



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE.
NÚCLEO BOLÍVAR.
DEPARTAMENTO DE MED. PREV. Y SOCIAL.
POSTGRADO MEDICINA FAMILIAR.**

**CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO Y FRECUENCIA DE
LAS CRISIS EN PACIENTES ASMATICOS
COMO EFECTO DE LA AUTORIDAD EN SALUD FAMILIAR.
COMUNIDAD LAS CAMPIÑA II, CIUDAD BOLIVAR, EDO.
BOLÍVAR, VENEZUELA. AGOSTO- NOVIEMBRE 2006.**

**TRABAJO PRESENTADO COMO REQUISITO PARCIAL PARA OPTAR
AL TITULO DE MÉDICO ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR.**

POR: Dra. MARIA L. CABRERA T.

Ciudad Bolivar, Junio 2007.



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE.
NÚCLEO BOLÍVAR.
DEPARTAMENTO DE MED. PREV. Y SOCIAL.
POSTGRADO MEDICINA FAMILIAR.**

**CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO Y FRECUENCIA DE
LAS CRISIS EN PACIENTES ASMATICOS
COMO EFECTO DE LA AUTORIDAD EN SALUD FAMILIAR.
COMUNIDAD LAS CAMPIÑA II, CIUDAD BOLIVAR, EDO.
BOLÍVAR, VENEZUELA. AGOSTO- NOVIEMBRE 2006.**

POR: Dra. MARIA L. CABRERA T.

TUTOR: DR. LUIS CORDOVA.

Ciudad Bolivar, Junio 2007.



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE.
NÚCLEO BOLÍVAR.
DEPARTAMENTO DE MED. PREV. Y SOCIAL.
POSTGRADO MEDICINA FAMILIAR.**

**CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO Y FRECUENCIA DE
LAS CRISIS EN PACIENTES ASMATICOS COMO EFECTO DE
LA AUTORIDAD EN SALUD FAMILIAR. COMUNIDAD LAS
CAMPIÑA II, CIUDAD BOLIVAR, EDO. BOLÍVAR,
VENEZUELA.
AGOSTO- NOVIEMBRE 2006.**

**POR:
Dra. MARIA L. CABRERA T.**

Aprobado por el jurado:

Prof. ISMERY GONZÁLEZ.

Prof. MILAGROS MACHADO.

Prof. LUÍS CÓRDOVA.

Ciudad Bolivar, Junio 2007.



AGRADECIMIENTO

En la realización de este trabajo fue determinante para su desarrollo encontrar personas siempre dispuestas a la orientación, colaboración, estímulo y abiertas a la enseñanza y a la amistad por medio del respeto y la disciplina, por lo que tengo el orgullo y el honor de agradecerles a las siguientes personas, sin cuya ayuda este trabajo no hubiera podido llevarse a cabo.

- Comunidad de la Campiña II.

- Sra. Olga Camacho, del Club De Asmáticos de la Campiña II.

- Sra. Nohelia de Flores, miembro del Comité de Salud de La Campiña II.

- Dr. Luís Córdova, Tutor, por la infinita paciencia y apoyo, siempre oportuno, asertivo y desinteresado. Toda mi gratitud por su inestimable dedicación y colaboración.

- Luís Roberto González, él asumió los dos roles (Padre y Madre) para dedicarme por entero al postgrado y siempre estuvo en el momento que lo necesité.

- Dra. Zaida Cova, por su compañía, paciencia y capacidad de trabajo en equipo.

- A todos los pacientes por su desinteresada participación en este estudio.



DEDICATORIA

A Dios, Padre bondadoso, quien sin merecerlo, me premió con una familia maravillosa, que me dio las herramientas para llegar siempre a mis metas (cariño, respeto, perseverancia y confianza en mi misma).

A mi Padres. Luís y Carmen Leonor, juntos construyeron un barquito que se convirtió en velero y hoy sigue cantando la eterna canción del mar.

A mi esposo, Luís Roberto, con él Dios me vuelve a premiar. Junto a ti, que bella es la vida y que fácil vivirla.

A mis hijos, Luís Jesús y María Leonor, por todas las horas que les he robado con este trabajo, y la paciencia que han tenido conmigo, son mi fuente de energía, para ustedes mi vida entera.

A Zaida, Gracias por estar allí!

A mis Seis Compañeras del postgrado, cada una de ustedes algo me enseñó.

Al Dr. Luís Córdova, por su consejo, confianza y apoyo constante. Comenzó siendo el Profesor y terminó siendo el Amigo, Gracias por confiar en mí.



INDICE

AGRADECIMIENTO	iv
DEDICATORIA.....	v
INDICE	vi
LISTA DE TABLAS	viii
RESUMEN.....	ii
INTRODUCCION	1
CAPITULO I.....	2
PLANTEAMIENTO GENERAL DEL PROBLEMA.....	2
Objetivo General.....	3
Objetivos Especificos.....	3
Alcances Y Limitaciones	5
CAPITULO II	6
MARCO TEORICO.	6
Identificación De Variables.....	17
Variable Independiente:	17
Cumplimiento De Tratamiento.	17
Variable Dependiente:.....	17
Crisis Asmáticas.....	17
Variable Interveniente:	17
Autoridad En Salud Familiar.	17
Definición Conceptual Y Operacionalización De Las Variables.....	17
1-. Cumplimiento De Tratamiento:.....	17
2-. Crisis Asmaticas:	18
3-. Autoridad En Salud Familiar:	18
Sistema De Hipótesis	20
Hipótesis General.....	20



Hipotesis Especifica.....	20
Hipotesis Operativa.....	20
Hipotesis Nula.....	21
CAPITULO III.....	22
DISEÑO DE LA INVESTIGACION	22
Metodologia	22
Poblacion Y Muestra:.....	22
Tecnica Y Recolección De Datos	23
Tecnicas De Analisis De Datos:.....	24
CAPITULO IV	25
PRESENTACION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS	25
Resultados De La Tabla N° 1.....	26
Resultados De La Tabla N° 2.....	27
Resultados De La Tabla N° 3.....	28
Resultados De La Tabla N° 4.....	29
Resultados De La Tabla N° 5.....	30
Resultados De La Tabla N° 6.....	31
Resultados De La Tabla N° 7.....	32
Resultados De La Tabla N° 8.....	33
Resultados De La Tabla N° 9.....	34
Resultados De La Tabla N° 10.....	35
CAPITULO V.....	36
DISCUSIÓN	36
CONCLUSIONES.....	39
RECOMENDACIONES.....	40
BIBLIOGRAFIA.....	42
ANEXOS	48



LISTA DE TABLAS

TABLA	PÁGINA
1.- PACIENTES ASMATICOS SEGÚN EDAD Y SEXO. COMUNIDAD LA CAMPIÑA II. CIUDAD BOLÍVAR, ESTADO BOLIVAR. AGOSTO-NOVIEMBRE 2006.....	28
2.- PACIENTES ASMATICOS SEGÚN EDAD Y GRADO DE INSTRUCCIÓN. COMUNIDAD LA CAMPIÑA II. CIUDAD BOLÍVAR, ESTADO BOLIVAR. AGOSTO- NOVIEMBRE 2006.....	30
3.- AUTORIDAD EN SALUD FAMILIAR Y GRADO DE INSTRUCCIÓN. COMUNIDAD LA CAMPIÑA II. CIUDAD BOLÍVAR, ESTADO BOLIVAR. AGOSTO- NOVIEMBRE 2006.....	32
4.- AUTORIDAD EN SALUD FAMILIAR Y ACCION TOMADA PARA CONTROLAR LAS CRISIS. COMUNIDAD LA CAMPIÑA II. CIUDAD BOLÍVAR, ESTADO BOLIVAR. AGOSTO- NOVIEMBRE 2006.....	34
5.- PACIENTES ASMATICOS SEGÚN COMPOSICIÓN FAMILIAR Y CONDUCTA ANTE LAS CRISIS. COMUNIDAD LA CAMPIÑA II. CIUDAD BOLÍVAR, ESTADO BOLIVAR. AGOSTO-NOVIEMBRE 2006.....	36
6.- PACIENTES ASMATICOS SEGÚN COMPOSICIÓN FAMILIAR Y NÚMERO DE CRISIS ANUALES. COMUNIDAD LA CAMPIÑA II. CIUDAD BOLÍVAR,	



ESTADO BOLIVAR. AGOSTO-NOVIEMBRE

2000..... 38

7.- PACIENTES ASMATICOS SEGÚN ACCIÓN TOMADA POR LA AUTORIDAD EN SALUD Y NÚMERO DE CRISIS ANUALES. COMUNIDAD LA CAMPIÑA II. CIUDAD BOLÍVAR, ESTADO BOLIVAR. AGOSTO-NOVIEMBRE 2006..... 40

8.- PACIENTES ASMATICOS SEGÚN CONDUCTA DE LA AUTORIDAD EN SALUD Y CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO. COMUNIDAD LA CAMPIÑA II. CIUDAD BOLÍVAR, ESTADO BOLIVAR. AGOSTO-NOVIEMBRE 2006..... 42

9.- PACIENTES ASMATICOS SEGÚN CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO Y EL CONTROL DEL ASMA. COMUNIDAD LA CAMPIÑA II. CIUDAD BOLÍVAR, ESTADO BOLIVAR. AGOSTO-NOVIEMBRE 2006..... 44

10.- PACIENTES SEGÚN NÚMERO DE CRISIS ANUALES, CUMPLIMIENTO DE TRATAMIENTO Y CONTROL DEL ASMA. COMUNIDAD LA CAMPIÑA II. CIUDAD BOLÍVAR, ESTADO BOLIVAR. AGOSTO-NOVIEMBRE 2006..... 46



CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO Y FRECUENCIA DE LAS CRISIS EN PACIENTES ASMATICOS COMO EFECTO DE LA AUTORIDAD EN SALUD FAMILIAR. COMUNIDAD LAS CAMPIÑA II, CIUDAD BOLIVAR. EDO. BOLÍVAR. AGOSTO- NOVIEMBRE 2006.

Autor: Cabrera, María. Mail: malecabrera@hotmail.com.

Tutora: Luís Córdova. Mail: luiscordova@hotmail.com.

Fecha Junio 2007

RESUMEN

El asma es la enfermedad predominante en los infantes, que genera una gran morbilidad en la población de adultos, lo que justifica un manejo eficaz. El entorno familiar del paciente asmático es un factor básico en el cumplimiento terapéutico y como parte de este entorno esta la autoridad en salud familiar que es el individuo a través del cual el paciente obtiene el cuidado de la salud y los servicios del médico, es la persona clave en el triángulo terapéutico. Considerando la persistente morbilidad de pacientes asmáticos en la comunidad de La Campiña II, nos planteamos determinar relación entre el cumplimiento del tratamiento y la frecuencia de las crisis como efecto de la autoridad en salud familiar en dicha comunidad. **Metodología:** Se utilizó un diseño no experimental, de campo, expofacto y descriptivo explicativo. **Población y Muestra:** Censada, no aleatoria, constituida por los 40 pacientes asmáticos que habitan en dicha comunidad. **Resultados:** De 40 pacientes asmáticos, 20 (50%) pertenece al sexo femenino y 20 (50%) al sexo masculino. 30 (75%) correspondió al grupo etareo de 3-16 años; 23 (57,5%) tenían como grado de instrucción primaria incompleta y un 7,5% tenían primaria completa. 4 (60%) tenían como autoridad en salud a la madre y de ellas 6 (25%) tenían primaria incompleta y secundaria incompleta respectivamente. Los que tenían como autoridad en salud a la madre, 19 (79,16%) consultan al médico, 10 (41%) adoptaban ambas conductas para controlar las crisis. 33 (82,5%) pertenecían a familias extendidas y un 14 (42,42%) consultaban al médico durante las crisis y 11 (33,33%) utilizaban ambas conductas; 17 (42,5%) su autoridad en salud tomaba como conducta ante las crisis la consulta médica y de ellos 12 (70,58%) presentaban de 1 a 3 crisis anuales. 10 (25%) de la autoridad en salud automedicaba al paciente y el 80% de ellos (8) presentaban de 1 a 6 crisis anuales. El 26 (75%) presentaban un nivel bajo de cumplimiento de tratamiento y el 23 (57,5%) clasificaban su asma como no controlada. 14 (35%) de los pacientes referían un nivel medio de cumplimiento de tratamiento con 9 (64,28%) de asma no controlada. De 23 pacientes que referían su asma como no controlada, 11 tenían medio y bajo cumplimiento de tratamiento (6 y 5 respectivamente) y presentaban de 1-3 crisis anuales. **Conclusiones:** 1) No hubo predominio de sexo. 2) El grupo etario predominante fue el de 3 y 16 años. 3) La autoridad en salud familiar predominante fue la madre, seguida en segundo lugar de la abuela. 4) El grado de instrucción de la autoridad en salud se distribuyó entre primaria incompleta y secundaria completa. 5) La familia extendida predominó sobre la familia nuclear. 6) La autoridad en salud acudía con su familiar a la consulta médica, como conducta ante las crisis asmáticas 7) Los pacientes cuya autoridad en salud consultaba al



médico presentaron sólo de 1 a 3 crisis al año, su nivel de cumplimiento de tratamiento es Bajo y el asma se clasificaba como No controlada.



INTRODUCCION

El asma es una patología cuya frecuencia, morbilidad y consecuencias personales y sociales justifican un manejo eficaz. La mortalidad creciente y la prevalencia en aumento, incitan a buscar qué factores intervienen en la enfermedad y como su manejo podría ser mejorado.

Es la enfermedad respiratoria crónica predominante en los infantes, que genera una gran morbilidad en la población de adultos. El problema que el asma representa en los adultos lo han documentado ampliamente diversos investigadores, ya sea desde el punto de vista del daño a la salud del individuo, o como la repercusión que genera en la población productiva y a los sistemas de salud. El entorno familiar es un factor básico en el cumplimiento terapéutico, que se debe involucrar en el plan de manejo, ya que este apoyo potencia el cumplimiento del tratamiento y la identificación del paciente con asma. Así mismo, los conflictos familiares y la pobre relación entre sus miembros, se asocian con un pobre cumplimiento. Por esa razón, la existencia de una autoridad en salud en esa familia influye de manera tal que puede modificar el curso de la enfermedad.



CAPITULO I

PLANTEAMIENTO GENERAL DEL PROBLEMA

El asma es una enfermedad que genera angustia y muchas veces desesperación no sólo a quienes la padecen sino también a sus familiares. Hoy se sabe que tratado adecuadamente puede tener una evolución benigna.

Actualmente la incidencia general de la enfermedad está en aumento y el tratamiento adecuado es la mejor prevención. No hay edad para la aparición del asma, puede surgir en cualquier momento de la vida pero aproximadamente sólo una tercera parte de los niños asmáticos continúa con la enfermedad en la madurez. Sin embargo, se la define como una patología crónica aunque en los últimos años se modificó la tendencia de considerarla incapacitante para el paciente, por el contrario, hoy se sostiene que el asmático debe tener una vida plena. El entorno del paciente asmático puede tener una influencia negativa o positiva según el nivel de comprensión que tenga de la enfermedad. La educación del paciente asmático es fundamental en el tratamiento de esta patología, y es una enfermedad que debe tratarla un equipo interdisciplinario que pueda atender al grupo familiar. Una vez que la familia está informada y se logra una buena relación médico-paciente-familia es más simple lograr un mejor tratamiento. El asma es una enfermedad de la que el paciente debe hacerse cargo, tiene que aprender a convivir con ella lo mejor posible. Es por ello que tomando en consideración la elevada morbilidad de pacientes asmáticos en la comunidad de La Campiña II se plantea la interrogante de determinar la relación entre el cumplimiento del tratamiento y la frecuencia de las crisis como efecto de la autoridad en salud familiar en dicha comunidad, ubicada en Ciudad Bolívar, y durante el periodo de tiempo comprendido entre Agosto-Noviembre 2006.



Objetivo General.

Determinar la relación entre el cumplimiento del tratamiento y la frecuencia de las crisis como efecto de la autoridad en salud familiar en dicha comunidad, ubicada en Ciudad Bolívar, y durante el periodo de tiempo comprendido entre Agosto-Noviembre 2006.

Objetivos Especificos.

1-. Identificar la población asmática, clasificada por sexo y grupo etario, según instrumento elaborado por el autor.

2-. Identificar la población asmática, clasificada según edad y grado de instrucción, según instrumento elaborado por el autor.

3-. Identificar la Autoridad en Salud de la familia, clasificado por grado de instrucción, según instrumento elaborado por el autor.

4-. Identificar la Autoridad en Salud de la familia, clasificado por la acción tomada para controlar las crisis, según instrumento elaborado por el autor.

5-. Determinar la conducta ante las crisis, adoptadas por la Autoridad en Salud y la composición familiar, según instrumento elaborado por el autor.

6-. Relacionar el número de crisis anuales y la composición familiar, según instrumento elaborado por el autor.

7-. Determinar la relación entre el número de crisis anuales y la conducta adoptada por la autoridad en salud familiar, según instrumento elaborado por el autor.



8-. Identificar las conductas adoptadas por la autoridad en salud familiar en relación al cumplimiento del tratamiento, según instrumento elaborado por el autor.

9-. Determinar la relación entre el cumplimiento terapéutico y el control del asma, según instrumento elaborado por el autor.

10-. Determinar la relación entre el N° de crisis anuales, el cumplimiento de tratamiento y el control del asma, según instrumento elaborado por el autor.



Alcances Y Limitaciones

El tema a estudiar tiene un significativo alcance, ya que de las conclusiones que de él deriven, tendremos un mayor conocimiento del comportamiento y aporte del entorno familiar ante el paciente asmático durante la evolución de su enfermedad, y se podrán diseñar estrategias tendientes a mejorar el cumplimiento del tratamiento en dicho paciente y por ende disminuir la frecuencia de las crisis, lo que redundaría en una mejor calidad de vida

Dentro de las limitaciones que presentamos esta la de que existen pocos estudios que relacionen la importancia que representa la presencia de una Autoridad en Salud Familiar en el curso de una enfermedad crónica como el asma.



CAPITULO II

MARCO TEORICO.

A lo largo de las 2-3 últimas décadas han sido notables los avances conseguidos en el conocimiento y tratamiento del asma. Estos logros se han plasmado en formidables guías y consensos que están al alcance de todos los profesionales que lo deseen para su uso. Estas guías establecen unos objetivos y unas propuestas para conseguirlos, pero a pesar de ello, y a pesar de la mayor simplificación de los regímenes farmacológicos, los diferentes estudios realizados en Europa AIRE (Asthma Insights & Reality in Europe - AIRE)TM, y en América el estudio del grupo Acción Internacional por la Salud (AIS) demuestran que los objetivos marcados por la GINA 2006 (Global Iniciativa For Asthma) para el adecuado control del asma están lejos de obtenerse. Una de las principales razones de este “fracaso” es debido al incumplimiento y/o a la inadecuada utilización del régimen terapéutico. Tal es así que la propia OMS (Organización Mundial de la Salud) considera al hecho del incumplimiento como un verdadero problema de salud pública. (GINA 2006)

No hay consenso para determinar cuándo se considera un cumplimiento adecuado. Algunos ensayos consideran aceptable alrededor del 80% mientras que otros consideran que tiene que haber un 95% de cumplimiento, pero esto es aplicable sobre todo en enfermedades muy concretas como puede ser VIH. La importancia de este fenómeno es enorme ya que la falta de cumplimiento junto con el mal uso de los dispositivos inhaladores, constituyen la primera causa de fracaso terapéutico en el asma. Y ello sin contar con la repercusión económica correspondiente. No en vano la OMS considera la falta de cumplimiento a los tratamientos crónicos y sus



consecuencias clínicas negativas y económicas un tema prioritario de salud pública (Bender B, et al. 2004).

Se han intentado clasificar distintas categorías de incumplimiento (falta de adherencia o de concordancia) en los siguientes términos:

- Primario, cuando el paciente no toma la medicación o no acude a las citas.

- Secundario, cuando no toma el tratamiento prescrito. Este tipo se puede clasificar a su vez en:

- Intencional, por desacuerdo con el diagnóstico y/o con el tratamiento.

- No intencional, porque no se ha comprendido que se debe hacer, ó como y cuando hacerlo o

- Simplemente por olvido.

Es corriente responsabilizar sistemáticamente al paciente y a su familia de la falta de adherencia cuando en realidad es un problema de corresponsabilidad en el que están implicados, no sólo el paciente y su familia sino también el médico, la enfermera, el educador, el farmacéutico, etc. La ausencia de concordancia es un reflejo de la falta de comunicación y sintonía entre las partes. Como consecuencia de esta diversidad de patrones nos encontramos con numerosos factores y barreras que van a influir y obstaculizar el cumplimiento terapéutico. Cada paciente y su entorno familiar son diferentes en sus creencias, en sus aspiraciones, en sus objetivos, en sus capacidades etc., con lo que el profesional deberá conocer y adaptarse a estas diferentes circunstancias para conseguir una buena comunicación y relación. Se sabe que el paciente y/o su familia tienden a sobreestimar el cumplimiento, pero también es cierto que la valoración que el médico suele hacer del mismo tampoco suele ser



ajustada, llegando a identificar como incumplidores, como mucho, a la mitad de ellos. (Korta J. 2006)

No existe un método ideal para evaluar el cumplimiento. El más preciso sería la observación directa, pero es obvio que resulta inviable. En general, se describen dos tipos de métodos para valorar el cumplimiento:

a-. Directos: análisis bioquímicos en sangre, orina, saliva y la observación directa.

b-. Indirectos:

1-. Autoinformación; cuestionario o diario de síntomas, la información se recoge directamente por entrevista con el paciente y a sus padres, considerado por muchos el más apropiado, aunque tiene como limitantes, los problemas de memoria del paciente y la sobrenotificación (el paciente sobrestima su cumplimiento). Hay que hacerlo con cuidado, evitando formas agresivas y utilizando técnicas de comunicación específicas. (Zapata-Cires, 1998).

2-. Test de Morinsky-Green.

c-. Control Clínico: efecto terapéutico esperado o no esperado; efectos secundarios. Aunque es un indicador pobre de cumplimiento, no olvidar que la primera causa de fracaso terapéutico es el incumplimiento y/o la utilización de técnicas de inhalación inadecuadas.

d-. Medición de la cantidad de medicación: dispositivos electrónicos, recuento de dispositivos, comprimidos etc.



e-. Método REC: Recetas dispensadas frente a las previstas para cumplir el tratamiento en ese período de tiempo, Entrevista sobre los medicamentos, dosis etc. y comprobación de la técnica inhalatoria correcta: ¿conocen el nombre de los medicamentos que usan? ¿la dosis? ¿Suelen olvidar tomarlos? (Aldasoro-Díaz- 2006).

Son múltiples los factores que influyen en el cumplimiento o no del plan terapéutico acordado. En general están en relación con la propia enfermedad (grado de severidad, cronicidad...), con el paciente y su familia (edad, creencias, conocimiento de la enfermedad, expectativas, motivación, confianza con el médico y con el sistema etc.), con el médico (ideología, relación de confianza, buena comunicación etc.) y con el tratamiento (complejidad, pauta posológica, duración, vía de administración farmacológica, efectos secundarios etc.). Tras el diagnóstico la actitud puede ser tan dispar como la de negación de la enfermedad o de aceptación de la misma. También hay que señalar que la forma de negar o aceptar su dolencia puede ser diferente. Por ejemplo, la negación puede ser absoluta (miedo?), o puede ser una mala percepción de la enfermedad ó el rechazo a los médicos y/o al tratamiento. Si, por el contrario, se acepta el diagnóstico se puede hacerlo de forma resignada o de forma activa, participativa. (Díaz. 2005).

El conocimiento, o mejor el desconocimiento, previo que se tiene de la enfermedad es otro factor de importancia. Las creencias y la percepción que el paciente-familia tiene de su enfermedad pueden ser erróneos lo que constituye una barrera para el cumplimiento. Determinada actitud hacia las medicaciones (ej. corticofobia, temor a los efectos secundarios, temor a la posibilidad de adicción, confianza en medicina alternativas) suele ser otra barrera importante. La edad también influye ya que mientras que el niño pequeño depende de la actitud de sus padres, el adolescente, con mayor autonomía, dependerá de sí mismo. Algunos autores señalan que el grado de severidad no guarda relación con la adherencia, pero



otros han encontrado cierta relación con el asma leve e incluso con el severo. Más trascendente es quizás el carácter crónico de la enfermedad y el estigma social que ello pudiera implicar. (Díaz. 2005).

La duración prolongada del tratamiento modificador, la complejidad del mismo, los posibles efectos secundarios y el coste son barreras reconocidas que se oponen a la adherencia al régimen terapéutico. La falta de seguimiento periódico, el cambio de médico, el desinterés del mismo, pero sobre todo la falta de confianza mutua son elementos muy importantes que influyen en la falta de concordancia. De la misma manera los factores psicosociales son cada vez señalados como más decisivos a la hora de valorar el comportamiento del paciente y de su familia. Problemas en el entorno familiar, diferencias de criterio de los padres, la ansiedad, disfunciones psicológicas (depresión) y déficit intelectual son factores que se oponen a la adherencia. También el bajo nivel socioeconómico y cultural se comporta como barreras. (Lora- 2005)

El asma es una enfermedad que se considera puede ser controlable, aunque no puede curarse. Se ha demostrado y comprobado es una enfermedad inflamatoria crónica, y que con tratamiento antiinflamatorio continuo se consigue mantener a los pacientes sin molestias y con una función pulmonar normal. (López V. 2005)

Las guías para el diagnóstico y el tratamiento del asma recomiendan pautas terapéuticas simples para tratar adecuadamente a los pacientes. Todo esto hizo pensar a los clínicos que, en efecto, el asma es una enfermedad fácil de controlar aunque, paradójicamente, en estudios epidemiológicos se ha demostrado que en la práctica la mayor parte de los pacientes no están bien controlados. En el estudio AIRE (the Asthma Insights and Reality in Europe study.), por ejemplo, sólo el 35% tiene su asma totalmente controlada. Incluso con tratamientos aparentemente correctos, menos de la mitad de los pacientes tienen un buen control de la enfermedad, es decir, aunque



el asma sea una enfermedad fácilmente controlable, en la práctica los pacientes no están bien controlados. Para explicar esta paradoja, la causa que se cita con más frecuencia, sobre todo en pacientes con tratamiento correcto, es el incumplimiento terapéutico.

Con las tasas de cumplimiento tan pobres que tienen los pacientes con asma, no es de extrañar que, en efecto, el mal control sea un factor determinante. Los enfermos con asma toman su medicación solamente el 50% de las veces e incluso menos que los pacientes con hipercolesterolemia o hipertensión arterial, que toman su medicación el 60 y el 70% de las veces, respectivamente. Son numerosos los estudios que confirman que las tasas de incumplimiento son bajas, aunque con un rango muy amplio (del 15 al 65%), debido a diferencias en la población estudiada, en las formas y en las medidas utilizadas. Así pues, es evidente que el bajo cumplimiento del régimen prescrito durante la práctica clínica limita el éxito del cuidado médico. (Lopez V. 2005).

Los datos sobre prevalencia de asma en adultos y sobre todo en niños ofrece una gran variación entre poblaciones. Los dos principales estudios sobre el tema, el “European Community Respiratory Health Survey” (ECRHS) y el International Study of Asthma and Allergies in Childhood” (ISAAC) parecen corroborar estas diferencias. Existe poca información sobre la frecuencia de crisis de asma, salvo la recopilada a través de cuestionarios a enfermos prevalentes. En el marco del estudio de manifestaciones alérgicas agudas de 1991, la Red de Médicos Centinelas de Castilla y León (2002) registró 385 casos de crisis asmáticas con una especial predilección en la edad infantil entre los 1 y 10 años.

Definición de crisis asmática: Episodios recurrentes de obstrucción bronquial aguda con uno de los siguientes: a) Obstrucción variable aliviada con broncodilatadores en las pruebas de función pulmonar. b) Dos de los siguientes:



sibilancias, tos seca, espiración prolongada. Se excluyen las bronquiolitis, las bronquitis crónica y el enfisema. (Red de Médicos centinelas Castilla y León, 2002).

La educación del paciente con asma y su familia, para conseguir una «asociación» o «alianza » entre el Médico y el paciente y su familia, es como es bien sabido, el punto primero del Programa de Manejo y Prevención del Asma, propuesto por el GINA, y uno de sus objetivos primordiales es conseguir una adherencia adecuada al tratamiento, para lo cual es importante promover la comprensión por el paciente de la enfermedad y su tratamiento, su confianza, sus habilidades, y su satisfacción. Es fundamental que acepten que el asma es un proceso crónico, compartir la información, discutir con el paciente sus expectativas, y dejarle expresar y responder a sus posibles miedos y preocupaciones. El GINA declara que la adherencia puede ser mejorada si: 1- El paciente acepta el diagnóstico, 2- Cree que : el asma puede ser peligroso o ser un problema, 3- Que corre riesgos si no cumple correctamente el tratamiento, 4- Que el tratamiento es seguro, 5- Que tiene control sobre su tratamiento y 6- Tiene una buena comunicación con el Médico (GINA 2006). Sin embargo, paradójicamente, pese a que se dispone de un tratamiento muy eficaz, que permitiría controlar con facilidad a la gran mayoría de los pacientes con asma, la realidad sin embargo, como han mostrado recientes estudios, es que la morbilidad de los niños y adultos con asma en Europa es todavía muy elevada, y solo una minoría de pacientes reciben tratamiento diario con corticoides inhalados, pese a su frecuente necesidad de beta-agonistas inhalados. Otros estudios, han mostrado que la mala adherencia reconocida por el paciente , se asocia a mayor morbilidad, y mal control del asma y una revisión sistemática de la literatura ha revelado que la adherencia al tratamiento diario con corticoides inhalados es generalmente mala oscilando entre el 20% y el 73%, y que solo en la práctica clínica diaria relacionada con la atención a pacientes con asma, es de suma importancia identificar el estadio actual de la enfermedad en cada sujeto en particular, ya que de eso dependerá el tipo



de intervención terapéutica requerida para alcanzar o mantener el control de su asma. (Aguinaga, 1999), (Beneitez 2005)

En la actualidad, contamos con guías para el diagnóstico, clasificación y tratamiento del asma, así como con instrumentos adecuadamente validados para determinar su grado de control, como el caso del Cuestionario de Control del Asma (ACQ por sus siglas en inglés). Si bien estas herramientas son de gran ayuda para identificar el estadio actual del asma en un paciente determinado, en ocasiones resulta complicada su aplicación, sobre todo en centros de asistencia en donde se atiende a un gran número de pacientes. (Schatz M, et als 2006.)

En el 2005 se publicó una prueba que facilita conocer tanto al médico como al paciente si su asma está o no con el control adecuado. Previo a esta prueba, el criterio casi siempre era muy subjetivo en la mayoría de los casos y posiblemente sea la explicación de las estadísticas mundiales de bajo control del padecimiento. La encuesta de control del asma (ACT por sus siglas en ingles) es un cuestionario contestado por el paciente que consta de cinco preguntas que evalúan los síntomas del asma (durante el día y la noche), uso de medicamentos, y el efecto del asma en el funcionamiento diario. De acuerdo a los resultados mostrados en el estudio de Schatz y colaboradores (2006), el ACT, parece ser un instrumento confiable y de fácil aplicación a los pacientes asmáticos para identificar su grado de control. Su uso regular en la práctica clínica diaria, permite la identificación del estado actual y la evaluación de la evolución de los pacientes asmáticos con respecto al control de su enfermedad, de una forma rápida y sencilla. (Schatz M, et al. 2006.)

En todos los tipos de asma: leve, moderada y severa, la probabilidad más alta de mejorar corresponde a los pacientes que no discontinúan ni modifican la medicación. Además es más perjudicial modificar la medicación que discontinuarla. La



probabilidad de mejorar disminuye a medida que se avanza en la edad, cualquiera sea el tipo de asma y de cumplimiento. (Finkelstein 2004)

Según los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS), uno de los fines principales de cada país debe ser incrementar el nivel de salud de la población, haciendo referencia a la "familia como uno de los grupos fundamentales en el terreno de la salud". La familia en el proceso Salud- Enfermedad puede contribuir al mantenimiento de la salud en tanto es un espacio de aprendizaje; es en este grupo donde se forman hábitos, costumbres, creencias, valores y estilos de vida saludables que conducen a comportamientos protectores de salud. Es de significar que también este grupo familiar puede favorecer la curación y rehabilitación de sus integrantes en la medida que sea capaz de identificar tempranamente los problemas de salud, facilita el cumplimiento del tratamiento terapéutico y brinda apoyo y seguridad en la evolución del enfermo, entre otros aspectos. En los casos de los miembros que necesiten rehabilitación puede contribuir a que el enfermo asuma su nuevo rol familiar y social, así como cubrir la dependencia que genera esta incapacidad. La Salud Familiar puede considerarse determinada por la capacidad de la familia de cumplir funciones, adaptarse a los cambios y superar las crisis familiares ante las variaciones que pueden sucederse en el medio interno o externo. La familia es tanto más saludable en la medida que facilite el crecimiento y el desarrollo de cada uno de sus integrantes, y contribuya a la satisfacción de las necesidades materiales y afectivas según las exigencias de cada etapa de la vida. (Ortiz M -1999).

Es por ello que la Salud Familiar ha sido evaluada por diferentes autores utilizando para ello diferentes categorías en cada uno de los métodos aplicados; así podemos citar el modelo Mc Máster, el modelo circunplejo de Olson, Rusell y Splinke, el modelo de Minuchin, el método utilizado por Patricia Arés y la prueba de Funcionamiento Familiar confeccionada por Díaz, De la Cuesta y Louro (1996) validada en nuestro país, entre otros. (Ortiz M -1999).



El rol que desempeña la familia en la determinación de la salud constituye un tema que merita mayor atención en el marco de un sistema de salud sustentado en la práctica de la medicina familiar, es para el individuo un valor de alto significado y compromiso personal y social, fuente de amor, satisfacción, bienestar y apoyo, pero también constituye fuente de insatisfacción, malestar, estrés y enfermedad. Las alteraciones de la vida familiar son capaces de provocar alteración emocional, desequilibrio y descompensación del estado de salud. La vivencia de problemas familiares precipita respuestas de estrés, entre las cuales se encuentra el descontrol de la enfermedad crónica o su inicio. La familia constituye la primera red de apoyo social que posee el individuo a través de toda su vida, y por lo tanto se reconoce que esta instancia ejerce función protectora ante las tensiones que genera la vida cotidiana; es también el principal recurso de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y sus daños, así como el más eficaz que siente y percibe el individuo frente a todos los cambios y contingencias a lo largo del ciclo vital en el contexto social. (Louro-2006)

Los cambios en la familia, asociados a la constitución del modelo de familia nuclear y la pérdida de jerarquías, ha supuesto la irrupción de dos roles muy activos, como son el de la madre de familia y el de los hijos. Cuando se dirige la mirada hacia el campo de la salud-enfermedad encontramos a las mujeres desarrollando tareas tanto de prevención como de cuidado respecto de la salud familiar.

Sobre las mujeres recae el cuidado de la descendencia, el de las personas ancianas, enfermas, discapacitadas, en cualquiera de estas circunstancias aparece siempre -o casi siempre- una mujer desarrollando tareas de cuidadora principal. El estudio promovido por el Observatorio de Salud y Mujer sobre necesidades de salud de la mujer en 6.530 españolas, puso en evidencia la aparición de este rol de agente de salud de la familia asumido por las madres. Así, la mujer española se ocupa de la salud de sus hijos, de sus padres, de su marido y, finalmente, de la suya propia. En



este sentido, la mujer constituye el centro de información de la salud de la familia, lo que la obliga a asumir la complejidad de tener que conciliar sus necesidades profesionales o laborales con las familiares. Es por ello que se ve obligada a asumir un papel más activo en la gestión de los problemas de la salud de la familia. (Fundación Laporte -2006).

En el último quinquenio, el asma ocupó el cuarto lugar como motivo de consulta a nivel nacional, ubicándose entre las dos primeras causas dentro de las afecciones respiratorias. (Pérez 1999). Una evidencia empírica, no obstante a ser tomada en cuenta, es la incorporación de salas dedicadas exclusivamente a la nebulización de asmáticos en la red de ambulatorios y hospitales del país, algo inexistente hace aproximadamente unos veinte años y cuya causa no atañe exclusivamente al aumento poblacional. Mas aún y en complemento de lo anterior, los estudios de FUNDACREDESA realizados en una población de escolares del oeste de Caracas mediante un cuestionario estandarizado, comprobaron la alta prevalencia de asma en los grupos socioeconómicos IV y V (Graffar modificado por Méndez Castellano), contribuyendo así al concepto de que el asma en nuestro medio es una enfermedad característica de los estratos más bajos. (Capriles -2001). Sumado a esto médicos y pacientes enfrentan una serie de barreras psicosociales que afectan la adherencia al tratamiento médico, así como la posible aplicación de programas educativos sistemáticos para el paciente asmático y sus familiares. Hasta los momentos no se cuenta con un plan educativo sistemático e instrumental que ofrezca a estos pacientes un enfoque de tratamiento integral. (Pérez 1999)



Identificación De Variables

Variable Independiente:

Cumplimiento De Tratamiento.

Variable Dependiente:

Crisis Asmáticas.

Variable Interviniente:

Autoridad En Salud Familiar.

Definición Conceptual Y Operacionalización De Las Variables

1-. Cumplimiento De Tratamiento:

Definición Conceptual: Se denomina así al comportamiento del paciente en cuanto a las indicaciones de tratamiento referentes a: medicamentos, dosis, tiempos establecidos para consultas, seguimiento y normativas ante determinada situación de riesgo que fueron establecidas con su médico. Sinónimos: adherencia, comportamiento.



Definición Operativa: La evaluación del cumplimiento del tratamiento incluye interrogar al paciente sobre qué medicación recibe y en qué dosis, con revisión de las pautas de visitas de seguimiento y de urgencia.

Además se investigan las creencias del paciente sobre su enfermedad, así como las razones del no cumplimiento (por ejemplo, automanejo por olvido, por efectos colaterales de la medicación ó por el costo de la misma).

2-. Crisis Asmaticas:

Definición conceptual: Episodios agudo o subagudo de empeoramiento progresivo de dificultad respiratoria, tos, sibilancia y opresión en el pecho o cualquier combinación de estos síntomas.

Definición operativa: Presencia de los síntomas: Sibilantes, tos, opresión en el pecho, dificultad para respirar, limitación de las actividades cotidianas, uso de inhaladores o nebulización.

3-. Autoridad En Salud Familiar:

Definición Conceptual: Es el individuo a través del cual el paciente obtiene el cuidado de la salud y los servicios del médico. Esta es la persona clave en el triángulo terapéutico.

Definición Operativa: En la práctica, la esposa/madre u otro miembro de la familia frecuentemente ostentan esta posición, aunque una abuela u otro miembro de la familia que crea tener la habilidad especial también puede llenar este papel. Una manera de observar este papel en la familia es preguntando a los pacientes con quien ellos rutinariamente hablan acerca de su problema de salud, que consejo le dio esa



persona, si le suministró medicamentos, si observó la evolución de la enfermedad. (Doherty- Baird. 1996).

VARIABLES	DIMENSION	INDICADORES
CUMPLIMIENTO DE TRATAMIENTO	Se denomina así al comportamiento del paciente en cuanto a las indicaciones de tratamiento referentes a: medicamentos, dosis, tiempos establecidos para consultas seguimiento y normativas ante determinada situación de riesgo que fueron establecidas con su médico (C.N.F).	<ul style="list-style-type: none"> - Olvido - Cumple el horario. - Abandona por mejoría. - Abandona por no mejoría
CRISIS ASMATICAS	Episodios agudo o subagudo de empeoramiento progresivo de dificultad respiratoria, tos, sibilancia y opresión en el pecho o cualquier combinación de estos síntomas.	<ul style="list-style-type: none"> - Presencia de los síntomas: - Sibilantes. - Tos. - Opresión en el pecho. - Dificultad para respirar. - Tiraje intercostal. - Aleteo nasal.
AUTORIDAD EN SALUD	Miembro de la familia encargada de: llevar al paciente al medico, comprar y vigilar cumplimiento del tratamiento, monitorizar las crisis.	Padre, madre, hermanos, abuelos, tíos, vecino.



Sistema De Hipótesis

Hipótesis General.

El cumplimiento del tratamiento y la frecuencia de presentación de las crisis dependen de las acciones ejercidas por la autoridad en salud familiar del paciente asmático de la Comunidad De La Campiña II. Ciudad Bolívar, Agosto- Noviembre 2006.

Hipotesis Específica.

El tratamiento completo, la monitorización de su cumplimiento no es llevado a cabo por El miembro de la familia a través del cual el paciente obtiene el cuidado de la salud y los servicios del médico, lo que influye en la recurrencia de las crisis en pacientes Asmáticos de la Comunidad De La Campiña II. Ciudad Bolívar, Agosto- Noviembre 2006.

Hipotesis Operativa.

Las indicaciones de tratamiento referentes a: medicamentos, dosis, tiempos establecidos para consultas seguimiento y normativas ante determinada situación de riesgo que fueron establecidas con su médico no se cumplirán, además, la frecuencia de aparición de síntomas como: sibilantes, tos, opresión en el pecho, dificultad para respirar, limitación de las actividades cotidianas, necesidad del uso de inhaladores o nebulización se incrementarán en los pacientes asmáticos como consecuencia de las acciones tomadas por la esposa/madre, padre, abuela, hermano, tío u otro miembro de la familia a través del cual el paciente obtiene el cuidado de la salud y los servicios del médico en La Comunidad De La Campiña II. Ciudad Bolívar, Agosto- Noviembre 2006.



Hipotesis Nula.

La autoridad en salud familiar, no ejerce ninguna influencia en el cumplimiento del tratamiento y la aparición de crisis en pacientes asmáticos de la comunidad de la Campaña II. Ciudad Bolívar, Agosto- Noviembre 2006.



CAPITULO III

DISEÑO DE LA INVESTIGACION

Metodologia

Se utilizó un diseño de investigación no experimental, aplicada en un contexto de campo. El estudio de acuerdo a su estrategia, es un diseño de tipo expofacto porque la investigación es realizada después que los hechos han ocurrido y según los objetivos es de tipo descriptivo explicativo.

Poblacion Y Muestra:

POBLACIÓN: La población en este estudio fueron los habitantes de 144 viviendas en la comunidad de La Campiña II. Ciudad Bolívar, Estado Bolívar; para identificar los niños y adultos con diagnóstico de asma.

MUESTRA: Censada, no aleatoria, constituida por los 40 pacientes con asma que habitan en la Comunidad de La Campiña II y a los cuales se le aplicó el instrumento diseñado por el autor. La muestra equivale al 100% de los pacientes asmáticos de dicha comunidad.



Técnica Y Recolección De Datos

Como procedimiento de recolección de la información se realizó un censo en toda la Comunidad de la Campiñas II, para identificar las familias donde hay pacientes asmáticos (144 familias). Posteriormente se realizó la entrevista a los pacientes asmáticos y/o familiares de la comunidad de La Campiña II, los cuales constituyen la fuente de información y a quienes después de solicitar su consentimiento y explicar la ausencia de riesgos por su participación en la investigación porque mantiene el anonimato y la confidencialidad de las respuestas.

Se les aplicó un cuestionario mixto elaborado por el autor que contiene variables sociodemográficas (sexo, edad, número de miembros en la familia, composición familiar, etc.) con una lista fija de preguntas, en su mayoría taxativas, relacionadas con los conocimientos de los pacientes sobre la enfermedad; con la conducta (miembro de la familia que asume el rol de agente de salud, el lugar al que acude ante una crisis, práctica de la automedicación).

Se utilizó la prueba de Morinsky-Green (Test de Cumplimiento de tratamiento) que consta de 4 preguntas de contraste con respuesta dicotómica Sí/No; la valoración se realizó contabilizando el número de respuestas afirmativas proporcionadas por el paciente: ningún "Sí" (cumplimiento alto), uno-dos "Sí" (cumplimiento medio), 3-4 "Sí" (cumplimiento bajo). También se utilizó una Prueba del Control del Asma (ACT), que facilita el conocimiento tanto del médico como del paciente en conocer si su asma está o no con el control adecuado.

En dependencia de la edad del paciente (menor o mayor de 12 años) se entrevistó al familiar más cercano, o directamente al paciente asmático.



Técnicas De Análisis De Datos:

Los datos obtenidos fueron agrupados en tablas estadísticas en base a frecuencias absolutas y porcentajes (%).



CAPITULO IV

PRESENTACION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS

TABLA 1
DISTRIBUCION DE PACIENTES ASMATICOS SEGÚN EDAD Y SEXO.
COMUNIDAD LA CAMPIÑAS II. CIUDAD BOLÍVAR, ESTADO BOLIVAR.
AGOSTO-NOVIEMBRE 2006

EDAD	SEXO				TOTAL	%
	Masculino		Femenino			
	N°	%	N°	%		
03- 16	18	45	12	30	30	75
17- 30	-	-	3	7,5	3	7,5
31--44	-	-	2	5	2	5
45--58	1	2,5	2	5	3	7,5
59--72	1	2,5	1	2,5	2	5
TOTAL	20	50	20	50	40	100

FUENTE: CUESTIONARIO DISEÑADO POR EL AUTOR



Resultados De La Tabla N° 1

De 40 pacientes asmáticos, 20 (50%) pertenece al sexo femenino y 20 (50%) al sexo masculino, de ellos 30 (75%) correspondió al grupo de edades comprendidas entre 3-16 años, presentándose 12 femenino (30%) y 18 (45%) masculino.

TABLA 2
DISTRIBUCION DE PACIENTES ASMATICOS SEGÚN EDAD Y
GRADO DE INSTRUCCIÓN. COMUNIDAD LA CAMPIÑAS II.
CIUDAD BOLÍVAR, ESTADO BOLIVAR.
AGOSTO-NOVIEMBRE 2006

EDAD	PI		GRADO DE INSTRUCCION		DE		INSTRUCCION		UNI		TOTAL	
		%	PC	%	SC	%	SI	%		%		%
03-16	20	50	2	5	-	-	6	15	-	-	28	70
17-30	-	-	-	-	3	7,5	-	-	-	-	3	7,5
31-44	-	-	-	-	2	5	-	-	-	-	2	5
45-58	1	2,5	1	2,5	-	-	-	-	3	7,5	5	12,5
59-72	2	5	-	-	-	-	-	-	-	-	2	5
TOTAL	23	57,5	3	7,5	5	12,5	6	15	3	7,5	40	100

FUENTE: DATOS RECOPIADOS POR AUTOR

Siglas: PI: Primaria incompleta. PC: Primaria Completa.

SC: Secundaria Completa SI: Secundaria Incompleta. UNI: Universitaria.



Resultados De La Tabla N° 2

De 40 pacientes asmáticos, 23 (57,5%) tenían como grado de instrucción: primaria incompleta y un 7,5% (tenían primaria completa y universitaria respectivamente. En el grupo predominante, comprendido entre 3 y 16 años, 20 (71,42%) tenían primaria incompleta, y 6 (21 %) secundaria incompleta. 5 (12,5%) pertenecían al grupo etareo de 45-58 años y de ellos 3 (24%) tenían grado de instrucción universitario. Un 7,5% pertenecían al grupo etareo de 17 a 30 años y todos tenían secundaria completa.

TABLA 3
AUTORIDAD EN SALUD FAMILIAR Y GRADO DE INSTRUCCIÓN.
COMUNIDAD DE LA CAMPIÑA II, CIUDAD BOLÍVAR, ESTADO BOLIVAR.
AGOSTO-NOVIEMBRE 2006

AUTORIDAD EN SALUD	GRADO DE INSTRUCCION										TOTAL	%
	PI		PC		SI		SC		UNI			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
MADRE	6	15	4	10	4	10	6	15	4	10	24	60
ABUELA	2	5	3	7,5	2	5	-	-	-	-	7	17,5
TIA	-	-	-	-	1	2,5	-	-	-	-	1	2,5
HIJÁ	-	-	-	-	1	2,5	-	-	-	-	1	2,5
PACIENTE	1	2,5	1	2,5	-	-	4	10	1	2,5	7	17,5
TOTAL	9	22,5	8	20	8	20	10	25	5	12,5	40	100

FUENTE: FUENTE: DATOS RECOPIADOS POR AUTOR

Stilas: PI: Primaria incompleta. PC: Primaria Completa.

SC: Secundaria Completa SI: Secundaria Incompleta. UNI: Universitaria.



Resultados De La Tabla N° 3

De los 40 pacientes encuestados 24 (60%) tenían como autoridad en salud a la madre y de ellas 6 (25%) tenían primaria incompleta y secundaria incompleta respectivamente, apenas 4 (16,66%) eran universitarias. 7 (17,5%) de los encuestados tenían como autoridad en salud a la abuela y de ellas 3 (42%) habrían culminado la educación primaria. De 7 (17,5%) de los pacientes que eran responsables de su tratamiento, 4 (57%) tenían secundaria completa.

TABLA 4
AUTORIDAD EN SALUD FAMILIAR Y ACCION TOMADA PARA
CONTROLAR LAS CRISIS. COMUNIDAD DE LA CAMPIÑA II.
CIUDAD BOLÍVAR, ESTADO BOLIVAR.
AGOSTO-NOVIEMBRE 2006

AUTORIDAD EN SALUD	ACCION TOMADA PARA CONTROL DE CRISIS						TOTAL	%
	CONSULTA MEDICO	%	AUTOMEDICA	%	AMBAS CONDUCTAS	%		
MADRE	9	22,5	5	12,5	10	25	24	60
ABUELA	4	10	1	2,5	2	5	7	8
TIA	1	2,5	-	-	-	-	1	2,5
HIJÁ	-	-	-	-	1	2,5	1	2,5
PACIENTE	3	7,5	4	10	-	-	7	17,5
TOTAL	17	42,5	10	25	13	32,5	40	100

FUENTE: DATOS RECOPIADOS POR AUTOR



Resultados De La Tabla N° 4

En el grupo que tenía como autoridad en salud a la madre, 19 (79,16%) consultan al médico, de ellas, 10 (41%) presentaban ambas conductas como acción tomada para controlar las crisis, consultaban al médico y automedicaban al paciente a su cargo; y 9 (37,5%) sólo consulta al médico. 4 (57%) de las abuelas consultan al médico. De 7 (17,5%) de los pacientes que eran responsables de su tratamiento, 4 (57,14%) se automedican y 3 (42,85%) consultan al médico para controlar sus crisis.

TABLA 5
PACIENTES ASMATICOS SEGÚN COMPOSICION FAMILIAR Y CONDUCTA ANTE LAS
CRISIS. COMUNIDAD DE LA CAMPIÑA II. CIUDAD BOLIVAR, ESTADO BOLIVAR.
AGOSTO-NOVIEMBRE 2006

CONDUCTA ANTE LAS CRISIS	COMPOSICION FAMILIAR				TOTAL	
	NUCLEAR		EXTENDIDA		N°	%
	N°	%	N°	%		
CONSULTA MEDICO	3	7,5	14	35	17	42,5
AUTOMEDICA	2	5	8	20	10	25
AMBAS CONDUCTAS	2	5	11	27,5	13	32,5
TOTAL	7	17,5	33	82,5	40	100

FUENTE: DATOS RECOPIADOS POR AUTOR



Resultados De La Tabla N° 5

De los 40 pacientes encuestados 33 (82,5%) pertenecían a familias extendidas y de ellas un 14 (42,42%) consultaban al médico durante las crisis y 11 (33,33%) utilizaban ambas conductas. De los 7 pacientes asmáticos que pertenecían a familias nucleares sólo 3 consultaban al médico ante las crisis.

**TABLA 6
 PACIENTES ASMATICOS SEGÚN COMPOSICIÓN FAMILIAR Y
 N° DE CRISIS ANUALES . COMUNIDAD DE LA CAMPIÑA II.
 CIUDAD BOLIVAR, ESTADO BOLIVAR.
 AGOSTO-NOVIEMBRE 2006**

N° CRISIS ANUALES	COMPOSICION FAMILIAR					
	NUCLEAR		EXTENDIDA		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
1-3	5	12,5	20	50	25	62,5
4-6	1	2,5	10	25	11	27,5
7-9	-	-	1	2,5	1	2,5
10-12	1	2,5	2	5	3	7,5
TOTAL	7	17,5	33	82,5	40	100

FUENTE: DATOS RECOPIADOS POR AUTOR



Resultados De La Tabla N° 6

De las familias extendidas, 20 (60,60%) de los pacientes presentaban de 1 a 3 crisis al año y 10 (30,30%) presentaban de 4 a 6 crisis anuales. 7 (17,5%) de los pacientes pertenecían a familias nucleares y de ellas 5 (71,42%) presentaban de 1 a 3 crisis anuales.

TABLA 7
PACIENTES ASMATICOS SEGUN ACCION TOMADA POR LA
AUTORIDAD EN SALUD Y NUMERO DE CRISIS ANUALES.
COMUNIDAD DE LA CAMPIÑA II. CIUDAD BOLIVAR, ESTADO BOLIVAR.
AGOSTO-NOVIEMBRE 2006

N° CRISIS ANUALES	CONSULTA MEDICA		AUTO MEDICACION		AMBAS		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
1-3	12	30	4	10	8	20	24	60
4-6	4	10	4	10	3	7,5	11	27,5
7-9	-	-	1	2,5	1	2,5	2	5
10-12	1	2,5	1	2,5	1	2,5	3	7,5
TOTAL	17	42,5	10	25	13	13	40	100

FUENTE: DATOS RECOPIADOS POR AUTOR



Resultados De La Tabla N° 7

De los 40 pacientes encuestados 17 (42,5%) su autoridad en salud tomaba como conducta ante las crisis la consulta médica y de ellos 12 (70,58%) presentaban de 1 a 3 crisis anuales y solo 1 (5,88%) llegó a presentar de 10 a 12 crisis anuales. 10 (25%) de la autoridad en salud automedicaba al paciente y el 80% de ellos (8) presentaban de 1 a 6 crisis anuales.

TABLA 8
PACIENTES ASMATICOS SEGUN CONDUCTA DE LA
AUTORIDAD EN SALUD Y CUMPLIMIENTO DE TRATAMIENTO.
COMUNIDAD DE LA CAMPIÑA II. CIUDAD BOLIVAR, ESTADO BOLIVAR.
AGOSTO-NOVIEMBRE 2006

CUMPLIMIENTO DE TRATAMIENTO	CONDUCTA DE LA AUTORIDAD EN SALUD							
	CONSULTA MEDICO		AUTOMEDICACION		AMBAS		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
ALTO	-	-	-	-	-	-	-	-
MEDIO	9	22,5	3	7,5	2	5	14	35
BAJO	8	20	7	17,5	11	27,5	26	75
TOTAL	17	42,5	10	25	13	32,5	40	100

FUENTE: DATOS RECOPIADOS POR AUTOR



Resultados De La Tabla N° 8

La conducta mas predominante ejercida por la autoridad en salud ante las crisis asmáticas es la consulta médica y de ellos 9 (52,94%) pacientes tenían un grado medio de cumplimiento de tratamiento y 8 (47,05%) tenían un grado bajo de cumplimiento de tratamiento. Del total de pacientes un 13 (32,5%) su autoridad en salud utilizaba ambas conductas y de ellos 11 pacientes (84,61%) presentaban un grado bajo de cumplimiento de tratamiento.

TABLA 9
PACIENTES ASMATICOS SEGÚN CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO
Y EL TIPO DE CONTROL DEL ASMA. COMUNIDAD DE LA CAMPIÑA II.
CIUDAD BOLÍVAR, ESTADO BOLIVAR.
AGOSTO-NOVIEMBRE 2006

CUMPLIMIENTO DE TRATAMIENTO	TIPO DE CONTROL DEL ASMA						TOTAL	
	CONTROL TOTAL		BIEN CONTROLADA		NO CONTROLADA		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
ALTO	-	-	-	-	-	-	-	-
MEDIO	-	-	5	12,5	9	22,5	14	35
BAJO	2	5	10	25	14	35	26	75
TOTAL	2	5	15	37,5	23	57,5	40	100

FUENTE: DATOS RECOPIADOS POR AUTOR



Resultados De La Tabla N° 9

De los 40 pacientes encuestados, el 26 (75%) presentaban un nivel bajo de cumplimiento de tratamiento y el 23 (57,5%) clasificaban su asma como no controlada y un 15 (37,5%) la clasificaba como bien controlada a pesar de tener 10 (38,46%) de cumplimiento de tratamiento bajo. 14 (35%) de los pacientes referían un nivel medio de cumplimiento de tratamiento con 9 (64,28%) de asma no controlada.

TABLA 10
PACIENTES SEGÚN N° DE CRISIS ANUALES, CUMPLIMIENTO DE
TRATAMIENTO Y EL TIPO DE CONTROL DEL ASMA. COMUNIDAD DE LA
CAMPIÑA II, CIUDAD BOLÍVAR, ESTADO BOLIVAR.
AGOSTO-NOVIEMBRE 2006

N° CRISIS ANUALES	CONTROL DEL ASMA/ CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO									
	CONTROL TOTAL			BIEN CONTROLADA			NO CONTROLADA			TOTAL
	ALTO	MEDIO	BAJO	ALTO	MEDIO	BAJO	ALTO	MEDIO	BAJO	
1-3	-	-	1	-	4	9	-	6	5	25
4-6	-	-	1	-	1	-	-	2	7	11
7-9	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
10-12	-	-	-	-	-	1	-	1	1	3
TOTAL	-	-	2	-	5	10	-	9	14	40

FUENTE: DATOS RECOPIADOS POR AUTOR



Resultados De La Tabla N° 10

De 23 pacientes que referían su asma como no controlada, 11 tenían medio y bajo cumplimiento de tratamiento (6 y 5 respectivamente) y presentaban de 1-3 crisis anuales.

De 13 pacientes que referían su asma como bien controlada, 9 tenían un bajo Cumplimiento de tratamiento y presentaban de 1-3 Crisis Anuales.



CAPITULO V

DISCUSIÓN

Tomando en consideración la morbilidad de pacientes asmáticos en la comunidad de La Campiña II se planteó la interrogante de determinar la relación entre el cumplimiento del tratamiento y la frecuencia de las crisis como efecto de la autoridad en salud familiar en dicha comunidad.

Este estudio nos muestra que de los 40 pacientes asmáticos la mayoría se ubican en el grupo etario comprendido entre 3-16 años, con un predominio leve del sexo masculino; presentándose en el grupo de 17 a 30 años ligero predominio del sexo femenino. El ser del sexo masculino es un factor de riesgo para tener asma en la infancia. (GINA 2006). Hasta la edad de 12 a 13 años la prevalencia es mayor en los niños que en las niñas, aunque al llegar a la adolescencia incide por igual a chicos y chicas para, a partir de los 20 años, afectar en mayor medida a las mujeres. Así, las asmáticas de entre 20 y 50 años acuden tres veces más a los servicios de urgencias que los hombres, y requieran un mayor número de ingresos. (Jano 2007)

La relación entre la edad y el grado de instrucción de los pacientes no tiene relevancia para este estudio. En la identificación de la autoridad en salud familiar, en nuestro estudio, fue la madre quien en un porcentaje elevado representa esta figura, seguida de la abuela; el control del tratamiento, la compra de las medicinas, las modificaciones del ambiente, las visitas al médico y el seguimiento del niño en la escuela son todas esferas de decisión materna, y a veces intervienen las abuelas, si conviven en el domicilio familiar. Cuando se dirige la mirada hacia el campo de la salud-enfermedad encontramos a las mujeres desarrollando tareas tanto de prevención



como de cuidado respecto de la salud familiar y en nuestro medio se mantiene esta tendencia lo que coincide con estudios realizados en países latinoamericanos en vías de desarrollo que comparten más o menos los mismos problemas relacionados con el bajo nivel socioeconómico (Mallol J-2004) (Rodríguez-1999).

Analizando el grado de instrucción de la autoridad en salud familiar en nuestro estudio la proporción de madres con primaria incompleta es igual a las madres con secundaria, completa observando que Pereyra lo reporta como un factor de riesgo debido a que el grado de instrucción está asociado al nivel de conocimiento que se pueda asimilar sobre la enfermedad, pues en madres con mejor nivel educativo, el conocimiento en relación a las medidas de prevención es bueno. Las madres con buen conocimiento sobre asma hicieron un manejo adecuado de la crisis asmática de sus hijos, mientras que los niños de madres con un nivel de conocimiento entre malo y regular, presentaron mayor número de ingresos al servicio de emergencia. (Pereyra H, 1999). Derivando de este análisis, coincide la actitud ante las crisis tomada por las madres, como autoridad en salud familiar, donde la mayoría de ellas se inclinó por consultar al médico ante la presencia de una crisis asmática, no descartando la conducta de automedicación, estos resultados también coinciden con los obtenidos por Varona, donde ante una crisis, el 47% acudió al policlínico y el 30% al cuerpo de guardia; dos de cada diez pacientes acudieron a su médico de familia. A pesar de esto el 84% se automedicó antes de recibir atención médica, pero sólo el 56% asistió antes de las 4 horas a una institución de salud. (Varona.2000)

En lo referente a la composición familiar predominó la familia extendida sobre la nuclear lo que coincide con Vázquez quien en su estudio “El paciente asmático y su dinámica familiar” sólo 15% de los asmáticos tienen familia nuclear, esta circunstancia invita a la reflexión porque el tratamiento adecuado de estos enfermos no sólo implica identificar dichos cambios, sino que debe aprenderse a manejarlos y



considerarlos dentro de los criterios para asegurar una mejor calidad de vida al enfermo y su familia. (Vazquez-2003)

Con respecto a la presencia de crisis anuales en relación a la conducta de la autoridad en salud, en el estudio prevalecieron los pacientes cuya autoridad en salud consultaban al médico y en ellos las crisis se presentaron sólo 1 a 3 veces al año, lo que coincide con lo obtenido por Pereyra donde las madres que acudían con sus hijos al médico al inicio de la crisis presentaban menos de 4 crisis al año. (Pereyra-1999)

En este estudio los pacientes presentaban un nivel bajo de cumplimiento de tratamiento y su asma se clasificaba como no controlada a pesar de que presentaban menos de 4 crisis anuales lo que coincide con el Estudio del Control del Asma en España (ESCASE), donde más del 70% de pacientes presenta un mal control de su patología; y entre las causas que provocan el mal control cabe citar el incorrecto cumplimiento del tratamiento por parte del paciente o los padres y por supuesto factores relacionados con la educación para que la persona asmática y su entorno familiar adquiriera una serie de conocimientos y habilidades que le permitan intervenir y cooperar en el tratamiento de su enfermedad como: a) Baja adherencia, o cumplimiento escaso del tratamiento, que puede afectar a más del 60 % de los pacientes con asma bronquial. Entre las causas de la baja adherencia se incluyen el fenómeno de la negación, y más frecuente en la adolescencia, aunque puede ocurrir a cualquier edad. La negación a menudo se asocia a una baja percepción de la disnea., Los enfermos, así como su familia, interpretan los síntomas, apoyados en creencias y opiniones que se basan en experiencias pasadas y en la información sociocultural. (Quintano, 2007)



CONCLUSIONES

- 1-. No hubo predominio de sexo en este estudio; la relación fue de 1:1.
- 2-. El grupo etario predominante fue el comprendido entre 3 y 16 años.
- 3-. La autoridad en salud familiar predominante fue la madre, seguida en segundo lugar de la abuela.
- 4-. El grado de instrucción de la autoridad en salud se distribuyó entre Primaria Incompleta y Secundaria completa.
- 5-. En lo referente a composición familiar, la familia extendida predominó sobre la familia nuclear.
- 6-. La autoridad en salud adoptaba como conducta ante las crisis asmáticas acudir con su familiar a la consulta médica.
- 7-. Los pacientes cuya autoridad en salud consultaba al médico presentaron sólo de 1 a 3 crisis al año, su nivel de cumplimiento de tratamiento es Bajo y el Asma se clasificaba como no controlada.



RECOMENDACIONES

1. Crear un club de padres de hijos asmáticos, donde se les brinde educación continua a toda la familia en conjunto con el niño asmático. Debe ser información básica, de forma sencilla, relacionado con la prevención de los factores desencadenantes, manifestaciones clínicas (periodicidad, severidad), tratamientos y sus reacciones adversas.

2. Promover la educación a través de medios audiovisuales y escritos, a todos los padres cuyos hijos padecen de asma.

3. Dictar charlas en los principales centros de atención de niños asmáticos como son ambulatorios y hospitales, con ayuda de todo el Equipo de Salud, tanto en las salas de emergencias, hospitalizaciones y consultas pediátricas y de Medicina Familiar, tomando en consideración que el nivel de asistencia donde se debe iniciar la educación es la atención primaria de salud, ya que es un entorno conocido y de confianza para la familia, de gran accesibilidad y cumple el criterio de asistencia integral al niño.

4-. En vista de que, a pesar de que la autoridad en salud familiar consultaba al médico ante las crisis de su paciente y la frecuencia de presentación de dichas crisis son de 1 a 3 anuales, pero el cumplimiento es bajo y el control del asma no se alcanza, se sugiere que en la educación del paciente asmático y su entorno familiar se le explique los dos tipos de tratamiento del asma: manejo de las crisis y etapa de mantenimiento, destacando la importancia de esta última y su efecto en la mejoraría de la calidad de vida del paciente



5. Dar a conocer los resultados del estudio a autoridades del ISP, a la Comunidad de la Campiña II (Consejo Comunal, Comité de Salud) para que conozcan su realidad y puedan crear estrategias tendientes a minimizar esta patología en su sector.

6. Con este trabajo se podría reorientar la labor de educación acerca de la enfermedad, con miras a lograr una mejora en el grado de cumplimiento terapéutico y a su vez conseguir que la frecuencia de las crisis disminuya, teniendo como resultado una mejor calidad de vida tanto para el paciente como para la familia.



BIBLIOGRAFIA

- Aguinaga I., Arnedo A., Bellido J., Guillén F., Morales M.: Prevalencia de síntomas relacionados con el asma en niños de 13-14 años de 9 poblaciones españolas. Estudio ISAAC. Med. Clin. (Barc) 1999; 112: 171-175. Disponible en: http://www.neumoped.org/neumoped/docs/IVCurso_EducadoresASMA2007.pdf. [Enero 2007]
- Aldasoro A, Díaz C, Cancio H. ASMA y Educación. Curso Para Educadores En Asma 3.^a Edición Donostia-San Sebastián, 23-25 de Febrero de 2006. Disponible en: http://www.neumoped.org/neumoped/files/0603.04_monografia_curso3asma [Agosto 2006].
- Bender, Bruce A, Boulet, et al. World Health Organization 2004. Adherence to long-term therapies. Evidence for action. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/nc-adherencia.pdf> [Julio 2006]
- Beneitez, W. Molina G, Camps M. Aspectos psicológicos del asma infantil. Rev Pediatr aten primaria. 2005; 7 supl 2: S137-149. Disponible en: <http://www.neumoped.org/neumoped/pdf> [Enero 2007]
- Carriles D, Giannoni M, Capriles B, Archivos Venezolanos De Puericultura y Pediatría Vol. 64 Suplemento 1, 2001. Disponible en: <http://www.dynabizvenezuela.com/images/dynabiz/ID3749/siteinfo/Incremento.pdf> [Octubre, 2006].



- . Díaz V. Educación y concordancia. Educación sanitaria al niño-adolescente con asma y su familia. Disponible en:
<http://www.respirar.org/concordancia/educacion.htm> [Septiembre-2006]

- . De la Cuesta D, Pérez E. Louro I. Funcionamiento Familiar. Construcción y validación de un instrumento. Trabajo para optar por el título de Máster en Psicología de la Salud. C. Habana. 1996. Disponible en:
<http://scielo.sld.cu/scielo.php?> [Agosto -2006]

- . Doherty W, Baird, M. Terapia Familiar y Medicina Familiar. Coordinación de publicaciones del Rectorado de la Universidad de Oriente convenio con The Guilford Press, New York, N.Y. Cumaná, Estado Sucre-Venezuela.

- . Finkelstein, C. El cumplimiento clínico: su prevalencia en pacientes asmáticos y score de medición. Revista Argentina de Medicina Respiratoria. 2004 N° 1: 30-37. Disponible en:
http://www.aamr.org.ar/cms/archivos/publicaciones/revista4_1/cumplimiento.pdf [Agosto 2006]

- . Fundación Laportes. Análisis de necesidades en salud y mujer en España. Julio 2002. Disponible en: <http://www.obsym.org/docsuser/INV001.pdf>. [Agosto-2006]

- . Estrategia Global Para el Manejo y la Prevención del Asma. NHLBI/WHO Workshop Report, 2006. Disponible en: <http://www.ginasthma.org/>. [Noviembre 2006].



- Jano Online 27/04/2007 © Ediciones Doyma S.L . Disponible en:
<http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/press.plantilla?ident=49018>. [Abril,2007]

- J. Jáuregui P. Asma y factores psicosociales. Alergol Inmunol Clin 2004; 19: 101-109 <http://revista.seaic.es/junio2004/101-109>.) [Agosto-2006]

- Jimémez C, Cuevas F. Guía acerca del asma para pacientes y familiares. Neumología y Cirugía De Tórax, Vol. 64(S3):S117-S139, 2005. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/neumo/nt-2005/nts053b.pdf> [Agosto-2006]

- Korta J ¿Cómo mejorar la adherencia al tratamiento?. En: Asma Y Educación. Curso para Educadores en Asma 3.^a Edición Donostia-San Sebastián, 23-25 de Febrero de 2006. Disponible en:
http://www.neumoped.org/neumoped/docs/0603.04_monografia_curso3asma_feb06sanseb.pdf [Septiembre- 2006]

- Lora E. A. (2005) Adherencia al tratamiento en el asma. En: Primer Curso Interactivo de Atención Integral al Niño y Adolescente con Asma. Módulo 9, capit.15. Disponible en: www.respirar.org. [Octubre-2006]

- López A. Actitudes para fomentar el cumplimiento terapéutico en el asma Arch Bronconeumol 2005; 41: 334 – 340. Disponible en:
<http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?i>
[Mayo-2006]



- Lourol, I. La familia en la determinación de la salud. Rev Cubana Salud pública. [online]. Ene-Mar.2003, vol.29, no.1 Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid. [Agosto-2006]
- Mallol J, El asma en niños de América Latina. Allergol Immunopathol (Madr). 2004 May-Jun;32(3):100-3. Disponible en: http://www.llave.connmed.com.ar/porta/noticias_vernoticia.php? [Noviembre 2006]
- Ortiz M. La Salud Familiar. Rev Cubana Med Gen Integr 1999;15(4):439-45. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v15n4/mgi17499.pdf>. [Agosto 2006]
- Pereyra, Heredia Conocimientos de la madre sobre asma y su relación con el manejo de la crisis asmática en preescolares y escolares, Instituto de Salud del Niño. Octubre - Diciembre 1999. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/> [Octubre,2006].
- Pérez M. Asma Infantil: Conocimientos y Creencias de Médicos tratantes y Evaluación de un Programa Educativo, 1999 (Trabajo de ascenso). Disponible en: <http://www.cenda.usb.ve/publicaciones/trabajosdeascenso.php?id=935.> [Septiembre 2006]
- Perdomo N. Asma: lo nuevo, lo viejo y medidas de prevención. “Asma: nuevos avances en prevención”. Gac Méd Caracas 2005;113(2):167-173. [Noviembre 2006] Disponible en: <http://www2.scielo.org.ve/scielo.php?>



- Quintano José. Nace una nueva herramienta, el Test de Control del Asma. Grupo de Trabajo de Enfermedades Respiratorias de la Sociedad Española de Atención Primaria. Disponible en:
http://www.buscasalud.com/boletin/noticias/2007_03_31_16_26_20.html
[abril-2007)

- Recabarren A, Cárdenas S. Factores de Riesgo de Asma Infantil en Niños que asisten al Programa de Control de Asma del Hospital III Yanahuara Essalud – Arequipa. *Enfermedades del Tórax* 2003; 46 (2): 118-125. Disponible en:
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bVrevistas/enfermedades_torax/v46_n2/
[Septiembre 2006]

- Red de Médicos Centinelas de Castilla y León. Informe nº 51. Programa 2002 semanas 1/2002 a 52/2002. Disponible en:
[www.sanidad.jcyl.es/sanidad/cm/profesionales/images?](http://www.sanidad.jcyl.es/sanidad/cm/profesionales/images/) [Diciembre, 2006]

- **Rodríguez C. (1999)** Estudio cualitativo sobre el manejo sociocultural y el uso de las medicinas en el niño asmático y su familia. *Universidad de La Laguna* (España). Disponible en:
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=890> [Noviembre-2006]

- Schatz M, et als.(2005). Prueba del Control de Asma (ACT). *JACI* 2006; 117:549-56. Disponible en:
http://www.llave.connmed.com.ar/porta/noticias_vernoticia.php? [Julio 2006]

- Varona P, Ojeda M, Murlá P, Bonet M, et al. (2000) Calidad de la atención primaria en el paciente asmático. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2000;14(1) [Noviembre, 2006]



- Vázquez F, Santos D, Martínez B, Caballero R, et al. El paciente asmático y su dinámica familiar. Revista Alergia México 2003;L(6):214-9. Disponible en: www.nietoeditores.com.mx/enviar.php?type=2&id=691 [Noviembre 2006]
- Zapata A, et al. Cumplimiento del tratamiento para el asma bronquial por los pacientes de un área de salud. Rev Cubana Med Gen Integr 1998; 14(6): 522-6. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revista/mgi/vol14_6_98/mgi02698.pdf [Agosto 2006]



ANEXOS



INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

ENCUESTA: Cumplimiento de tratamiento- Frecuencia de crisis y Autoridad en Salud Familiar.

- 1-. NOMBRE DE LA FAMILIA: _____
 - 2-. N° DE MIEMBROS DE LA FAMILIA: _____
 - 3-. COMPOSICION FAMILIAR: a) Nuclear _____ b) Extendida: _____
 - 4-. Número de crisis anuales: _____
 - 5-. FUMA: a) SI b) NO
 - 6-. EDAD PX: _____ SEXO: _____
 - 7-. GRADO DE INSTRUCCIÓN DEL PACIENTE: Prim.Incomp _____
Prim.Comp _____ Secund.Comp _____ Secund. Incomp. _____ Universitaria _____
 - 8-. Quien es la persona encargada de controlar las crisis: _____
 - 9-. Grado de instrucción: Prim.Incomp _____ Prim.Comp _____
Secund.Comp _____ Secund. Incomp. _____ Universitaria _____
 - 10-. Como las controla: a) Lo lleva al medico: _____ b) Lo automedica: _____
 - 11-. Si lo automedica: con que? _____
 - 12-. Observa mejoría con la automedicación: SI _____ NO: _____
 - 13-. Tiene un médico tratante para el asma: SI: _____ NO: _____
- Test de cumplimiento (Mosrinsky-Green)**
- 14-. Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos para el asma?
SI _____ NO _____
 - 15-. Toma los medicamentos a la hora indicada: SI _____ NO _____
 - 15-. Cuando se encuentra mejor, deja de tomar la medicación:
SI _____ NO _____
 - 17-. Si alguna vez le sientan mal los medicamentos, los deja de tomar?
SI _____ NO _____
 - 18-. Cumple el tratamiento asignado: SI: _____ NO: _____



19-. Porque no lo cumple:

- a) Despreocupación.
- b) no siente mejoría.
- c) Mejoría
- d) no tiene recursos para comprarlo.

Prueba del control del asma:

21-. En las últimas 4 semanas, con que frecuencia su asma le impidió realizar sus actividades habituales en el trabajo, la escuela o el hogar?:

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
1	2	3	4	5

22-. En las ultimas 4 semanas cuantas veces sintió que le faltaba el aire?

Mas de una vez al día	Una vez al día	De 3 a 6 veces a la semana	Una o 2 veces a la semana	Nunca
1	2	3	4	5

23-. En las últimas 4 semanas, ¿con que frecuencia los síntomas de asma: silbido, opresión o dolor en el pecho, falta de aire, tos, la despertaron en la noche o mas temprano que de costumbre en la mañana?

4 o mas noches A la semana	De 2 a 3 noches A la semana	Una vez a la semana	Una o 2 veces a la semana	Nunca
1	2	3	4	5

24-. En las últimas 4 semanas, con que frecuencia usó su inhalador de rescate o se hizo nebulizaciones?

3 o mas veces al día	1 o 2 Veces al día	2 o 3 veces a la semana	Una vez a la Semana o menos	Nunca
1	2	3	4	5



25-. Como calificaría el control de su asma en las ultimas 4 semanas?

Nada controlada	Mal controlada	Algo controlada	Bien controlada	Completamente controlada
1	2	3	4	5

VARIABLES GENERALES	INDICADORES
- Edad	años
Sexo:	Masculino / Femenino
-. Miembros de la familia(NM)	Número
COMPOSICIÓN FAMILIAR (CF)	a) Extendida b) Nuclear.
Edad 1era Crisis(E.1°C)	Años
-. Fuma	a) SI b) NO
Grado de instrucción del paciente (G.I.Px)	a) Primaria incompleta b) Primaria completa. c) Secundaria incompleta. d) Secundaria completa. e) Universitaria.
Autoridad en Salud Familiar: (A.F)	Madre, padre, tios, abuelas, primo, Vecino, paciente.
Grado de instrucción de la Autoridad en Salud Familiar: (G.I.AF)	a) Primaria incompleta b) Primaria completa. c) Secundaria incompleta. d) Secundaria completa. e) Universitaria.
Control de las crisis: (C.C.C.)	a) Lo lleva al médico b) Lo automedica.
Automedicación: (C.A.M)	Mencionarla.
Mejoría con la automedicación: (M.A)	a) SI b) NO
Presencia de médico tratante:(P.M.T	a) SI b) NO
Olvido de los medicamentos: (OTM)	a) SI b) NO
Toma los medicamentos a la hora indicada: (TMHI)	a) SI b) NO
Abandona tratamiento por mejoría: (AMxM)	a) SI b) NO
Abandona los medicamentos por sentarles mal (AMSM):	a) SI b) NO
Cumple el tratamiento asignado:	a) SI b) NO



(CTA)													
No cumple tratamiento por: (PnoCT)	a) Despreocupación. b) No siente mejoría. c) Mejoría. d) No tiene recursos para comprarlo												
Con que frecuencia el asma le impidió realizar actividades habituales (AIAC)	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ALTERNATIVA</th> <th>VALOR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Siempre</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Casi siempre</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Algunas veces</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Casi Nunca</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Nunca</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	ALTERNATIVA	VALOR	Siempre	1	Casi siempre	2	Algunas veces	3	Casi Nunca	4	Nunca	5
ALTERNATIVA	VALOR												
Siempre	1												
Casi siempre	2												
Algunas veces	3												
Casi Nunca	4												
Nunca	5												
Cuantas veces sintió que le faltaba el aire? (VQLFA)	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ALTERNATIVA</th> <th>VALOR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Más de una vez al día</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Una vez al día</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>3 a 6 veces a la semana</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>1 0 2 veces a la semana</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Nunca</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	ALTERNATIVA	VALOR	Más de una vez al día	1	Una vez al día	2	3 a 6 veces a la semana	3	1 0 2 veces a la semana	4	Nunca	5
ALTERNATIVA	VALOR												
Más de una vez al día	1												
Una vez al día	2												
3 a 6 veces a la semana	3												
1 0 2 veces a la semana	4												
Nunca	5												
Uso de los inhaladores o se hizo nebulizaciones: (U.Inh.)	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ALTERNATIVA</th> <th>VALOR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>3 o más veces a la semana</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>1 o 2 veces al día</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>2 o 3 veces a la semana</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Una vez a la semana o menos</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Nunca</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	ALTERNATIVA	VALOR	3 o más veces a la semana	1	1 o 2 veces al día	2	2 o 3 veces a la semana	3	Una vez a la semana o menos	4	Nunca	5
ALTERNATIVA	VALOR												
3 o más veces a la semana	1												
1 o 2 veces al día	2												
2 o 3 veces a la semana	3												
Una vez a la semana o menos	4												
Nunca	5												
Como Califica control del asma: (C.A)	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ALTERNATIVA</th> <th>VALOR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nada controlada</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Mal controlada</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Algo controlada</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Bien controlada</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Completamente controlada</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	ALTERNATIVA	VALOR	Nada controlada	1	Mal controlada	2	Algo controlada	3	Bien controlada	4	Completamente controlada	5
ALTERNATIVA	VALOR												
Nada controlada	1												
Mal controlada	2												
Algo controlada	3												
Bien controlada	4												
Completamente controlada	5												

Al final se suman los puntos de cada pregunta, por lógica mientras más puntos tenga el paciente mejor control de su enfermedad. Lo ideal es tener siempre 25 puntos (es decir 5 por cada pregunta). La interpretación de los puntos acumulados es:

Resultado 25 puntos: El paciente ha alcanzado un control total sobre su asma en las 4 semanas. No ha tenido síntomas ni limitaciones relacionadas con el asma.

Resultado: 20-24, cerca del objetivo