consultado el 23 de octubre de 2010.

Enciclopedia Libre. **Limpieza.** [Página web en línea] Disponible: <http://es.wikipedia.org/wiki/Limpieza>. Consultado el 12 de Febrero de 2010.

Federación Internacional de los Trabajadores/as Sociales. **Trabajo Social y Salud.** (Página Web en línea) consultada el 15 de Diciembre 2011. Disponible en http://es.wikipedia.org/wiki/Federaci%C3%B3nInternacional_de_Trabajadores_Sociales.

García (2001).**El asma en los niños.** [Página web en línea]. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/mgivol22-1-06/mgi14106.htm>. Consultado el 22 de agosto de 2011.

González, J (2003). **Vialidad**. [Página web en línea]. Disponible en: <http://vitral.4t.com/V01-CONCEPTOS/C01-Vialidad.html>. Consultada el 12 de marzo de 2011.

González, L (2005). "**Intervención de Enfermería en la Prevención de los Factores de Riesgo que Influyen en la Reincidencia del Asma Bronquial en Niños Menores de 5 Años Atendidos en el Ambulatorio Rural "Paradero Limonal; Municipio Mejía-Estado Sucre"**". Trabajo especial de grado no publicado. Cumaná, Universidad Experimental Rómulo Gallegos.

Hernández y Sampieri (2006). "**Metodología de la investigación**" (3era, Ed.). México: Mc Graw Hill.

Hurtado, J (1998) "**Investigación Y Metodología**". [Documento en Línea]. Disponible en :Jacqueline. Hurtado3@gmail.com. Consultado el 3 de mayo de 2011.

Instituto Vasco de Estadística [Eustat:2004] **Nivel de Instrucción**. [Documento en Línea] Consultado el 3 de septiembre. del 2011. Disponible en <http://www.eustat.es/documentos/opt0/tema303/elementos/2376/definición.html>

Kisnerman, N (1978). **Salud Pública y Trabajo Social**. (2a ed.). Argentina: Humanista.

Malka, S (2004) Morbilidad, Prevención e Intervención en el asma bronquial. (trabajo en Línea). Consultado el 21 de abril del 2011. Disponible en [http://www.dynabizvenezuela.com/images/dynabiz/ID3749/siteinfo/Asma % 20 Bronquial_Morb.pdf](http://www.dynabizvenezuela.com/images/dynabiz/ID3749/siteinfo/Asma%20Bronquial_Morb.pdf)

- Martín, J (2001) **fisioterapia respiratoria frente al broncospasmo inducido por el ejercicio**. [Documento en línea] Disponible en: [www.uib.es /congres /fr/trabajos/FIS%20asma%20induc.doc](http://www.uib.es/congres/fr/trabajos/FIS%20asma%20induc.doc). Consultado el 9 de mayo de 2011.
- Médico Interactivo (2010). **Tratamientos del asma**. [Pagina web en línea] Disponible en: [www medynet.com/elmédico/aula/teme4/asma8.htm](http://www.medynet.com/elmédico/aula/teme4/asma8.htm). Consultado el 7 de agosto de 2011
- Mejías, (2006). **Asma Bronquial: Morbilidad, Prevención e Intervención**. [Trabajo en línea]. Consultado el 3 de Abril de 2009 en [http//www.Morbilidad.Gob.Ve](http://www.Morbilidad.Gob.Ve).
- Ministerio del Trabajo y Prevención Social (2005). **Hacinamiento**. [Pagina web en línea]. Consultado el 4 de febrero de 2011. Disponible en: [www http//trabajoinfantil.cl/definiciones.html](http://trabajoinfantil.cl/definiciones.html)
- Morales, F (2011). **Los aportes nutritivos de la frutas y vegetales**?. Revista Vecino Saludable. Volumen 4, (Nº2).
- Mujica, P (2006). **"Calidad de Vida de Pacientes Pediátricos Mayores de Siete Años Con Asma Bronquial**. (Tesis en línea). Universidad Centroccidental, Lara- Venezuela.. Consultada el 23 de marzo de 2009 en <http://Cervantesvirtual.com/Ficha Obra.html>
- Muñoz, M (2010). **Alternativas naturales contra el asma**. (Documento en línea). Consultado el 3 de Septiembre del 2011. Disponible en: <http://sildeshare.net/MARYONECITA/asma-5868880>
- Océano/Mosby (2005). **"Diccionario de medicina"**. Edit. océano. Barcelona-España.

Organización de las Naciones Unidas (1992) .Cumbre mundial sobre **Medio Ambiente y Desarrollo.** [Documento en línea] [Consultada el 21 de febrero del 2011.]. Disponible: http://www.mma.es/secciones/acm/aguas_continent_zonas_asoc/ons/medidas_ons/pdf/declaracionderio1992.pdf.

Organización de los Estados Americanos (1948) **Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre** [Documento en línea]. Consultada el 15 de mayo del. 2011 en <http://www.cidh.org/Basicos/Basicos1.htm>.

Organización Mundial de la Salud (1948). **Concepción mundial de la salud** [Documento en línea]. Consultado: 22 de Marzo 2011. Disponible: http://www.who.int/gb/bd/PDF/bd46/s-bd46_p2.pdf

Organización de las Naciones Unidas **ONU (1948).Declaración Universal de los Derechos Humanos.** Consultada el 21 de febrero del 2011.Disponible en http://es.wikipedia.org/wiki/Ley_Org%C3%A1nica_de_Salud_de_Venezuela.

Organización de las Naciones Unidas (1966) **Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales** (Documento en Línea) Consultado el 3 de abril del 2011. <http://www2ohchr.org/spanish/law/cescr.htm>.

Protocolo Adicional a la Convención Americana Sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo San Salvador”.(1988).[Documento en línea]. Consultada el 23 de agosto del 2011 en <http://www.Oas.org/jurídico/spanish/tratados/a-52.html>.

Ramírez T (1999). **Cómo hacer un proyecto de investigación.** Caracas-Venezuela: Panapo.

Rodríguez, N (2004).**Calidad de vida sin alergias**. (Documento en Línea)
Consultado el 10 de julio del 2011. Disponible en:
http://www.alergia.ws/as_bronquial.htm.

Rodríguez y Barnes (2004).**Manual del Asma**. Editorial Sáciense
PublisHing.Brasil.Latinoamérica-Brasil.

Rodríguez y Brugueras M (2006).**Comportamiento del asma bronquial en
Cuba e importancia de la prevención de las enfermedades alérgicas en
infantes**. (Tesis en línea). Universidad el Bosque, Bogotá-Colombia.
Consultada el 05 de mayo del 2011 en [http://
http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v22n1/mgi13106.pdf](http://http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v22n1/mgi13106.pdf)

Rodríguez y Sossa (2004) “**Validación de un cuestionario de conocimientos
acerca del asma entre padres o tutores de niños asmáticos**” (Tesis en
línea). Universidad el Bosque, Bogotá-Colombia. Consultada el 15 de
mayo del 2009 en [http://
http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?
Codigo=1253020](http://http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?Codigo=1253020).

Romero, Y (2008). **Prevalencia de asma bronquial en edad pediátrica**” (Tesis
en línea). Universidad de Lara- Venezuela. Consultada **el 10 de febrero
del 2011 en** [http://www.monografias.com/trabajos66/
prevalencia-asma
infantil/prevalencia-asma-infantil2.shtml](http://www.monografias.com/trabajos66/prevalencia-asma-infantil/prevalencia-asma-infantil2.shtml)

Sabino C (1992) **El proceso de investigación**. Caracas-Venezuela. Editorial
Panapo.

Saranz, R (2003). **Todo sobre el asma** [Documento en línea]. Consultado el 3 de
febrero del 2011. Disponible en: [http://weblog.mendoza.edu.ar/salud/
archives/000168.html](http://weblog.mendoza.edu.ar/salud/archives/000168.html).

Silva (2005). **"Intervención de la Enfermera(o) en Usuarios Con Hiperactividad Bronquial (Asma)"** Trabajo especial de grado no publicado. San Juan de los Morros, Universidad Rómulo Gallegos.

Subiza, J.(2005). **Neumoalérgenos no ocupacionales en el Asma Bronquial.** Consultado el 15 de marzo del 2011.Disponible en <http://www.alergovirtual.org.ar/trabajoslibres/6/neumoalergenos.htm>.

Taborda, J (2011). **Muévete para estar Sano.** Revista Vecino Saludable. Volumen3.Nº23.

Tamanes, R. (2000). **Diccionario de Economía y Finanzas** (1era ed.). Edit. Alianza. Santiago de Chile-Chile.

Tamayo y Tamayo M. (2004) **"El Proceso de investigación científica"** Caracas-Venezuela. Editorial Panapo.

Vega (2007).**Factores de riesgo del asma bronquial en niños y su relación con la severidad de las manifestaciones clínicas.** (pagina web en línea). Consultada el 6 de agosto del 2011.Disponible en: <http://7bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol-26-2-07/mgi02210.htm>.

ANEXOS

ANEXO N°1

(Cuestionario autoadministrado aplicado al personal médico-enfermería del CDI)

Universidad de Oriente
Núcleo de Sucre
Escuela de Ciencias Sociales
Departamento de Trabajo Social

Estimado (as) Señores(as):

Soy estudiante de la Universidad de Oriente, de la carrera de Trabajo Social y estoy realizando el Trabajo Final de Grado para optar al grado de Licenciatura.

El objetivo principal de la investigación es **“Analizar los Factores Socio-Culturales y Ambientales que están presentes sobre la prevalencia del asma bronquial en el Centro de Atención Integral de San Antonio del Golfo, Municipio Mejía, Estado Sucre”**; para tal fin se aplicara un cuestionario autoadministrado el cual contiene preguntas

abiertas, semiabiertas y cerradas. La información recopilada será de carácter confidencial y con fines estrictamente académicos, solo deseo su colaboración suministrándome la información que necesito para lograr el propósito de nuestra investigación.

Se agradece la cooperación que pueda brindar al responder las siguientes preguntas.



Universidad de Oriente
Núcleo de Sucre
Escuela de Ciencias Sociales
Departamento de Trabajo Social
Cuestionario Auto administrado

Fecha: _____
Cuestionario Nro: _____

INFORMACIÓN GENERAL

Marque con una x o responda según sea el caso:

- 1) Edad _____
- 2) Sexo : a) M _____ b) F _____
- 3) Profesión _____
- 4) Especialidad: _____
- 5) Nacionalidad _____
- 6) Tiempo laborando en el CDI de San Antonio del Golfo:
a) Días _____ b) Meses _____ c) Años _____

Acciones del personal médico-asistencial curativas y preventivas hacia el paciente asmático

- 7) Ha sido participe de equipos promotores en el CDI de San Antonio del Golfo para difundir las medidas preventivas del asma?
a) Si _____ b) No _____
- 8) Recomienda usted medidas para prevenir el asma:
a) Si _____ b) No _____
- 9) Porque considera que es importante que los pacientes conozcan las medidas preventivas del

asma: _____
—

10) Que tipo de estrategias han implementado en el CDI para contrarrestar el asma bronquial:

- a) Cartelera informativa _____
- b) Trípticos _____
- c) Videos informativos _____
- d) Visitas domiciliarias _____
- e) Asistencia médica _____

11) Qué tipo de tipo de recomendaciones le da al paciente asmático? _____
—

12) Qué tipo de tratamiento aplica al paciente asmático? _____

13) ¿Que respuesta ha obtenido de la aplicación del tratamiento al paciente asmático?

Buena ___ regular ___ mala ___ otra: ___ Especifique: _____

14) ¿Se le realiza un control al paciente?

- a) Si _____ (pase a la pregunta n15)
- b) No _____

15) ¿Cada cuanto tiempo se da el control?

- a) Semanal _____
- b) mensual _____
- c) anual _____
- d) otro _____

Especifique: _____

16) ¿Los pacientes asmáticos acuden al control?

- a) Si _____
- b) No _____

17) ¿se ha dado el caso de algún paciente asmático que por creencias o mitos no acuda al médico?

- Si _____ (pase a la pregunta 18)
- no _____

18) Especifique que tipo de creencias le impide al paciente acudir al médico:

19) ¿Conoce algún paciente asmático que prefiera tomar algún remedio natural a bases de plantas o animales para contrarrestar el asma?

- a) Si _____ (pase a la pregunta 20)
- b) no _____

20) ¿ que tipo de remedio natural ingiere el paciente especifique:

Gracias por la información suministrada

FORMATO DE VALIDACIÓN DE EXPERTOS

EVALUACIÓN										
ITEMS	Pertinencia con los objetivos		Pertinencia con la variable		Pertinencia con la dimensión		Pertinencia con el indicador		Pertinencia con la redacción	
	P	I	P	N	P	NP	P	N	A	I
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										

Escala de Evaluación:

(P) Pertinente, **(NP)** No Pertinente, **(A)** Adecuado, **(I)** Inadecuado

ANEXO N°2
(Cuestionario aplicado a los padres y
representantes)



Universidad de Oriente'
Núcleo de Sucre
Escuela de Ciencias Sociales
Departamento de Trabajo Social

Estimado (as) Señores(as): _____

Soy estudiante de la Universidad de Oriente, de la carrera de Trabajo Social y estoy realizando el Trabajo Final de Grado para optar al grado de Licenciatura.

El objetivo principal de la investigación es “**Analizar los Factores Socio-Culturales y Ambientales presentes en la prevalencia del asma bronquial en el Centro de Diagnóstico Integral de San Antonio del Golfo, Municipio Mejía”, Estado Sucre**”; para tal fin se aplicará una entrevista semi-estructurada la cual contiene preguntas abiertas y cerradas. La información recopilada será de carácter confidencial y con fines estrictamente académicos, solo deseo su colaboración subministrándome la información que necesito para lograr el propósito de mi investigación.

Se agradece de antemano la cooperación que pueda brindar al responder las siguientes preguntas.

Universidad de Oriente
 Núcleo de Sucre
 Escuela de Ciencias Sociales
 Departamento de Trabajo Social

Formato de Entrevista semi-estructurada

Cuestionario Nro: _____

Fecha: _____

Datos del niño asmático:

Edad : _____

Sexo: M___ F___

Edad a la que se le Diagnosticó el asma _____

I Aspecto social:

Datos del Informante:

Madre _____

Padre _____

Representante: _____

2) Comó está conformado el grupo familiar?

co	Parentes	Edad	Grado de Instrucción	Edo. Civil	Lab or u oficio	Afectados por asma bronquial

II Condiciones Económicas de la familia:

3) Ingreso de la familia

Ingreso mensual	Aporte Mensual

4) En que invierte su ingreso:

Comida ___ vestuario ___ transporte ___ educación ___ medicamentos ___
recreación ___

otros: _____

especifique: _____

5) Le alcanza su ingreso para los medicamentos del paciente asmático?

a) Si ___ b) No ___

Ambiente peri domiciliario de la vivienda:

6) ¿Vive cerca de la vía nacional?

Si ___ no ___

7) ¿Como es la vialidad de su comunidad?

a) Calles ___ b) Carreteras ___ c) Caminos ___ d) otro ___

especifique: _____

8) Presencia de Agentes contaminantes alrededor de la vivienda tales como:

- a) Maquinarias o industrias que emanen gases contaminantes _____
- b) Transitan muchos carros por su comunidad _____
- c) Se realizan labores de tala y quema cerca de su comunidad _____
- d) Presencia de vertederos de basura en su comunidad _____

Condiciones Intradomiciliaria de la vivienda:

9) Tipo de vivienda:

a) Casa ___ b) Apartamento ___ c) Quinta ___ d) Rancho ___

10) Materiales de Construcción:

* Pared: a) Bloque ___ b) Zinc ___ c) Cartón ___ d) Bahareque ___

* Techo: a) Placa ___ b) Asbesto ___ c) Cerámica ___ d) Raso ___

*Piso: a) Granito ___ b) Cerámica ___ c) cemento ___ d) madera ___

11) Tiempo de Ocupación de la vivienda?

12) ¿Cuántas habitaciones tienen en el hogar?

13) ¿Cuántas personas ocupan cada habitación en el hogar?

a) 1 _____ b) 2 _____ c) 3-4 _____ d) mas de
4 _____

14) ¿Cada cuanto tiempo limpia su hogar?

Diario _____ semanal _____ mensual _____ otra _____
especifique: _____

15) tipo de ventilación artificial de la vivienda:

a) Aire acondicionado _____ b) ventilador _____

16) Presencia de aeroalergenos en el hogar:

Agentes Contaminantes	Si	No	Frecuencia de contacto del niño asmático		
			Frecuente	Ocasionalm ente	Nunca
Anima les					
Peluch es					
Polvo					
Basura					
Otro					

Especifique: _____

17) ¿Cada cuánto tiempo cambia las sábanas de la habitación del niño asmático?

a) Semanal _____ b) Mensual _____ c) Otro _____
Especifique: _____

18) ¿Cada cuánto tiempo cambia los colchones de su hogar?

Conocimiento de las familias sobre la etiología, características y tratamiento del asma Bronquial

19) ¿Conoce Usted que es el asma Bronquial?

a) Si ____ (pase a la pregunta 20) b) No ____

20) ¿Que es para Ud. el asma bronquial?

21) ¿Qué pasos realiza usted cuando se presenta una crisis?

22) ¿Conoce los factores de los desencadenantes del asma bronquial?

a) Si ____ (pase a la pregunta 23) b) no ____

23) ¿Qué factores causan el asma? _____ -

24) ¿Cree usted que es recomendable que los niños que tengan asma realicen ejercicio o educación física? a) Si ____ b) No ____

25) ¿ En algún momento el C.D.I le subministro información sobre el asma?

a) Si _____ (pase a la pregunta 26) b) No _____

26) ¿ Que tipo de información le subministro el CDI?

a) Folletos ____ b) Carteleras ____ c) Videos ____ d) Otro ____

Especifique: _____

27) ¿Conoce las medidas preventivas del asma bronquial?

a) si ____ (pase a la pregunta 27) b) no ____ (pase a la pregunta 28)

28) señale cuales son las medidas preventivas del asma que conoce:

29) ¿Le ha hecho falta conocer las medidas preventivas del asma?

A) si ____ b) no ____ explique:

30) Conoce los beneficios de una alimentación rica en frutas y vegetales

A) si ____ (pase a la pregunta 31) No ____

31) cuales son para Ud. los beneficios de una alimentación rica en fruta y vegetales para los niños asmáticos: _____

32) ¿Usted o su pareja padecen asma bronquial?

a) Si ___ b) no ___

33) ¿Fumaba usted o su pareja durante el embarazo?

a) Si ___ b) no ___

Creencias y mitos que poseen los familiares de los pacientes sobre la enfermedad y su tratamiento::

34) ¿Cómo combate el asma bronquial?

a) Tratamiento indicado por el médico _____ b) nebulizaciones _____
 c) Medicinas Caseras _____ d) otra _____
 especifique: _____

35) ¿Ha aplicado algún remedio naturista para curar el asma?

a) Si ___ b) no ___
 Si la respuesta es afirmativa especifique cual : _____

36) ¿Cree que el asma se puede curar por si sola?

a) Si ___ b) No ___

37) Creencias en torno a la cura del asma:

Tratamientos naturales	Si	No	Cuales
a) Los animales pueden curar el asma			
b) Las plantas pueden curar el asma			

38) ¿Considera que el asma puede causar la muerte?

a) Si ___ b) No ___

Opinión de los padres con respecto a la atención preventiva y curativa recibida en el CDI:

39) ¿El personal médico lo ha orientado sobre el asma bronquial?

a) Si ____ (responda la 41) b) no (responda la 42) ____

40) Que tipo de orientación le dieron en el Centro de Salud especifique:

41) El personal médico-asistencial ha realizado:

a) Sesiones educativas__ b) jornadas informativas__ c) trípticos__
c) Carteleros__ d) otro: ____ especifique: _____

42) ¿son frecuentes las recaídas del paciente?

Si ____ (pase a la pregunta 44) No _____

43) ¿Que tan frecuentes son las recaídas del paciente asmático?

Semanal _____ mensual _____ Anual _____ otra _____
especifique: _____

44) Se le ha realizado algún control al paciente en CDI?

a) si ____ (pase a pregunta 46) b) no ____

45) ¿Con que frecuencia se le realiza el control?

Semanal _____ Mensual _____ Anual _____

46) Como es el tratamiento que ha aplicado al personal médico-asistencial hacia el paciente asmático?

a) Bueno ____ b) regular ____ c) malo ____

47) Como han sido los resultados con el tratamiento que se le aplica en el CDI

a) Bueno ____ b) Regular ____ c) Malo ____

48) Que mejorías ha visto en el paciente asmático con la aplicación del tratamiento: _____

49) como considera que es a atención del personal médico-asistencial hacia el paciente asmático:

a) Bueno ____ b) regular ____ c) mala ____

Gracias por la información suministrada

FORMATO DE VALIDACIÓN DE EXPERTOS

EVALUACIÓN										
ITEMS	Pertinencia con los objetivos		Pertinencia con la variable		Pertinencia con la dimensión		Pertinencia con el indicador		Pertinencia con la redacción	
	P	I	P	P	P	N	P	NP	A	I
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
21										
22										
23										
24										
25										
26										
27										
28										
29										
30										
31										
32										
33										
34										
35										
36										
37										
38										
39										
40										
41										
42										
43										
44										
45										
46										
47										
48										
49										

Escala de Evaluación: (P) Pertinente, (NP) No Pertinente, (A) Adecuado, (I) Inadecuado

Hoja de Metadatos

Título	FACTORES SOCIO-CULTURALES Y AMBIENTALES PRESENTES EN LA PREVALENCIA DEL ASMA BRONQUIAL EN NIÑOS MENORES DE 12 AÑOS ATENDIDOS EN EL CENTRO DE DIAGNÓSTICO INTEGRAL DE SAN ANTONIO DEL GOLFO, MUNICIPIO MEJÍA, ESTADO SUCRE; PRIMER SEMESTRE- 2009.
Subtítulo	

Autor(es)

Apellidos y Nombres	Código CVLAC / e-mail	
Nolasco M, Vanessa C	C	18904234
	VIAC	Vanessa-
	e-mail	
	C	
	VIAC	
	e-mail	

Palabras o frases claves:

Asma Bronquial
Prevalencia
Factores socio-culturales y ambientales

Líneas y sublíneas de investigación:

Área	Subárea
Ciencias Sociales	Trabajo Social

Resumen (abstract):

El asma bronquial es una enfermedad crónica respiratoria que puede afectar a cualquier individuo; particularmente a la población infantil. Esta patología ha traído grandes consecuencias a nivel social, convirtiéndose en un problema de salud pública, debido a que no afecta solo al que la padece sino a los que rodean. Por consiguiente el presente estudio tuvo como objetivo fundamental caracterizar los factores socio-culturales y ambientales presentes en la prevalencia del asma bronquial en niños menores de 12 años atendidos en el Centro de Diagnóstico Integral (CDI) de San Antonio del golfo, municipio Mejía, estado Sucre; primer semestre del 2009. Fue una investigación descriptiva, con diseño de campo no experimental. Se trato de dos poblaciones: una conformada por cuarenta y siete (47) padres y representantes de los niños asmáticos menores de 12 años atendidos en el CDI a la cual se le aplicó la técnica de entrevista estructurada mediante un cuestionario de preguntas cerradas y la otra por veinte seis (26) integrantes del personal médico-enfermería que labora en el CDI al cual se le aplicó la técnica de encuesta escrita mediante el instrumento de cuestionario autoadministrado. Los resultados más relevantes indican que la mayoría de los niños provienen de familias con bajo ingreso económico lo que no les permite cubrir el tratamiento, por otro en el aspecto ambiental se encuentran presente factores tanto internos como externos que producen aeroalergenos tanto fuera como dentro de las casas y a nivel cultural existen familias que aplican tratamientos naturales a bases de plantas y animales para curar esta patología, pero sin descuidar el tratamiento farmacológico. En cuanto a las acciones del personal medico-asistencial del CDI hacen mayor énfasis en las curativas que en las preventivas. Concluyéndose que en la población objeto de estudio se encuentran presentes una serie de factores sociales, culturales y ambientales que pudieran tener incidencia en la prevalencia de esta enfermedad.

Contribuidores:

Apellidos y Nombres	ROL / Código CVLAC / e-mail	
Holder Andelis	ROL	. c <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> .. <input type="checkbox"/> .. <input type="checkbox"/>
	CVL	6644249
	e-	andelisholder@gmail.com
	e-mail	
Rincones Juana	ROL	. c <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> .. <input type="checkbox"/> .. <input type="checkbox"/>
	CVL	
	e-	Jrinconesv@hotmail.com
	e-mail	8425620
Sequea Carmen	ROL	. c <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> .. <input type="checkbox"/> .. <input type="checkbox"/>
	CVL	10305787
	e-	<u>Csequea@gmail.com</u>
	e-mail	

Fecha de discusión y aprobación:

Año	Mes	Día
2011	1	1
0	0	0

Lenguaje: spa

Archivo(s):

Nombre de archivo	Tipo MIME
V.C.Nolas.doc	Application/Word

Alcance:

(Opcional) **Espacial** : **Nacional**

(Opcional) **Temporal:** **Temporal**

Título o Grado asociado con el trabajo:

Licenciada en Trabajo Social

Nivel Asociado con el Trabajo: Licenciada

Área de Estudio: Ciencias Sociales

Institución(es) que garantiza(n) el Título o grado:

Universidad de Oriente

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 5/6



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
CONSEJO UNIVERSITARIO
RECTORADO

CUN°0975

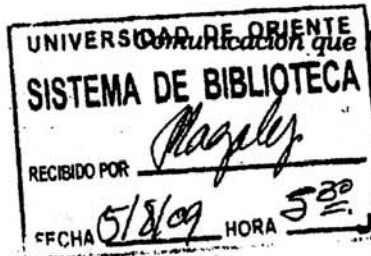
Cumaná, 04 AGO 2009

Ciudadano
Prof. JESÚS MARTÍNEZ YÉPEZ
Vicerrector Académico
Universidad de Oriente
Su Despacho

Estimado Profesor Martínez:

Cumplo en notificarle que el Consejo Universitario, en Reunión Ordinaria celebrada en Centro de Convenciones de Cantaura, los días 28 y 29 de julio de 2009, conoció el punto de agenda **"SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA PUBLICAR TODA LA PRODUCCIÓN INTELECTUAL DE LA UNIVERSIDAD DE ORIENTE EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL DE LA UDO, SEGÚN VRAC N° 696/2009"**.

Leído el oficio SIBI – 139/2009 de fecha 09-07-2009, suscrita por el Dr. Abul K. Bashirullah, Director de Bibliotecas, este Cuerpo Colegiado decidió, por unanimidad, autorizar la publicación de toda la producción intelectual de la Universidad de Oriente en el Repositorio en cuestión.



Comunicación que hago a usted a los fines consiguientes.

Cordialmente,

JUAN A. BOLAÑOS CUMBELO
Secretario



C.C: Rectora, Vicerrectora Administrativa, Decanos de los Núcleos, Coordinador General de Administración, Director de Personal, Dirección de Finanzas, Dirección de Presupuesto, Contraloría Interna, Consultoría Jurídica, Director de Bibliotecas, Dirección de Publicaciones, Dirección de Computación, Coordinación de Teleinformática, Coordinación General de Postgrado.

JABC/YGC/maruja

Artículo 41 del REGLAMENTO DE TRABAJO DE PREGRADO (vigente a partir del II Semestre 2009, según comunicación CU-034-2009): “Los trabajos de grados son de la exclusiva propiedad de la Universidad de Oriente, y solo podrá ser utilizados para otros fines con el consentimiento del Consejo de Núcleo respectivo, quien deberá participarlo previamente al Consejo Universitario, para su autorización”.

Nolasco Vanessa

Autor

Holder Andelis

Asesor