



REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERIA



**CUIDADOS DEL NIÑO (A) ASMÁTICO EN EL HOGAR ENFOCADO EN LA
TEORÍA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DE NOLA PENDER. AMBULATORIO
URBANO TIPO II ALFREDO MACHADO. CATIA LA MAR. EDO VARGAS.
SEGUNDO SEMESTRE AÑO 2011**

**(Trabajo especial de grado presentado como requisito parcial para
optar al título de licenciada en enfermería)**

TUTORA: Dra. EVELIA FIGUERA GUERRA

AUTORAS:

T.S.E FIGUEIRA, ANDREA C.I. 18.754.165

T.S.E GUTIERREZ, PAOLA C.I. 18. 930.923

T.S.E MEJIAS, MARIANGEL C.I. 18756752

CARACAS, ENERO DE 2012

**CUIDADOS DEL NIÑO (A) ASMÁTICO EN EL HOGAR ENFOCADO EN LA
TEORÍA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DE NOLA PENDER. AMBULATORIO
URBANO TIPO II ALFREDO MACHADO. CATIA LA MAR. EDO VARGAS.
SEGUNDO SEMESTRE AÑO 2011**

INDICE GENERAL

	Pág.
Lista de Cuadros.....	v
Lista de Gráficos.....	vii
Dedicatoria.....	ix
Agradecimientos.....	xii
Acta de Aprobación.....	xiii
Resumen.....	xiv
 Introducción.....	 1
 Capítulo I: El Problema	
1.1. Planteamiento del Problema.....	4
1.2. Objetivos de la Investigación.....	10
1.2.1. Objetivo General.....	10
1.2.2. Objetivos Específicos.....	10
1.3. Justificación.....	10
 Capítulo II: Marco Teórico	
2.1. Antecedentes de la Investigación.....	13
2.2. Bases Teóricas.....	19
Barreras Percibidas de la Acción.....	26
Beneficios Percibidos de la Acción.....	31
Autoeficacia Percibida.....	33
Afecto relacionado.....	35
2.3. Sistema de Variable.....	40
2.4. Operacionalización de Variable.....	41
2.5. Definición de Términos.....	42
 Capítulo III: Marco Metodológico	
3.1. Diseño de Investigación.....	43
3.2. Tipo de Estudio.....	44
3.3. Población.....	45
3.4. Muestra.....	46
3.5. Métodos e Instrumento de Recolección de Datos.....	47
3.6. Validez.....	47
3.7. Confiabilidad.....	49
3.8. Procedimiento para la Recolección de la Información.....	52
3.9. Técnicas de Análisis de los Datos.....	52
 Capítulo IV: Presentación y Análisis de los Resultados	
4.1. Resultados de la Investigación.....	53

Capítulo V: Conclusiones Y Recomendaciones	
5.1. Conclusiones.....	78
5.2. Recomendaciones.....	79
Referencias Bibliográficas.....	80
Anexos	
A. Instrumento aplicado.....	84
B. Certificado de Validez del instrumento.....	90
C. Confiabilidad.....	93

LISTA DE CUADROS

Cuadro	Pág.
1 Datos Demográficos Relacionados con la Edad del elemento Muestral. Cuidados del Niño (a) Asmático que le ofrecen los Padres en el Hogar. Ambulatorio Urbano Tipo II Alfredo Machado. Catia la Mar, Edo Vargas. Segundo Semestre año 2011.....	54
2 Datos Demográficos Relacionados con la Edad de los Hijos. Cuidados del Niño (a) Asmático que le ofrecen los Padres en el Hogar. Ambulatorio Urbano Tipo II Alfredo Machado. Catia la Mar, Edo Vargas. Segundo Semestre año 2011.....	56
3 Datos Demográficos Relacionados con el Grado de Instrucción del elemento Muestral. Cuidados del Niño (a) Asmático que le ofrecen los Padres en el Hogar. Ambulatorio Urbano Tipo II Alfredo Machado. Catia la Mar, Edo Vargas. Segundo Semestre año 2011.....	58
4 Datos Demográficos Relacionados con el Estado Civil del elemento Muestral. Cuidados del Niño (a) Asmático que le ofrecen los Padres en el Hogar. Ambulatorio Urbano Tipo II Alfredo Machado. Catia la Mar, Edo Vargas. Segundo Semestre año 2011.....	60
5 Distribución de los Resultados correspondientes a las Barreras Percibidas de la Acción. Cuidados del Niño (a) Asmático que le ofrecen los Padres en el Hogar. Ambulatorio Urbano Tipo II Alfredo Machado. Catia la Mar, Edo Vargas. Segundo Semestre año 2011.....	62
6 Distribución de los resultados correspondientes a los Beneficios Percibidos de la Acción. Cuidados del Niño (a) Asmático que le ofrecen los Padres en el Hogar. Ambulatorio Urbano Tipo II Alfredo Machado. Catia la Mar, Edo Vargas. Segundo Semestre año 2011.....	66
7 Distribución de los Resultados correspondientes a la Autoeficacia Percibida que los Padres Aplican en el Cuidado del Niño (a) Asmático en el Hogar. Ambulatorio Urbano Tipo II Alfredo Machado. Catia la Mar, Edo Vargas. Segundo Semestre año 2011.....	69

- 8 Distribución de los Resultados correspondientes al Afecto relacionado que los Padres muestran en el Cuidado del Niño (a) Asmático en el Hogar. Ambulatorio Urbano Tipo II Alfredo Machado. Catia la Mar, Edo Vargas. Segundo Semestre año 2011..... 72
- 9 Distribución de los Resultados correspondientes a la Variable: Cuidados del Niño (a) Asmático enfocado en la Teoría de Promoción de la Salud de Nola Pender proporcionado por los Padres en el Hogar, en su Dimensión: Conducta Promotora de Salud. Ambulatorio Urbano Tipo II Alfredo Machado. Catia la Mar, Edo Vargas. Segundo Semestre año 2011..... 75

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico N°	Pág.
1 Datos Demográficos Relacionados con la Edad del elemento Muestral. Cuidados del Niño Asmático (a) que le ofrecen los Padres en el Hogar. Ambulatorio Urbano Tipo II Alfredo Machado. Catia la Mar, Edo Vargas. Segundo Semestre año 2011.....	55
2 Datos Demográficos Relacionados con la Edad de los Hijos. Cuidados del Niño (a) Asmático que le ofrecen los Padres en el Hogar. Ambulatorio Urbano Tipo II Alfredo Machado. Catia la Mar, Edo Vargas. Segundo Semestre año 2011.....	57
3 Datos Demográficos Relacionados con el Grado de Instrucción del elemento Muestral. Cuidados del Niño (a) Asmático que le ofrecen los Padres en el Hogar. Ambulatorio Urbano Tipo II Alfredo Machado. Catia la Mar, Edo Vargas. Segundo Semestre año 2011.....	59
4 Datos Demográficos Relacionados con el Estado Civil del elemento Muestral. Cuidados del Niño (a) Asmático que le ofrecen los Padres en el Hogar. Ambulatorio Urbano Tipo II Alfredo Machado. Catia la Mar, Edo Vargas. Segundo Semestre año 2011.....	61
5 Distribución de los Resultados correspondientes a las Barreras Percibidas de la Acción. Cuidados del Niño (a) Asmático que le ofrecen los Padres en el Hogar. Ambulatorio Urbano Tipo II Alfredo Machado. Catia la Mar, Edo Vargas. Segundo Semestre año 2011.....	65
6 Distribución de los resultados correspondientes a los Beneficios Percibidos de la Acción. Cuidados del Niño (a) Asmático que le ofrecen los Padres en el Hogar. Ambulatorio Urbano Tipo II Alfredo Machado. Catia la Mar, Edo Vargas. Segundo Semestre año 2011.....	68
7 Distribución de los Resultados correspondientes a la Autoeficacia Percibida que los Padres Aplican en el Cuidado del Niño (a) Asmático en el Hogar. Ambulatorio Urbano Tipo II Alfredo Machado. Catia la Mar, Edo Vargas. Segundo Semestre año 2011.....	71

- 8 Distribución de los Resultados correspondientes al Afecto relacionado que los Padres muestran en el Cuidado del Niño (a) Asmático en el Hogar. Ambulatorio Urbano Tipo II Alfredo Machado. Catia la Mar, Edo Vargas. Segundo Semestre año 2011..... 74
- 9 Distribución de los Resultados correspondientes a la Variable: Cuidados del Niño (a) Asmático enfocado en la Teoría de Promoción de la Salud de Nola Pender proporcionado por los Padres en el Hogar, en su Dimensión: Conducta Promotora de Salud. Ambulatorio Urbano Tipo II Alfredo Machado. Catia la Mar, Edo Vargas. Segundo Semestre año 2011..... 77

DEDICATORIA

En primer lugar quiero dedicárselo a dios que me ha dado la vida y fortaleza para terminar este trabajo, porque siempre estuvo ahí para ayudarme a salir adelante.

A mis padres y hermanas, pero en especial a mi madre , un gran ejemplo en mi vida, luchadora, emprendedora, que con sus valores y enseñanzas ha forjado y creado en mí la persona que hoy en día soy, por el apoyo incondicional que siempre me ha brindado; mi gran ejemplo a seguir, te amo ; mis abuelos, muchísimas gracias, ellos son mi orgullo y mi mayor motivación, a mi abuelo Abel que ahora desde el cielo es mi Ángel guardián;

A mi novio Jesús Abadía (Fael) gracias por este apoyo que me has dado, me llenas de alegría; sabes cómo hacer salir una sonrisa de mi rostro, gracias por estar presente en esta etapa tan importante para mí, Te Amo.

A mis compañera de tesis y amigas, a pesar de todos los retos y momentos difíciles, fuimos un buen equipo y estoy muy orgullosa de ustedes, ahora a seguir adelante logrando pasar todos aquellos retos que aún nos quedan por alcanzar mis mejores deseos para ustedes...A mis amigas y amigos del liceo, Rafa, Frank, Ángela, Francys, Jamie y sin olvidar a una familia que me ha brindado su apoyo y cariño desde hace muchos años, mis amigos! Sandra, Lore, José, Cristy, María, Dani, Jesy, Dianita, Dalva, Ely, Rita gracias por hacerme sentir parte de ustedes, siempre estarán presente en mi y en mis más bonitos recuerdos. Los quiero. A mis dos ahijados que dios siempre los bendiga y los encamine por el camino del bien, a mí, gran amiga Nataly te quiero, gracias por siempre estar ahí.

Para todos ustedes este gran logro, Muchas gracias!

Andrea Figueira

DEDICATORIA

Este Trabajo Especial de Grado quiero dedicarlo en primer lugar a Dios por haberme dado la vida y vivir lo que ahora estoy viviendo, por darme cada día la dicha de despertar ante una nueva oportunidad para luchar y haberme brindado una familia tan maravillosa que con su apoyo hizo este sueño realidad.

A mis padres, como pilares fundamentales, por sus esfuerzos, trabajo, dedicación y constancia, a todos esos valores que me permitieron culminar esta meta, una de tantas que se que siempre estarán conmigo, los amo! A mi hermanita Mariana, estoy muy orgullosa de ti por ser como eres, como hermana, mujer, estudiante y profesional, a mi hermosa Mitsy! les dedico este logro! Los Amo!

A mis abuelos, Alicia Sosa, María Cedeño y Pedro Maldonado, ellas mi ejemplo de lucha y perseverancia y de que siempre habrá una razón para sonreír, y él quien desde los Cielos es mi Guía, mi protector que a diario me bendice para hacerme sentir que nunca estoy sola.

A la familia Pastorelli Manzano, especialmente a Angelo Pastorelli, por tu amor y apoyo constante para poder lograr esta meta, Te Amo.

A mis compañeras de tesis, estoy orgullosa de ustedes y del equipo que formamos! Muchas gracias seguirán los logros!

A todos... Gracias por ser parte de él...

Paola Gutiérrez

DEDICATORIA

Dedico esta valiosa investigación a todas los padres de niños asmático, que con su colaboración y participación permitieron la realización de este trabajo; a los que indirectamente, participaron a través de su experiencia de vida y todos los millones que han acogido con amor y responsabilidad a un niño o niña asmático en el seno de su hogar.

A los que han fallecido injustificadamente a causa de esta enfermedad, ya que ellos me han impulsado a buscar alternativas y soluciones a este problema social y a los que día a día perseveran en el tratamiento porque me enseñan a creer y valorar la prevención como medida única y definitiva.

Al personal de enfermería, quienes en sus múltiples funciones asumen el cuidado de estos niños en forma individualizada y con criterio científico y ético, ejerciendo las funciones docentes y asistenciales en la prevención primaria y secundaria del asma. A ellas que se convierten en orientadoras y en ocasiones confidentes de los padres preocupados por la salud de sus hijos.

A mis padres que supieron sobrellevar el cuidado de una niña asmático con responsabilidad y amor; a mi prometido, cuyo acompañamiento fue vital para la realización de este gran proyecto.

Y finalmente, a mis compañeras y amigas Andrea Figueira y Paola Gutiérrez, quienes me dieron muchos de momentos de alegría y supimos compartir también el llanto, sin ustedes hubiese sido difícil salir adelante.

Mariangel Mejías.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar queremos agradecer a Dios por brindarnos la paciencia y sabiduría para la realización de este trabajo de grado y a nuestros padres presentes en cada momento de esta etapa, gracias por su apoyo, sin ustedes jamás este logro sería hoy realidad.

A nuestra Tutora Dra. Evelia Figuera muchas gracias por brindarnos sus conocimientos, su tiempo y consejos para nuestra tesis, nuestros mejores deseos para usted y esperamos se sienta orgullosa de este trabajo pues la consideramos parte de él.

Agradecemos de forma especial al personal administrativo y asistencia del ambulatorio tipo 2 Alfredo Machado, quienes con cordialidad y confianza nos abrieron las puertas del centro hospitalario, convirtiéndose en fieles colaboradores de este proyecto, haciendo posible la conexión entre universidad y comunidad, no tiene sentido formarse académicamente si no se realiza con ello un bien social.

A los padres de los niños asmáticos, cuya experiencia dio vida a esta investigación, agradecerles por el tiempo invertido y por ayudar a sus hijos a superar las dificultades que puede generar la enfermedad.

Finalmente, a nuestros profesores, por enseñarnos a construir criterios científicos y éticos en el desarrollo de nuestra profesión, por transmitir su sabiduría y ejemplo que nos contagia del más maravilloso deseo de seguir aprendiendo, para lograr un mejor porvenir para la enfermería.

Las Autoras.



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN



ACTA
TRABAJO ESPECIAL DE GRADO

En atención a lo dispuesto en los reglamentos de la Escuela de Enfermería, Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela, quienes suscriben Profesores designados como Jurados del Trabajo Especial de Grado, titulado:

Cuidados del niño asmático en el Hogar enfocado en la teoría de nota Pender Promoción de la Salud.

Presentado por las (os) Técnicos Superiores:

Apellidos y Nombres:	<u>Figueira, Andrea</u>	C.I. N°	<u>18.754.165</u>
Apellidos y Nombres:	<u>Rufienez, Paola</u>	C.I. N°	<u>18.930.923</u>
Apellidos y Nombres:	<u>Mefias, Mariangel</u>	C.I. N°	<u>18.756.752</u>

Como requisito parcial para optar al Título de: Licenciado (a) en Enfermería.

Deciden: Su aprobación con Mención Publicación.

En Caracas, a los 25 días del mes de Enero de 2012

Jurados,

Prof. (a) Carmen D. Rivas

C. I. N° 772102

Prof. (a) Suzana Ornelas

C. I. N° 9481905

Prof. (a) Emilia Figueira Guerra

C. I. N° 2.741.819





UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA



CUIDADOS DEL NIÑO ASMÁTICO EN EL HOGAR ENFOCADO EN LA TEORÍA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DE NOLA PENDER. AMBULATORIO URBANO TIPO II ALFREDO MACHADO. CATIA LA MAR. EDO VARGAS. SEGUNDO SEMESTRE AÑO 2011

Autores:

T.S.E. Figueira, Andrea

T.S.E. Gutiérrez, Paola

T.S.E. Mejías, Mariangel

Tutora:

Dra. Figueroa Guerra, Evelia

RESUMEN

El propósito del presente estudio estuvo orientado a determinar los cuidados del niño asmático enfocados en el modelo de promoción de la salud de Nola Pender y proporcionado por los padres en su dimensión conductas promotoras de salud. Metodológicamente es una investigación con diseño no experimental, de campo, tipo de estudio retrospectivo-transversal-descriptivo, cuya población la conformaron 50 padres de niños con diagnóstico de asma y edades de 5 a 10 años, los mismos conforman el 100% de la muestra. Para recolectar los datos se elaboró un cuestionario contentivo de 44 ítems en escala dicotómica SI-NO, cuya confiabilidad obtuvo un valor de 0.97, según el índice KR 20. Los datos analizados en función de los indicadores seleccionados del modelo de Nola Pender son de interés fundamental para el estudio; en cuanto a las barreras percibidas de la acción, un alto porcentaje de los padres 73,6% no promueve buenos hábitos alimenticios en los niños asmáticos, 67,6% no facilita las condiciones ambientales seguras para evitar las crisis asmáticas en sus hijos y el 47,6% tiene dificultad para cumplir el tratamiento indicado en el hogar. Sobre los beneficios percibidos de la acción, se evidenció que un 52,4% no evalúan los signos y síntomas iniciales de una crisis asmática desencadenada por actividades físicas y un 35,2% no incluye actividades recreativas en la rutina diaria de su hijo como terapia para disminuir la intolerancia a la actividad. En cuanto a la autoeficacia percibida, un 53,2% de los encuestados sobre el subindicador de capacidades cognitivas refirieron no identificar ni responder de forma inmediata ante una crisis asmática, un 58,4% no poseen un plan de ejecución de acciones en cuanto a los cuidados que debe tener con su hijo (a) asmático. Finalmente para el indicador afecto relacionado el 22,7% no desarrolla acciones de acogida, el 8,7% no se muestran solidarios con sus hijos (as) al momento de presentar una crisis asmática, y un 73,3% refieren sentir ansiedad durante los episodios de crisis en su hijo.

Palabras claves: cuidados del niño asmático, cuidados del niño asmático en el hogar, conductas promotoras de salud.

INTRODUCCIÓN

Desde los primeros tiempos se reconoce a la enfermera o enfermero como la persona que "proporcionaba ayuda" al enfermo, en las diversas etapas de su vida. Al pasar de los años la profesión de enfermería ha evolucionado a pasos agigantados, siempre manteniendo como función esencial el cuidado humano, ejercido con verdadero profesionalismo, un código ético, dominio de técnicas y con responsabilidad social, convirtiéndose, en agentes de cambio en cada ambiente en donde se desenvuelven.

Además el enfermero (a) busca identificar las necesidades interferidas de la persona y ejecutar acciones, para así aumentar su calidad de vida, lo cual constituye el día a día de esta noble profesión, comprometida con la mejora del estado de salud de las personas que conforman la sociedad.

El asma es uno de los problemas crónicos de salud de mayor prevalencia en la sociedad, innumerables estudios realizados en diferentes partes de mundo así lo demuestran, manteniéndose dentro de las enfermedades que generan mayor número de visitas e ingresos hospitalarios, sumado a esto, puede presentarse desde los primeros años de vida y su expresión clínica y grado de severidad son muy variables en cada paciente.

Es por tanto una enfermedad con un importante impacto en la población, sobre todo la infantil, generando repercusiones en el estilo y

calidad de vida de los niños (as) y sus familias. De esta forma, el cuidado de los padres en el hogar es pieza clave de la mejoría de los síntomas de la enfermedad y una vez que aprenden a identificar los factores desencadenantes, evitar la exposición de niño o niña a ellos y ejecutar acciones de cuidado preventivo, las crisis disminuyen tanto en número como en intensidad.

El modelo de promoción de la salud de Nola Pender plantea 4 conceptos básicos a partir de los cuales se crean conductas promotoras de salud dirigidas a obtener resultados altamente positivos, como el bienestar óptimo, la realización personal y la vida productiva. Por lo tanto el propósito de la investigación fue determinar los cuidados del niño (a) asmático en el hogar enfocado en la teoría de promoción de la salud de Nola Pender proporcionado por los padres, en su dimensión: conducta promotora de salud.

Metodológicamente, es una investigación con diseño no experimental, de campo; tipo de estudio retrospectivo, transversal, descriptivo, con una población de 45 padres que se ubicaban en la emergencia pediátrica del ambulatorio, utilizando el total como muestra y se aplicó un cuestionario constituido por 44 ítems, con respuestas dicotómicas (SI/NO)

En líneas generales los resultados arrojaron que los padres, no promueven conductas de salud favorables, en el cuidado del niño (a) asmático en el hogar, dirigidos a la prevención de crisis asmática lo que repercute tanto en la calidad de vida del niño (a) asmático, como en la de su cuidador.

El indicador que es mas aplicado dentro de las conductas promotoras de la salud es el de afecto relacionado, con un 80,6% de respuestas positivas, mientras que el indicador barreras percibidas de la acción fue identificado como el que requiere una mayor inclusión de medidas promotoras de salud ya que obtuvo un 62,9% de respuestas positivas a conductas que no promueven la salud en su hijo (a) asmático

La investigación realizada se presenta en cinco capítulos:

El Capítulo I: El Problema, se describe: Planteamiento del Problema, Objetivo General, Objetivos Específicos y la Justificación.

El Capítulo II: Marco Teórico, se muestran los Antecedentes de la Investigación, las Bases Teóricas, el Sistema de Variables y su Operacionalización, además de la Definición de Términos Básicos.

El Capítulo III: Diseño Metodológico, se hace referencia al Diseño de la Investigación, Tipo de Estudio, Población y Muestra, Métodos e Instrumentos para la Recolección de los Datos, Confiabilidad, Procedimientos para la Recolección de la Información, además de las Técnicas de Análisis.

El Capítulo IV: Resultados de la Investigación, contiene la Presentación, Análisis e Interpretación de los Resultados.

Capítulo V: Conclusiones y Recomendaciones.

Finalmente, se presentan las Referencias Bibliográficas y Anexos respectivos.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del Problema.

El significado de la palabra asma se remonta a la Antigua Grecia, Homero fue el primero que utilizó el término en su obra "La Ilíada"; Hipócrates, en el siglo IV antes de Cristo, utilizó la palabra asma en un sentido médico y en años posteriores, Maimónides, el médico teólogo judío nacido en Córdoba en 1135, dio otro gran paso con su "Tratado de Asma" en el que narraba que los síntomas de esta enfermedad con frecuencia comenzaban con un resfriado, afirmando que el paciente debía evitar los entornos contaminados.

A pesar de los años transcurridos, todavía en el siglo XXI los conocimientos científicos sobre el asma no han sido esclarecidos e incluso, algunos expertos empiezan a proponer que se abandone el concepto de enfermedad y se empiece a pensar en el asma como un síntoma de diferentes patologías. Según la Global Initiative for Asthma (GINA), (2007) el asma es:

La inflamación crónica de los bronquios en la que desempeñan un papel destacado algunas células y mediadores (linfocitos Th2, eosinófilos, mastocitos). Este proceso se asocia a una hiperrespuesta de los bronquios que produce episodios de sibilancias, disnea, opresión torácica y tos, particularmente por la noche o de madrugada. (P. 133)

En un sentido más amplio, Menenghello, J, Fanta, E; Grau, A y Blancom, O. (2001) definen el asma como:

Una enfermedad inflamatoria crónica de las vías aéreas, que se presenta en sujeto genéticamente predispuestos, en la que los eosinófilos, mastocitos y linfocitos T(LT) desempeñan un papel importante para provocar episodios recurrentes de tos y sibilancias, que a menudo se asocian con una hiperreactividad bronquial y limitación del flujo aéreo, reversible de manera parcial o total ya sea mediante intervención terapéutica o en forma espontánea. (P.617)

En ambas definiciones se hace notar la existencia de dos factores comunes, primero la predisposición genética del individuo y segundo la influencia del entorno o medio ambiente en la aparición de los síntomas. Los episodios en los niños menores de 10 años, se asocian generalmente con un mayor o menor grado de obstrucción al flujo aéreo a menudo reversible de forma espontánea o con tratamiento, también pueden ser reversibles con la ayuda de los padres del menor en crisis asmática.

Cifras de la Organización Mundial de la Salud (2007) muestran que el asma se presenta en todos los países independientemente de su grado de desarrollo, más del 80% de las muertes por asma tienen lugar en países de ingresos bajos y medios, ``estiman que alrededor de 150 millones de personas en el mundo sufren de Asma, lo que ocasiona un enorme costo en salud y es una de las causas principales de hospitalización por enfermedad crónica en niños y adultos´´. (P.06)

En este contexto, por los altos niveles de morbilidad y mortalidad que produce el asma es considerado un problema sanitario a nivel mundial, generando discapacidad en pacientes mal tratados, años de vida potenciales

perdidos y altos costos sociales para el paciente, familiares y sociedad, hacen necesaria la acción, mas aun cuando las crisis se hacen recurrentes.

Venezuela no escapa de esta realidad mundial, en el año 2005 la Gaceta Medica de Caracas, reporto que ocho millones de venezolanos padecen de alergia y el 25% sufre de Asma, ubicándose a esta como la quinta causa de consulta médica en Venezuela. De acuerdo a los datos aportados por Landaeta, A (2005), encontró que "el asma es una enfermedad que no discrimina por estrato social, sin embargo, los porcentajes de morbilidad para este caso, experimentaron un incremento al descender de estrato y en consecuencia, los niños más pobres resultaron con una prevalencia más alta en todas las edades." (P.113)

En cuanto a su tratamiento, Gonzales, E (2006), establece que:

A nivel internacional se basa en medidas no farmacológicas, que consisten en controlar los factores desencadenantes y en la educación del niño y de su entorno respecto a la enfermedad, y en medidas farmacológicas, dirigidas a lograr un control completo de todas las manifestaciones del asma.(P.39)

De la combinación de estos dos depende la eficacia del tratamiento, el cual tiene por objetivo, independientemente de la etiología, optimizar la calidad de vida, minimizar síntomas crónicos y efectos adversos a medicamentos; disminuir la frecuencia y gravedad de las crisis así como las hospitalizaciones y visitas al servicio de urgencias.

De igual forma (op. Cit.) Indica que:

El objetivo inmediato en el manejo del niño asmático es, de entrada, estabilizar el asma. Para ello se dispone de fármacos β 2-agonistas adrenérgicos inhalados, en monoterapia si se trata de una agudización leve y asociados a esteroides orales (prednisona oral, 1 mg/24 h, 5-7 días) en el caso de agudizaciones moderadas o grave. (P 40.)

Por lo tanto, los padres en el hogar deben cumplir el tratamiento indicado por el médico tratante, en conjunto con las acciones planificadas con el personal de enfermería, a fin de evitar una nueva crisis asmática y dar apoyo emocional a su hijo (a). La aplicación de estas medidas implica el incremento de las actividades saludables y la disminución de las que representan un riesgo para la salud del niño (a) asmático.

Las acciones de promoción de salud, unidas a medidas específicas de prevención, atención médica y rehabilitación, pueden lograr un buen impacto en la reducción de la morbilidad del asma y sus complicaciones, así como en la mortalidad.

Sobre la morbilidad y mortalidad a causa del asma se ha venido trabajando de forma general en el país, pero las investigaciones a nivel local son escasas, no existiendo en el estado Vargas un estudio donde se caracterice esta enfermedad en niños (as) de cinco a diez años, diagnosticados como asmáticos, controlados y no controlados.

La oficina de epidemiología del ambulatorio urbano tipo II “Dr. Alfredo Machado” ubicado en la parroquia Catia la Mar del estado Vargas, cuya cobertura es de 95.887 habitantes, para el año 2010, reporto cifras estadísticas que ubican al asma bronquial en menores de 10 años en el 5to lugar de las 25 primeras causas de morbilidad en el estado. Durante el periodo de enero-octubre del año 2010 se ubica entre el 2do y el 4to lugar de consulta en la emergencia pediátrica, con un total de 5461 casos atendidos, que una vez tratados son egresados a sus hogares con tratamiento específico para la dolencia.

En el ambulatorio anteriormente mencionado, la coordinadora del personal de enfermería refiere que el personal desarrolla funciones asistenciales tales como valoración del paciente, elaboración de diagnósticos de enfermería, establecimiento de un plan de cuidados incluyendo el adiestramiento de los padres en la administración de tratamiento farmacológico y no farmacológico, que conlleva a la explicación de las conductas promotoras de salud en el niño (a) asmático, con especial énfasis en la administración del tratamiento farmacológico a la hora indicada, la adecuada protección respiratoria con ropa adecuada al clima, alimentación libre de colorantes o conservantes químicos para protegerlos de una crisis alérgica, vigilancia de las actividades físicas tanto en la escuela como en el hogar como correr, saltar, brincar.

Sin embargo, se observa con gran preocupación que en la mayoría de los casos, ocurre un reingreso del niño (a) a la emergencia en un promedio de tres días, sin mejoras en el estado de salud. Posterior a entrevista realizada durante el periodo de observación, los padres señalaron que muchas veces no saben qué hacer en relación con la enfermedad, que se sienten solos, frustrados, depresivos y sin ayuda de ningún tipo.

De igual forma expresaron tener poca información en relación a las medicinas, su administración y efectos secundarios. Manifestaron que la atención al niño (a) asmático exige enseñar a los padres sobre el manejo diario del asma y no centrarse solo en los episodios de crisis.

Los datos suministrados por los padres son relevantes ya que enfatiza los impedimentos que ellos consideren importantes; por lo tanto se evidencia la necesidad de implementar medidas de promoción de la salud, como primer objetivo del cuidado del niño (a) asmático.

Por lo expuesto surgen las siguientes interrogantes:

¿Los padres cumplen en el hogar el tratamiento indicado al niño (a) asmático?

¿Los padres fomentan en el hogar medidas de cuidado de las condiciones ambientales en el niño (a) asmático?

¿Los padres cumplen con las medidas preventivas del asma?

¿Los padres dan apoyo afectivo en el hogar al niño (a) asmático?

¿Los padres identifican los signos y síntomas previos a una crisis asmática?

¿Los padres fomentan hábitos alimenticios adaptados a las necesidades del niño (a) asmático?

Para dar respuestas a dichas interrogantes las autoras formulan el siguiente problema de investigación

¿Cuáles son los cuidados del niño (a) asmático que le ofrecen los padres en el hogar, al egresar del ambulatorio urbano tipo II "Alfredo Machado" de Catia La Mar, Edo Vargas, durante el segundo semestre del año 2011?

1.2 Objetivos del estudio

Objetivo General

Determinar los cuidados del niño (a) asmático enfocado en la Teoría de promoción de la salud de Nola Pender proporcionado por los padres en el hogar, en su dimensión: conducta promotora de salud.

Objetivos específicos

Identificar las barreras percibidas de la acción que los padres aplican en el cuidado del niño (a) asmático en el hogar.

Identificar los beneficios percibidos de la acción que los padres aplican en el cuidado del niño (a) asmático en el hogar

Identificar la autoeficacia percibida que los padres aplican en el cuidado del niño (a) asmático en el hogar.

Identificar el afecto relacionado que los padres muestran en el cuidado del niño (a) asmático en el hogar.

1.3 Justificación

La siguiente investigación utilizara como referencia el modelo teórico de Promoción de la salud de Nola Pender, ya que, permitirá identificar las

necesidades, abordaje, respuestas y acciones que desempeñan los padres en el cuidado de sus hijos (as) asmáticos, reconociéndose así, la importancia de la mencionada teoría ante la situación actual en distintos campos de la salud en el país. Demostrándose así la validez, permitiendo la actualización de conocimientos lo que genera mejoras y avances en el campo de la salud.

Además, la inclusión de modelos de enfermería en investigaciones, permitirá desarrollar el interés por parte de estudiantes y profesionales de enfermería a proseguir con investigaciones científicas basadas en teorías aplicadas en la actualidad, debido a que son los pilares fundamentales de la profesión y a partir de ello dar paso al origen de nuevos conocimientos para el desarrollo de nuevas políticas de salud y el enriquecimiento como profesión científica.

Sus resultados podrán ser utilizados y ampliados por otras investigaciones constituyendo un aporte a los profesionales de enfermería por próximas generaciones debido a que es un tema dinámico y de actualidad que involucra la aplicación de una teoría de enfermería en el cuidado específico de una patología, que puede ser, igualmente aplicable a otras ramas o procesos de la salud.

La investigación explica de forma clara y precisa su justificación metodológica mediante la aplicación de un instrumento (cuestionario) el cual arrojará resultados significativos y así crear un precedente que contribuya a fomentar en otros, ideas similares a crear este tipo de investigaciones, mejorando así su preparación en el área de promoción de la salud, estimulando al crecimiento del pensamiento creativo y afianzando esta labor de enfermeros y enfermeras que podrán proponerse alternativas para la

modificación de criterios, aprendizaje y evaluación constante, lo que redundara en mayor satisfacción profesional, personal y siendo el paciente el más beneficiado.

Tiene una aplicación práctica concreta, en un lapso de tiempo estimado y dirigida a una población accesible, pudiendo demostrar los resultados en cifras numéricas que permitirán tener una visión más exacta de la realidad del ambulatorio rural tipo II “Alfredo Machado”.

Sirve de base para la construcción de éste y nuevos proyectos investigativos que contribuyan a solucionar la problemática estatal, nacional y mundial del tratamiento del asma en niños desde un enfoque preventivo, disminuyendo los factores de riesgo, evitando así las crisis y recaídas en la enfermedad, lo cual genera una importante disminución en las visitas a los servicios de urgencias, las hospitalizaciones y los altos costos, tanto directos como indirectos, aunado a esto, disminuye la deserción escolar e impedimentos para la realización de actividades recreativas por parte del niño. Sin duda alguna a través de la adopción de una conducta preventiva, el paciente y su familia, logrará un mejor manejo y control de su salud.

Investigación también es sinónimo de innovación, a través de la realización de este estudio se indaga las entrañas del modelo de promoción de la salud de Nola Pender para suscitar en los padres el deseo de cuidar, es así como un modelo teórico favorece la unión, la comunicación, el afecto y las potencialidades que existe en cada familia venezolana.

CAPÍTULO II

MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes.

Internacionales:

Dos Santos. A, Dos Santos. I. (2010) en su estudio realizado en Brasil “promoción del autocuidado en personas mayores para envejecer saludable: aplicación de la teoría de Nola Pender” tuvo como objetivo, analizar la construcción de acciones de autocuidado de ancianos relacionándolas a las concepciones de la Teoría de Nola Pender.

Metodológicamente fue una investigación descriptiva, cualitativa, sociopoético cuya población correspondió a 11 personas de la Universidad Abierta de la tercera edad (*Unati*) de Rio de Janeiro-Brasil. Para recolectar la información los usuarios fueron citados a las distintas oficinas en su totalidad nueve las seleccionadas para el estudio, la técnica de recolecta de datos fue aprobada por el comité de ética esta recolecta de datos fue desde octubre hasta diciembre del 2008, utilizando dos técnicas artísticas y de sensibilidad: 1) dinámica del cuerpo como territorio mínimo, 2) vivencias de lugares geomíticos.

Los datos obtenidos mediante prácticas artísticas fueron sometidos a la categorización sociopoética. Resultados: se observó que el cuidar de sí mismo es un recurso para atender a las necesidades propias. Una tarea difícil, principalmente en la vejez, que comprende un cambio constante para la conquista del equilibrio. Se concluyó que el modelo de Pender es una propuesta para integrar la enfermería a la ciencia del comportamiento, identificando los factores que influyen en los comportamientos saludables.

También es una guía para explorar la motivación o desmotivación de los ancianos al adquirir comportamientos de autocuidado para un envejecimiento saludable.

La investigación guarda relación con el trabajo que se realiza, ya que, según los resultados obtenidos, se evidencia que existe dificultad en las personas de la tercera edad para interpretar su autocuidado, ya que su comportamiento es variable según su estado de salud, dando a conocer la importancia de la promoción del cuidado no solo en las personas mayores, si no en este caso en niños (as) asmáticos, para aumentar su calidad de vida y su pronta inserción en las actividades cotidianas.

Vidal, A., Duffaut, G., Ubilla, C (2007) realizaron en Chile una investigación con el propósito de conocer la calidad de vida del niño (a) asmático y sus cuidadores en relación a la enfermedad.

Metodológicamente fue un estudio descriptivo-transversal. Cuya población correspondió a 267 asmáticos persistentes con edades entre 7 a 15 años y sus respectivos cuidadores, asistentes regulares a la unidad de enfermedades respiratorias del hospital Roberto del Rio. Para recolectar la información aplicaron los dos cuestionarios de la calidad de vida de Juniper, uno para el niño asmático (PAQLP) contentivo de 23 preguntas divididas en tres grupos; 10 preguntas acerca de los síntomas del asma y 5 de la limitación de actividades que provoca el asma y 8 de la función emocional del niño (a) asmático; el otro cuestionario para el cuidador (PACQLQ) contiene 13 preguntas divididas en dos subgrupos: 4 de la limitación de actividades que le provoca la enfermedad del niño (a) al cuidador y 9 de sus función emocional.

Las respuestas fueron expresadas en una escala ordinal de lickert valorada en puntos del 1 al 7, para calcular promedios de calidad de vida globales en los subgrupos mencionados. La muestra piloto fue de 50 niños (as) y sus respectivos cuidadores. Por medio de la cual obtuvieron las proporciones de pacientes con puntaje mayor de 5 y menor o igual a 5 puntos aceptando un error de 6% con diferencias significativas.

Se destacó en este estudio un porcentaje significativo de pacientes con alguna alteración en la calidad de vida, con una mayor proporción en cuidadores. La severidad y duración del asma no afecta significativamente al niño pero si a su cuidador.

El estudio mencionado guarda estrecha relación con la investigación que se realiza, debido a que se evidencia que el cuidador (padre, madre o un familiar) es afectado por la duración del asma en el niño(a), lo que supone horas sin dormir; cansancio físico y mental, ausencias laborales y el deterioro en el estado emocional, por lo que hace necesaria la actuación por parte del personal de enfermería a través de la prevención como componente fundamental de la promoción de salud, garantizando con ello la calidad de vida de los pacientes y disminuyendo en tal sentido la carga física y emocional del cuidador.

Gómez, R., González, Y., Morejón, J y Travieso, R. (2005) estudio realizado en Cuba, titulado calidad de vida relacionada con salud en niños (as) asmáticos y sus cuidadores, tuvo como objetivo general: evaluar la calidad de vida relacionada con salud en niños (as) con asma y sus cuidadores a través de 4 herramientas de medición.

Metodológicamente fue un estudio descriptivo prospectivo analítico

para evaluar la calidad de vida de niños (as) y sus cuidadores. Para ello se tomo el universo de 72 niños (as) asmáticos de los consultorios de Palmira. Para la estimación de la calidad de vida se emplearon tres cuestionarios. Se realizaron tres mediciones con un intervalo de un mes, obteniendo como resultado que el 61.8% de los pacientes evaluados por el test de calidad del colegio americano, tenía una mala calidad de vida.

La evaluación de la calidad de vida mediante el cuestionario de la universidad de MC Máster El Juniper, arrojó una calidad de vida regular y la esfera más afectada fue la emotiva. La evaluación de la calidad de vida en cuidadores mostro un deterioro de la misma.

Esta investigación se relaciona con el trabajo que se realiza , ya que los resultados arrojados demuestran que la calidad de vida no solo disminuye en el niño (a) asmático, sino también afectando la calidad de vida de los cuidadores de estos pacientes , lo que demuestra la gran necesidad , de que el personal de enfermería proporcione técnicas y conocimientos a los padres o representantes, en busca de mejoras y nuevas alternativas de cuidados, que satisfagan las necesidades tanto del paciente como de su cuidador.

Nacionales:

Carrillo, N, Valdivieso, Y y Figuera, E. (2010) en su estudio: ``Calidad de vida mediada por el bienestar integral de niños y niñas asmáticos en edades comprendidas de 7 a 12 años atendidos en la consulta de alergología de la policlínica ``Leopoldo Aguerrevere`` Baruta. Edo. Miranda, segundo semestre del año 2009´´, tuvo como objetivo general determinar la calidad de vida mediada por el bienestar integral de niños y niñas asmáticos en la consulta de alergología de la policlínica Leopoldo Aguerrevere.

Metodológicamente fue una investigación con diseño no experimental, de campo; tipo de estudio retrospectivo transversal, descriptivo, cuya población la conformaron cien (100) niños y niñas asmáticos tratados en la consulta de alergología de la policlínica Leopoldo Aguerrevere.

La muestra de la población quedó conformada con cuarenta (40) niños y niñas con edades comprendidas de 7 a 12 años, seleccionados mediante el muestreo no probabilístico intencional. Para la recolección de datos construyeron un instrumento tipo cuestionario (tomando como modelo el cuestionario de calidad de vida para el niño (a) asmático de Elizabeth Juniper) constituida por cuarenta y cuatro ítems (44) y obtuvo un valor confiable de 0.90 según el índice de alfa de Cronbach.

Los resultados obtenidos fueron los siguientes: 61.8% nunca y casi nunca presentan síntomas de la enfermedad que interfieran en su bienestar físico pero el 55.8% siempre y casi siempre presentan alteraciones en su bienestar psicológico a consecuencias de la enfermedad. Un 81.9% ve alterado su bienestar familiar al compartir el día a día en un ambiente no hipoalérgico, incumplir la dieta indicada en su alimentación, aun cuando reciben el apoyo familiar durante la crisis asmática. En lo referido al bienestar social el 60% indica que siempre y casi siempre tiene restricción social cuando presenta la crisis asmática, mientras un 40% se ubica en casi nunca y nunca.

La investigación guarda relación con el trabajo que se realiza, ya que, según los resultados obtenidos, se evidencia que existe una disminución de la calidad de vida del niño (a) asmático, por lo que se hace necesaria la actuación y toma de decisiones por parte del personal de enfermería

mediante la promoción de la salud, para aumentar la calidad de vida de los pacientes y su pronta inserción en las actividades cotidianas y a la sociedad.

Gallardo, C. Mejías, H. y Campos, S. (2009) en su estudio: "Participación del profesional de enfermería en la prevención y control de infecciones respiratorias en usuarios hospitalizados en el servicio de medicina interna del hospital Dr. Ricardo Banquero González de Caracas", tuvo como objetivo general determinar la participación del profesional de enfermería en la prevención y control de infecciones respiratorias.

El tipo de investigación fue descriptiva, de campo y transversal. La población estuvo integrada por 50 profesionales de enfermería. La recolección de los datos se efectuó a través de la observación, utilizando como instrumento una guía de observación con 22 ítems a fin de conocer la participación de enfermería en la prevención de infecciones respiratorias. La validez del instrumento Guía de observación, fue a través del juicio de los expertos. Para el procesamiento estadístico se utilizó una relación absoluta y porcentual además de la representación gráfica. Los resultados permiten concluir que existen fallas en los profesionales de enfermería en cuanto a la realización de acciones directas referidas a la prevención y control de infecciones respiratorias en pacientes hospitalizados.

La investigación citada guarda estrecha relación con el trabajo que se realiza, pues demuestra la importancia de la labor educativa y promotora que debe poseer e impartir el profesional de enfermería ante los cuidados del paciente, en donde se busca mejorar la calidad de vida, aumentando así, el bienestar de los receptores del cuidado, siendo uno de los objetivos de este estudio, donde a través de la aplicación de una teoría de enfermería, se pone

en práctica la prevención, reduciendo los factores de riesgos que agraven la salud del enfermo y complicaciones futuras.

2.2 Bases Teóricas.

Cuidados del niño asmático en el hogar, enfocado en la Teoría de Nola Pender.

El asma es una enfermedad respiratoria crónica que tiene como característica principal el estrechamiento de las vías respiratorias bajas, asociada a un componente inflamatorio, por lo general de manera reversible y de etiología múltiples. Se evidencia que la característica común de los pacientes asmáticos es la broncoconstricción, manifestada clínicamente por sibilancias, disnea y tos. Aunque se puede presentar a cualquier edad es particularmente frecuente en niños y adultos jóvenes.

El comité de estándares diagnósticos de la American Thoracic Society definió el asma bronquial en 1962 como:

Una enfermedad que se caracteriza por una respuesta excesiva de las vías respiratorias frente a diversos estímulos, y se manifiesta por un estrechamiento difuso de las mismas, que cambia en gravedad en cortos periodos de tiempo bien sea espontáneamente o con tratamiento. (P.762)

Frías, A (2000) define el asma como ``un síndrome de hipersecreción bronquial caracterizado por un estrechamiento de la vía aérea y desencadenado por múltiples estímulos y factores. Este estrechamiento suele ser reversible y durar entre minutos y horas``. (P. 404)

Como el asma es por definición una enfermedad con cierto grado de reversibilidad, el paciente puede experimentar exacerbaciones o ``ataques`` intercalados entre intervalos de ausencia o de pocos síntomas y a pesar de existir una predisposición genética, el ambiente es un factor determinante en el inicio de éstos.

Diversos autores afirman que el aumento de los casos puede explicarse por un posible cambio en los factores ambientales facilitadores de la expresión clínica del asma, como un aumento de la carga de aeroalérgenos y de factores irritantes como el tabaco y la contaminación ambiental.

Contreras F y Blanco, M (1997) resaltan que ``los estímulos que comúnmente precipitan la broncoconstricción en el paciente asmático son: la exposición a un alérgeno, los irritantes inhalados, las infecciones del aparato respiratorio y el ejercicio. (P.204)

Los alérgenos que pueden sensibilizar a un asmático se encuentran ampliamente distribuidos en la naturaleza, bien sea en el aire, en el polvo de cualquier casa, en los hongos y en partículas de descamación de los animales. Los irritantes inhalados tales como el humo del cigarrillo polvos inorgánicos y gases contaminantes del ambiente estimulan los receptores irritantes localizados en la laringe tráquea y grandes bronquios, dicha estimulación inicia un arco reflejo que produce la broncoconstricción y el inicio de los síntomas. Las infecciones virales y bacterianas producen un daño epitelial y la inflamación de las vías respiratorias trayendo como consecuencia liberación de mediadores por células inflamatorias estimulación de receptores por irritantes y finalmente exceso de respuesta

bronquial. En el caso de pacientes con vías respiratorias hiperreactivas el ejercicio puede causar broncoconstricción debido al enfriamiento y resequedad de las vías respiratorias, todos estos factores forman parte de la cotidianidad de la persona, lo cual genera un estado latente de riesgo.

Ya sea, por cualquiera de estos factores desencadenantes el paciente asmático padece episodios que se caracterizan por broncoespasmos intermitentes y reversibles acompañados de tos, disnea, sibilancias y opresión torácica los cuales seden de forma espontanea o luego de un tratamiento farmacológico.

Sánchez, A (2000), afirma que el asma tiene una gran variedad de síntomas:

Disnea, aunque no es exclusivo del asma puede no aparecer, en general tiene bastante relación con el nivel de obstrucción pulmonar, en el asma la disnea se presenta de forma y en episodios de corto tiempo, *sibilancias* van unidas al asma y su aparición no tiene relación con la gravedad de la enfermedad, ya que cuando la crisis es muy grave puede haber silencio auscultatorio. *Opresión torácica* es una sensación de peso en el tórax que el paciente explica como dificultad para inspirar. *Tos* es de tipo irritativo y no productivo, a veces es el último síntoma de la enfermedad. (P.429)

La distinción entre el asma y otras enfermedades que cursan con disnea y sibilancias no suele ser difícil, sobre todo cuando se observa a un paciente en un episodio agudo. Son muy característicos los signos físicos y los síntomas referidos previamente, así como los antecedentes de crisis periódicas. Una característica extremadamente común del asma es despertarse en la noche con disnea y/o sibilancias.

Varias clases de medicamentos con diferentes mecanismos de acción son de valor en el tratamiento del asma y su empleo debe ajustarse a las necesidades de cada paciente, este debe ser individualizado, ya que hay una gran variedad de factores etiológicos que condicionan la enfermedad. Diferentes clases de fármacos se potencian mutuamente como broncodilatadores sin potenciar sus efectos secundarios, por lo tanto, deben usarse sistemáticamente fármacos de diferentes clases para aumentar al máximo el efecto deseado.

Blumer, J (1999) propone cuatro grupos de fármacos para el tratamiento del asma:

La piedra angular de la terapéutica del asma son los medicamentos beta dos agonistas administrados por vía subcutánea, intramuscular, intravenosa y por inhalación producen niveles de broncodilatación comparables y sus efectos secundarios se reducen al mínimo cuando este es administrado por nebulización. La terbutalina y albuterol son en la actualidad los mejores beta dos agonistas empleados. Dada la gran contribución de la inflamación a la patogenia del estado asmático, son esenciales los esteroides antiinflamatorios en el tratamiento de todos los pacientes con asma, los más utilizados son la prednisona y la metilprednisolona. Dentro de las metilxantinas la teofilina y sus derivados causan broncodilatación pero su índice terapéutico es pequeño y el efecto variable, sin embargo la bronco dilatación aumenta al hacerlo con la concentración sérica dentro del intervalo de 5 a 40 mg/l, por último los anticolinérgicos, la atropina nebulizada es efectiva como broncodilatador y ha demostrado ser inocua en los niños, el bromuro de ipratropio es el anticolinérgico mas estudiado y más eficaz que se dispone para el tratamiento del asma administrados de forma inhalatoria. (P.324)

El tratamiento del asma de tipo no farmacológico se fundamenta en medidas de control sobre el ambiente que rodea al paciente y tiene como objetivo disminuir al máximo el contacto con los agentes causantes.

Frías, A (2000) hace especial énfasis en ``evitar la exposición a dichos factores (los factores desencadenantes del asma), ya que además de producir broncospasmos aumenta la reactividad bronquial y hacen al paciente más vulnerable en sucesivas exposiciones, por lo cual hay que aconsejar una serie de medidas en función de identificar los estímulos desencadenantes´´. (P.404)

Estas medidas generales deben incluir la eliminación de polvo domestico a través del uso de aspiradora, paños húmedos, eliminar peluches, alfombras y tapizados, evitar contacto con pólenes animales domésticos y alimentos provocadores de las crisis, así como la inhalación de irritantes, productos de limpieza, perfumes y productos cosméticos, sin quitarle importancia al adecuado control de las vacunas. Todas estas medidas apuntan hacia la prevención, identificado como el camino más seguro hacia la mejoras de la calidad de vida del paciente asmático.

Cuando se trata de prevención la educación sanitaria es un pilar fundamental en el cuidado de estos pacientes y es el personal de enfermería quien a través de un plan individualizado instruye a los padres del paciente asmático sobre lo cuidado que deben realizar en el hogar, garantizando las mejoras en el estado de salud en el paciente y evitando las recaídas y su consiguiente reingreso al hospital.

Uno de los objetivos principales a alcanzar es la mejora en los procesos de respiración y oxigenación mejorando la permeabilidad de las vías aéreas y aumentando la expectoración de secreciones, para ello (op.cit.) propone las siguientes actividades:

- Aumentar la ingesta de líquidos para fluidificar las secreciones. Mínimo de 2 a 3 litros de agua diario.
- Técnica de respiración eficaz, mediante la realización de ejercicios respiratorios
- Métodos para toser de forma efectiva, técnica de drenajes postural y métodos de percusión y vibración para eliminar las secreciones.
- Toma de la medicación prescrita y si está indicado usar inhaladores.
- Evitar explosión a estímulos desencadenantes de las crisis. Eliminar los irritantes y alérgenos ambientales.
- Uso del tratamiento tanto en los periodos entre crisis como durante las mismas. Enseñar el uso de los inhaladores haciendo hincapié en las consecuencias de un abuso de los mismos.
- Signos y síntomas que deben vigilar: cambio en el esputo, fiebre, aumento de la tos o disnea, aparición de tiraje intercostal, aumento de la confusión, somnolencia aumento de peso o hinchazón de los pies y aumento de secreciones. (P.408)

Alguien que entendió la esencia del concepto de prevención y desarrollo; un modelo que permitiera su aplicación en la cotidianidad fue Nola Pender, teórica de enfermería que presentó por primera vez su Modelo de Promoción de la Salud (*Health Promotion Model*) para enfermería en su libro *Health Promotion in Nursing Practice* (1982).

La teoría de Pender identifica factores cognitivo-perceptivos en el individuo, tales como la importancia de la salud, los beneficios percibidos de los comportamientos que promueven la salud y las barreras que se perciben para las conductas promotoras de salud. Estos factores se modifican por características demográficas, biológicas y por influencias interpersonales, así

como también por factores de situaciones y comportamientos. Éstos ayudan a predecir la participación en la conducta promotora de salud.

Este modelo sirve para identificar conceptos relevantes sobre las conductas de promoción de la salud y para integrar los hallazgos de investigación de tal manera que faciliten la generación de hipótesis comprobables, tiene como objetivo integrar las perspectivas de enfermería y de las ciencias conductuales sobre los factores que influyen en las conductas de salud, sirve como una guía para la exploración de los procesos biopsicosociales complejos que motivan a los individuos a realizar conductas dirigidas a elevar el nivel de salud, de igual forma nos ayuda a ilustrar la naturaleza multidimensional de las personas que interactúan con su medio ambiente en busca de salud.

Conducta Promotora de Salud

Para Pender, N (1987). Las conductas promotoras de salud ``son aquellas que inicia el ser humano, en cualquier etapa de la vida, para conservar o incrementar el nivel de bienestar, entre la que destacan el ejercicio, el reposo, La nutrición, las actividades reductoras de estrés y el desarrollo de sistemas´´. (P.631)

Existe un vacío importante en el conocimiento de las conductas promotoras de salud en todos los grupos de edad, se sabe que estas conductas o estilos de vida tienen un carácter multidimensional y ha sido analizado bajo distintos enfoques y modelos teóricos de las ciencias sociales y de salud que permiten conocer algunas razones o intereses de las personas para realizar conductas saludables.

Estas conductas se aprenden por observación, imitación experiencias previas y enseñanzas desde la infancia. Según sea el caso, están referidas a las barreras y beneficios percibidos de acción, autoeficacia percibida y afecto relacionado con el cuidado que ofrecen los padres a los niños (as) asmáticos.

Barreras percibidas de la acción

Pender, N, (2003) define las barreras percibidas de la acción como: “bloqueos anticipados, imaginados o reales y costes personales de la adopción de una conducta determinada”. (P.630). Estas vienen dadas por los padres, en las acciones consideradas necesarias para el cuidado de la salud del niño (a) asmático referidas a los hábitos alimenticios, las condiciones ambientales y el tratamiento indicado.

Los padres muchas veces se comprometen a adoptar conductas a partir de las cuales anticipan los beneficios derivados, valorados de forma personal, lo cual conlleva a adquirir un compromiso con acción, la mediación de la conducta y la conducta real.

- **Hábitos alimenticios:**

Una de las necesidades que con mayor frecuencia se ve interferida en los pacientes asmáticos es la alimentación y dentro de estas el peso, talla, la ingesta calórica y el apetito, ya que, síntomas como disnea, fatiga, intolerancia a la actividad y la tos, influyen directamente sobre esta, aunado a esto encontramos los desordenes de la alimentación propios de esta etapa de la vida del paciente pediátrico, con respecto a esto García, M (2000) señala que:

Los desordenes de la alimentación pueden iniciarse en la edad preescolar, son escasos los niños que atraviesan esta edad sin crear alguna preocupación con respecto a la alimentación, pero la forma de alimentarse y las actitudes negativas hacia la alimentación son temporales y se modifican cuando el niño crece, siempre y cuando se maneje en forma adecuada. (P.296)

Por lo cual es importante la adquisición de hábitos y conductas alimentarias transmitida por los padres dentro del contexto cultural de cada familia, tomando en consideración su condición fisiopatológica. Cuando el niño (a) se enferma tiene menos apetito, especialmente en los cuadros respiratorios y diarreicos, en estos casos darle pequeñas cantidades de comida con mayor frecuencia suele ser una buena opción, por el contrario nunca someter al niño (a) a ayunos prolongados innecesarios, ni obligarlo a comer como lo hacía antes de enfermarse. Por lo general los niños (as) menores de 10 años copian las conductas y hábitos alimentarios de los adultos, por lo cual es frecuente conseguir niños (as) que rechazan ciertos alimentos y se inclinan por otros al igual que sus padres.

Para García, M (2000) ``los padres deben enseñar a sus niños a tomar decisiones acerca de su alimentación en víspera del la escuela y los contactos con la cantina escolar, con el fin de formarlos en la prevención de factores de riesgo'' (P.300). Es decir, resulta más fácil para los padres establecer buenos hábitos de alimentación a una edad temprana que tratar de cambiar los malos hábitos durante la adolescencia o la edad adulta.

Estos buenos hábitos alimenticios deben estar fundamentados en una dieta que reúna los requerimientos calóricos necesarios para el niño (a)

asmático y disminuya los riesgos de desencadenar los síntomas, por lo cual Escott- Stump, S (2008) recomienda:

Omitir los alérgenos alimentarios identificados; los alérgenos frecuentes son leche, huevos, mariscos y pescados. Los sulfitos y salicilatos agravan el asma en 2% de los pacientes. Si es tolerable, la soya es útil en algunas personas, pero no en otras. Si se tolera el pescado, está demostrado que el consumo de este alimento dos a tres veces por semana ayuda a reducir la síntesis de leucotrienos. Si se tolera las nueces, incluirlas, así como aderezos para ensaladas y aceites vegetales. Los ácidos grasos saturados agravan la inflamación y los ácidos grasos monoinsaturados tienen la reacción contraria. (P.273)

La omisión de ciertos alimentos en la dieta del niño (a) no debe traducirse necesariamente en un menú monótono y ``aburrido'', los padres deben idear estrategias que permitan involucrar a los niños (as) en la selección de los alimentos, como por ejemplo participar en la compra, selección, preparación y en servir la comida para desarrollar una mejor relación con esta, de igual forma se recomienda leer historias sobre alimentos y contar cuentos sobre los alimentos preferidos, sin olvidar que realizar las comidas en familia promueve la interacción social y el modelaje adecuado de las conductas de alimentación.

Relacionado con el componente escolar García, M (2000) señala que: ``los niños que necesiten algún régimen en especial por alguna enfermedad crónica deben recibir educación nutricional específica para que aprendan a escoger los alimentos que puedan comer cuando estén fuera de casa y prevenir la descompensación de la patología''. (P.320)

Por lo tanto, incentivar actividades educativas con la familia, visitar sitios públicos destinados a educar a los niños (as) en temas de nutrición y favorecer las lecturas de temas relacionados, combinada con la ingesta de líquidos y alimentos ricos en vitaminas A y C magnesio y zinc, constituye un plan de acción sencillo de ejecutar en el hogar.

- **Condiciones ambientales:**

Algunas familias afectadas por el asma pueden reconocer una relación entre los factores ambientales y esta, a diferencia de otras que quizás no consideren estos factores como potenciales desencadenantes. En ambos casos el cuidado del paciente asmático frente a las condiciones ambientales forma parte del tratamiento no farmacológico, el cual tiene como objetivo disminuir el número de exposición a los desencadenantes, que pudiesen encontrarse dentro del hogar, Sánchez, A (2000) indica que:

En la vivienda, uno de los principales irritantes es el polvo, ya que contiene abundantes ácaros, por lo que hay que retirarlo con un aspirador y nunca con un trapo. Si no es posible, utilizar un trapo humedecido y fregar en vez de barrer, pero nunca en presencia de la persona asmática. (P.430)

Dentro del hogar, la habitación del niño (a) debe tener un cuidado especial, ya que generalmente pasan en ella buena parte del tiempo, por lo cual se debe aspirar los colchones y las almohadas al menos una vez por semana, al igual que el cambio de las sábanas. Suprimir la cantidad de peluches, cortinas y objetos que puedan acumular polvos, y al momento de asearlo evitar los productos de limpieza con olores fuertes e irritantes.

Sánchez, A (2000) recomienda que: ``no se debe fumar en la casa de un asmático ni se deberá tener animales domésticos ya que son fuentes de sustancias irritantes (orina, caspa, pelos, ácaros)''(P.424)

Respecto a contaminantes ambientales como dióxido de azufre, de nitrógeno, de carbono y el ozono están estrechamente vinculados como desencadenantes de crisis asmáticas, aunque aún no está claro su papel en la etiología del asma. El control del entorno ambiental debe ser considerado seriamente por los padres del niño (a) asmático.

- **Tratamiento indicado:**

En cuanto al tratamiento indicado lo padres del niño asmático tiene en sus manos una gran responsabilidad, por lo cual lo miembros del equipo de salud, especialmente el personal de enfermería, debe instruirlos y estar dispuesto a aclarar dudas en cuanto estas se presenten, generando en los padres la toma de decisiones autónomas, como un proceso en el cual la familia, basándose en una información y formación completa y acorde a sus necesidades, asume responsabilidades, decide acciones y produce cambios en su entorno inmediato, favorables para la evolución del asma del niño.

No se trata de dejar a la familia a su libre albedrío, si no dentro de un plan que les permita tomar las decisiones más adecuadas para el cuidado del asma del niño (a). Ucros, S. Caicedo, A y Llano, G (2003) indican que:

Idealmente, todos los pacientes deben tener un plan de manejo escrito basado en los síntomas que indique cómo y cuándo reconocer los signos de deterioro, modificar o aumentar el tratamiento, determinar la severidad de la crisis y saber cuándo se requiere acudir al médico.(P 103)

El paradigma terapéutico ha conceptualizado el asma como un proceso inflamatorio de las vías aéreas, y la instauración de tratamiento con antiinflamatorios inhalados como el hecho clave de la intervención y en la mayoría de los casos son los padres los encargados de administrar dicho

tratamiento y su actuación oportuna hace la diferencia entre la atenuación de los síntomas o la complicación de los mismos.

Con respecto a esto, Ucros, S. Caicedo, A y Llano, G (2003) afirman que "muchos niños con asma pueden manejar una exacerbación aguda en la casa, el éxito está relacionado con el inicio temprano de la terapia antiasmática". (P 103).

Beneficios percibidos de la acción

Pender, N (2003) los define como "resultados positivos anticipados que se producirán desde la conducta de salud". (P.630). Esto dado por los padres a las acciones consideradas necesarias para el cuidado de la salud del niño (a) asmático referidas a las actividades físicas y recreativas.

Cuando las emociones positivas o el efecto se asocian a una conducta, la probabilidad de compromiso y acción aumenta, logrando que el cuidado requerido por el niño(a) asmático cree condiciones de vida y beneficios, mediante los cuales pueda expresar su propio potencial de la salud en la realización de las distintas actividades físicas y recreativas.

- **Actividades físicas:**

La actividad física forma parte de la vida tanto de niños (as) como de adolescentes. Toda actividad deportiva se inicia con el juego. Los niños (as) desarrollan su propia evolución personal a través de la actividad física y del juego; ello les permite observar su entorno y establecer una vida de relación.

En los niños asmáticos el juego es rehabilitación y en ocasiones terapia, por lo cual es importante disminuir la intolerancia a la actividad, (op.cit) indica que este apartado consiste en:

- Enseñar técnica de ahorro de energía tales como sentarse para realizar las actividades cuando sea posible, evitar las prisas, planificar previamente las actividades, distribuir las actividades a lo largo de todo el día, alternar las actividades más pesadas con las ligeras y no trabajar con los brazos elevados manejando los objetos a nivel de la cintura.
- Aumentar gradualmente las actividades para así ir aumentando la tolerancia,
- Informarse sobre recursos sociales y comunitarios que puedan ayudar al paciente en sus actividades diarias (grupo de voluntarios, asociaciones, servicio de ayuda a domicilio, etc.)
- Eliminar las barreras físicas que existen en la casa.
- Valorar la respuesta fisiológica del paciente a la actividad (taquicardia, taquipnea, disnea, etc.)
- Procurar un sueño y reposo adecuado.(P.408)

La práctica de actividades físicas no está contraindicada en el paciente asmático, la educación debe conducir al paciente a evitar ambientes fríos y secos y/o contaminados. Realizar un buen calentamiento previo, respiración nasal para facilitar la filtración, calentamiento y humidificación del aire inspirado, es importante enseñar al niño (a) a respirar lentamente a través de la nariz y que lo utilice siempre que pueda.

- **Actividades recreativas:**

En las condiciones de desarrollo de la sociedad contemporánea, a la recreación en general y las actividades físico–recreativas en particular, como cualquier otro fenómeno social, hay que verlo a través de un enfoque sistémico donde el hombre (ser social) ocupa el centro.

Pérez, A (1997) señala que “el potencial educativo de las actividades en la naturaleza es muy amplio, sobre todo porque facilita situaciones educativas en circunstancias inhabituales para quienes la practican, por su fuerte carácter motivante”. (P.60)

Las actividades recreativas son una condición fundamental para poder llevar una vida completa y saludable, a cualquier edad y en cualquier situación. Con ellas es posible aumentar la creatividad en el niño (a) asmático. Siempre y cuando éstas sean elegidas de acuerdo a los intereses y a las capacidades del niño (a).

Autoeficacia percibida

Pender, N. (2003) los define como “el juicio de la capacidad personal de organizar y ejecutar una conducta promotora de salud”.(P.630) por lo tanto son las destrezas y habilidades que desarrollan los padres para implementar las acciones consideradas necesarias en el cuidado de la salud del niño (a) asmático referidas a la capacidades cognitivas y ejecución de acciones.

La autoeficacia percibida influye sobre las barreras de acción percibidas de manera que, la mayor eficacia lleva a una percepción menor de las barreras para el desempeño de las conductas. Es decir, las personas tienen la capacidad de poseer una autoconciencia reflexiva, incluida en la valoración de sus propias competencias.

- **Capacidades cognitivas**

En la persona, las creencias llegan a influir sobre su salud, están formadas en parte por el conocimiento o información errónea de las funciones y las experiencias pasadas. Esto llega a influir en cómo una persona piensa sobre la salud.

Según Edelman y Mandle (1998) citado por Potter, P y Perry, A (2002) definen las capacidades cognitivas como “las que determinan la manera en que una persona piensa, incluyendo la capacidad para entender factores implicados en la enfermedad y para aplicar conocimientos de salud y de enfermedad a las practicas personales de salud. Las capacidades cognitivas también están relacionadas con la etapa de desarrollo de la persona...”.(P.9)

Las personas poseen capacidades que les permiten razonar y resolver problemas y actuar de forma racional para conseguir objetivos; ver cosas, reconocerlas y dotar de significado a lo que vemos; El enfoque cognitivo ha insistido sobre como el padre del niño (a) asmático, representa el mundo en que viven y cómo desarrolla la facultad de procesar información a partir de la percepción, el conocimiento adquirido y características subjetivas que permiten valorar y considerar ciertos aspectos e información, actuando de acuerdo con ella.

- **Ejecución de acciones**

Según Koziar. B, Erb. G, Blais. K, Y Wilkinson. J (1999) consiste en “llevar a cabo las intervenciones planificadas...ayudar al cliente a cumplir los objetivos/resultados deseados; promover la salud y el bienestar; prevenir las alteraciones/enfermedades; y ayudarle a afrontar los problemas de salud”. (P.92)

En tal sentido no es más que la puesta en práctica de un plan de cuidados, donde el padre del niño (a) asmático establecerá las prioridades y objetivos a cumplir, en busca de la mejora en calidad de vida, tanto de su hijo (a) como del propio cuidador, apoyando la participación también de sus familiares, así lo refiere Ucros, S. Caicedo, A y Llano, G (2003) "el grado de cuidado en la casa no solo depende del médico, sino también de la experiencia del paciente y de los padres para decidir cuándo acudir al servicio de urgencias si no hay mejoría o si esta no es rápida y sostenida" (P.103)

Afecto relacionado

Pender, N. (2003) define como: ``los sentimientos subjetivos, positivos y negativos que se dan antes, durante y después de la conducta basada en las propiedades de los estímulos de la conducta en sí ``. (P.630)

El afecto relacionado con la actividad influye en la autoeficacia percibida, lo que significa que cuanto más positivo es el sentimiento subjetivo, mayor es el sentimiento de la eficacia. Poco a poco el aumento de sentimientos de eficacia puede generar un mayor afecto positivo necesario para el cuidado de la salud del niño (a) asmático referido a la acogida, el amor, la solidaridad y la ansiedad.

El asma infantil es una enfermedad crónica que requiere constante atención y vigilancia por parte de los padres de los niños (as) afectados. Su naturaleza aguda y episódica comporta continuas visitas de control médico, numerosas ausencias escolares y hospitalizaciones que ocasionan frecuentes cambios en la vida de la familia, que puede tener repercusiones importantes en la calidad de vida, no solo del niño (a) sino de sus padres.

Ladebauche (1997), citado por Alvarado, C (2009) señala que:

La responsabilidad de cuidar a un niño que no puede respirar, motiva que en los padres se produzcan elevados niveles de temor y ansiedad, que van ligados a la incapacidad de los niños, especialmente los más pequeños, para comunicar el estado de gravedad de sus síntomas”, esto hace más difícil aun, que los padres puedan valorar adecuadamente el nivel de peligro de la enfermedad en sus hijos. (P.39)

MacDonald (1996), citado por Alvarado, C (2009) indica que: “para las madres de los niños asmáticos, la adquisición de conocimientos sobre el asma es un paso necesario para que ellas puedan hacerse cargo con participante activas del manejo de la enfermedad de sus hijos”. (P.39)

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 (as), lo cual influirá directamente sobre su autoestima.

Según este mismo autor, un aspecto importante del asma infantil es que a pesar de que las madres logren superar cada etapa de la enfermedad, debido al carácter reversible del asma, periódicamente, vuelven a experimentar los sentimientos de temor, fatiga y ansiedad e incertidumbre iniciales, especialmente cuando su niño (a) presenta crisis o recaídas, pero la magnitud de estos sentimientos, es mucho menor que al inicio de la enfermedad. El temor y la ansiedad experimentados por los padres pueden ser muy elevados y se relacionan con la responsabilidad de cuidar al niño (a) enfermo, así como la incertidumbre inherente a las enfermedades crónicas.

Mishel (1988) citado por Alvarado, C (2009) “estos sentimientos se asocian también al carácter reversible del asma y a los patrones de los síntomas que con frecuencia son impredecibles”. (P.40)

En esta misma línea, Schulz (1994) citado por Alvarado, C (2009) señala que:

Los efectos emocionales negativos que el asma ocasiona en los padres, pueden aumentar los síntomas asmáticos del niño enfermo, es prioritario entonces al atender al niño asmático, trabajar al mismo tiempo con los efectos producidos por la enfermedad en sus padres, de esta manera diremos que si, además de la intervención farmacológica que recibe el niño para el control de los síntomas, se realiza un trabajo de educación con los padres, los niños clínicamente mejoran su estado de salud y el número de días de daño funcional disminuyen tanto en los niños como en los padres. (P.41)

- **Acogida:**

Según Manen (1998), citado por Ortega, P y Minguez, R (2009) “La acogida se hace a la persona total del otro, con su realidad presente y sus proyectos. Pero la acogida, a la vez que es donación y entrega, es también responsabilidad”. (P.153)

La acogida significa para el niño (a) asmático sentirse protegido por el cuidado de sus padres, cuando esta funciona con la debida eficacia, facilita un espacio y un clima de afecto, que permite al niño(a) tener seguridad en su cuidador; Se ve más como una experiencia en la que todos se ven implicados que como una tarea que va en una única dirección.

- **Solidaridad:**

Según Silva, H (2005):

Es una relación horizontal entre personas que constituyen un grupo, una asociación o una comunidad, en la cual los participantes se encuentran en condiciones de igualdad. Tal relación o vínculo interpersonal se constituye como solidario en razón de la

fuerza o intensidad de la cohesión mutua, que ha de ser mayor al simple reconocimiento de la común pertenencia a una colectividad. Se trata, en la solidaridad, de **un vínculo especialmente comprometido, decidido**, que **permanece** en el tiempo y que obliga a los individuos del colectivo que se dice solidario, a responder ante la sociedad y/o ante terceros, **cada uno por el grupo, y al grupo por cada uno.**(P.971)

Puede decirse desde este punto de vista que la solidaridad, es una actitud y un comportamiento; una actitud porque inclina al padre del niño (a) asmático a responder favorablemente a las necesidades del mismo y una forma de conducta una vez que se concretiza sus acciones; ocupando esta un lugar importante tanto en las acciones individuales como en las conjuntas dentro de la familia.

Para Morse, J. Bottorff, J. Anderson, G. O'Brien, B. y Solberg, S. (1992) citado por Kozier. B, Erb. G, Blais. K, Y Wilkinson. J (1999) no es más que la "expresión de la pena que siente la enfermera por el estado o situación del cliente; muestra aceptación del estado y por tanto le proporciona consuelo; pretende decir lo siento".(P.401)

En tal sentido, implica sentirse afectado por las necesidades del otro como si fueran propias, manifestándose de padre al niño (a) asmático como un valor, el cual tiene un componente afectivo, pues no es el cumplimiento forzado, sino el afán de ayudar y participar para alcanzar una meta.

- **Ansiedad:**

Según Elizondo, R (2005):

La ansiedad es una respuesta emocional que se presenta en el sujeto ante situaciones que percibe o interpreta como amenazantes o peligrosas, aunque en realidad no

se pueden valorar como tal, esta manera de reaccionar de forma no adaptativa, hace que la ansiedad sea nociva porque es excesiva y frecuente. (P.10)

Para Sierra. J, Ortega. V y Zubeidat. I (2003) la define “como una reacción emocional ante una amenaza manifestada a nivel cognitivo, fisiológico, motor y emocional”. (P.50)

Esta emoción viene dada de forma no adaptativa, el cual actúa como un sistema de advertencia, alertando al padre del niño (a) asmático sobre la necesidad de actuar al desencadenarse una crisis asmática y con ello resolver las necesidades de cuidado que amerite el niño(a) en ese momento.

Báez, K (2002) define la ansiedad como una “sensación normal que experimentamos las personas alguna vez en momentos de peligro o preocupación. La ansiedad nos sirve para poder reaccionar mejor en momentos difíciles”. (P.4)

En este sentido, el padre del niño (a) asmático, puede llegar a sentirse ansioso con cierta frecuencia sin que parezca una situación descontrolada, ya que es una reacción emocional normal, necesaria para la supervivencia de los individuos; No obstante, las reacciones de ansiedad pueden alcanzar niveles excesivamente altos o pueden ser poco adaptativas en determinadas situaciones. En este caso la reacción deja de ser normal y puede llegar a ser desagradable para ambos.

2.3 Sistema de Variables

Hernández, R, Fernández, C y Batista, P (1998) manifiestan que una variable:

...es una propiedad que puede variar y cuya variación es susceptible de medirla. La variable se aplica a un grupo de personas y objeto los cuales pueden adquirir diversos valores respecto a la variable, por ejemplo la inteligencia, porque no todas las personas poseen el mismo nivel de inteligencia... (P.75)

Variable

Cuidados del niño (a) asmático en el hogar enfocado en la Teoría de Promoción de la Salud de Nola Pender

Definición conceptual

Acciones dirigidas a obtener estados de salud positivos. Abarcan las conductas que fomentan la salud y se aplican de forma potencial a lo largo de toda la vida, identificando los factores cognitivos y perceptuales como los principales determinantes de la conducta de promoción de la salud. Nola Pender citada por Teresa J. Sakranda. (2003).(P.452)

Definición operacional

Son las conductas promotoras de salud enfocadas en la Teoría de Promoción de la Salud de Nola Pender asumidas por los padres en el hogar para prevenir crisis asmáticas en sus hijos (as) diagnosticados con la enfermedad.

2.4 Operacionalización de la variable

Variable: cuidados del niño (a) asmático en el hogar enfocado en la Teoría de Promoción de la Salud de Nola Pender

Definición operacional: son las conductas promotoras de salud enfocadas en la Teoría de Promoción de la Salud de Nola Pender asumidas por los padres en el hogar para prevenir crisis asmáticas en sus hijos diagnosticados con la enfermedad.

Dimensiones	Indicadores	Subindicadores	Ítems
Conducta promotora de salud: están referidos a las barreras y beneficios percibidos de acción, autoeficacia percibida y afecto relacionado con el cuidado que ofrecen los padres a los niños (as) asmáticos.	Barreras percibidas de la acción. Son las respuestas dadas por los padres a las acciones consideradas necesarias para el cuidado de la salud del niño (a) asmático referidas a:	<ul style="list-style-type: none"> • Hábitos alimenticios • Condiciones ambientales • Tratamiento indicado 	1,2,3,4,5 6,7,8,9,10 11,12,13,14 ,15
	Beneficios percibidos de la acción. Son las respuestas dadas por los padres a las acciones consideradas necesarias para el cuidado de la salud del niño (a) asmático referidas a:	<ul style="list-style-type: none"> • Actividades físicas • Actividades recreativas 	16,17,18,19 ,20 21,22,23,24 ,25
	Autoeficacia percibida. Son las respuestas dadas por los padres a las acciones consideradas necesarias para el cuidado de la salud del niño (a) asmático referidas a:	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidades cognitivas • Ejecución de acciones 	26,27,28,29 ,30 31,32,33,34 ,35
	Afecto relacionado. Son las respuestas dadas por los padres a las acciones consideradas necesarias para el cuidado de la salud del niño (a) asmático referidas a:	<ul style="list-style-type: none"> • Acogida • Solidaridad • Ansiedad 	36,37,38 39,40,41 42,43,44

2.5 Definición de Términos Básicos

Alérgenos: sustancia capaz de producir una reacción de hipersensibilidad en el organismo, pero no necesariamente perjudicial por sí misma. Entre los más comunes se encuentran el polen, la caspa animal, el polvo doméstico, las plumas y diversos alimentos.

Aerosolterapia: tratamiento farmacológico del asma que consiste en la inhalación de partículas nebulizadas suspendidas en gas o aire.

Broncoconstricción: contracción de los bronquios que provoca el estrechamiento de la luz de las vías aéreas.

Broncoespasmos: contracción anómala del músculo liso de los bronquios que produce un estrechamiento agudo con obstrucción de las vías respiratorias. Se caracteriza con tos, sibilancias generalizadas y es un síntoma típico del asma.

Broncodilatador: sustancia que relaja las contracciones del músculo liso de los bronquiolos favoreciendo la ventilación pulmonar.

Cuidado: vigilancia por el bienestar de una persona

Cuidados enfermería: conjunto de acciones científicamente fundamentadas, orientadas a obtener un nivel óptimo de bienestar en la persona sana o enferma, en la familia y la comunidad.

Cuidados de enfermería en el niño asmático: conjunto de acciones, técnicas y procedimientos que realiza el personal de enfermería al niño o niña asmático, con el fin de prevenir o tratar los síntomas propios de la enfermedad.

CAPITULO III

MARCO METODOLOGICO

3.1. Diseño de la Investigación

El diseño de la investigación hace explícito los aspectos operativos de la misma, si el tipo de investigación se define con base en el objetivo, el diseño de investigación se define con base en el procedimiento y alude a las decisiones que se toman en cuanto al proceso de recolección de datos, que permite al investigador lograr la validez y obtener un alto grado de confianza de que sus conclusiones no son erradas.

El diseño de investigación empleado es el no experimental, de campo. Hernández, R. Fernández, C. Y Baptista, P. (2003) definen la investigación no experimental como "la investigación que se realiza sin manipular deliberadamente variables. Es decir, se trata de investigación donde no hacemos variar en forma intencional las variables independientes. Lo que hacemos en la investigación no experimental es observar fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos.(P.267). y Hurtado, J. (2007) dice que en la de campo : "las fuentes son vivas y la información se recoge en su ambiente natural".(P.148)

Polit, D. y Hungler, B. (2000) señalan que: "las investigaciones de campo en donde se obtienen en su entorno natural, donde el individuo pueda desarrollarse dentro de sus costumbres y hábitos cotidianos, es decir grupos inmersos en la vida real son conocidas como de campo".(P.127)

Estas definiciones guardan relación con las características de la investigación presente, puesto que los datos serán recolectados directamente de las fuentes vivas, es decir, los padres de los niños (as) asmáticos que acuden al ambulatorio Dr. Alfredo Machado del Estado Vargas y así precisar la información necesaria, como son los cuidados que aplican a sus hijos (as) asmáticos en el hogar, por lo cual se concluye que es una investigación de campo.

3.2. Tipo de Estudio

La presente investigación, en base a la variable planteada, busca recolectar los datos en un tiempo y momento único, en relación a los cuidados que aplican los padres en el hogar a sus hijos (as) asmáticos, por lo que se dice que esta investigación es retrospectiva y transversal.

Según Pineda, E y Alvarado, E (2008) La investigación Retrospectiva " son aquellos en los que el investigador indaga sobre hechos ocurridos en el pasado" .(P.135) ; Hernández, R , Fernández, C, Y Baptista, P (2003) nos dicen que en la investigación transversal se " recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado(o describir comunidades , eventos, fenómenos o contextos). Es como tomar una fotografía de algo que sucede..."(P.270);

Además, en base a los objetivos planteados, Es descriptiva ya que busca describir los cuidados que aplican los padres en el hogar a sus hijos (as) asmáticos.

Hernández, R., Fernández C., y Baptista P. (2006) menciona que “la investigación descriptiva busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice. Describe tendencias de un grupo o población”. (P. 103)

Hurtado, J. (2007) plantea que:

Tiene como objetivo la descripción precisa del evento en estudio. Este tipo de investigación se asocia al diagnóstico. En la investigación descriptiva el propósito es exponer el evento estudiado, haciendo una enumeración detallada de sus características, de modo tal que en los resultados se pueden obtener dos niveles, dependiendo del fenómeno y del propósito del investigador: un nivel más elemental, en el cual se logra una clasificación de la información de función de características comunes y un nivel más sofisticado en el cual se ponen en relación los elementos observados a fin de obtener una descripción más detallada.(P.101)

3.3. Población

La población es un conjunto delimitado por el problema y los objetivos del estudio a realizar, con características comunes para lo cual serán extensivas las conclusiones de la investigación.

Según Hernández, R. Fernández, C. y Baptista, P. (2006) a Selltiz (1980) definen población como: “el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones”. (P.238)

Tamayo y Tamayo, M. (2005) refiere que:

La población es la totalidad de un fenómeno de estudio, incluyendo la totalidad de unidades de análisis o entidades de población que integran dicho fenómeno y que deben cuantificarse para un determinado estudio

integrando un conjunto N de entidades que participan de una determinada características y se le denomina población por constituir la totalidad del fenómeno adscrito a un estudio o investigación. (P. 176)

En el desarrollo de este estudio la población estuvo conformada por un total de 50 padres de niños (as) asmáticos que acudieron al ambulatorio tipo II Dr. Alfredo Machado, Catia La Mar, Estado Vargas, cuyos criterios de inclusión fueron: que sus hijos acudan a la consulta de emergencia pediátrica por presentar crisis asmática, que la edad de sus hijos este comprendida entre 5 a 10 años, que sean residentes de la zona en estudio.

3.4. Muestra

Muestra según Hernández, R., Fernández C., y Baptista P. (2006) ``es un subgrupo de la población de interés (sobre el cual se recolectaran datos, y que tienen que definirse o delimitarse de antemano con precisión), este deberá ser representativo de la población`` (P.236)

Hurtado, J. (2007) menciona que “la muestra es una porción de la población para que esta disminuya su tamaño y facilite la labor del investigador, evitando así los excesos de tiempo y estudios”. (P.140)

La muestra en esta investigación fue el 100% de la población que son 50 padres de niños (as) asmáticos que acuden al ambulatorio tipo II Dr. Alfredo Machado, Catia La Mar, Estado Vargas, los cuales cumplieron con los criterios de inclusión.

3.5. Métodos e Instrumento de Recolección de Datos

La técnica para recoger la información fue la encuesta, definida por Canales, F, Alvarado, E, Pineda, E, (2009), como “la obtención de información de los sujetos de estudio, proporcionada por ellos mismos, sobre opiniones, conocimientos, actitudes y sugerencias”(P. 163) y el instrumento aplicado fue el cuestionario, que según Canales, F, Alvarado, E, Pineda, E, (2009), “es el método que utiliza un instrumento o formulario impreso destinado a obtener respuestas sobre el problema en estudio y que el investigador o consultado llena por sí mismo”. (P.165)

Así mismo, Hurtado, J. (2007) refiere que el cuestionario:

Consiste en un conjunto de preguntas relacionadas con el evento en estudio. Su característica es que tales preguntas pueden dicotómicas, de selección, abiertas, tipo escala o tipo ensayo. Un mismo cuestionario puede albergar diversidad de preguntas según se requiera para obtener la información pertinente acerca del evento de estudio. (P.157)

De acuerdo con lo citado, en la presente investigación se elaboró un cuestionario con 44 ítems que miden la variable Cuidados del niño (a) asmático, con una escala dicotómica SI/NO, distribuido y organizado según dimensión Conducta Promotora de Salud, indicadores y subindicadores de la operacionalización de la variable.

3.6. Validez

La validez es el grado en que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir, Hernández, R., Fernández C., y Baptista P.

(2006) afirman que: ``la validez se refiere al grado en que un instrumento refleja un dominio específico del contenido (validez de contenido), una comparación con algún criterio externo (validez de criterio) y una correlación teórica-empírica (validez de constructo)´´. (P.278)

A través de la validez de contenido se trata de determinar hasta dónde los ítems de un instrumento son representativos del dominio o universo de contenido de la propiedad que se desea medir. Hernández, R. Fernández C. y Baptista P. (2006) refieren que: ``es el grado en que un instrumento refleja un dominio específico del contenido que se mide, que normalmente es definido o establecido por la literatura (estudios y antecedentes)´´. (P.279)

Para evaluar la validez de contenido del instrumento utilizado, se tomara como punto de referencia las bibliografías utilizadas en el desarrollo de la investigación, tales como la teoría de Promoción de la Salud de Nola Pender, cuidados de enfermería en paciente asmático y recursos pedagógicos para impartir educación para la salud.

La validez de criterio se establece al comparar un instrumento de medición con algún criterio externo que pretende medir lo mismo, según lo señalado por Hernández, R. Fernández C. y Baptista P. (2006) este criterio externo ``es una medida estándar de validación realizada por el juicio de expertos en la materia´´(P.280) como por ejemplo: Licenciadas en enfermería especialistas en el área comunitaria y materno infantil, así como especialistas en metodología de la investigación, esto con el objeto de obtener recomendaciones y sugerencias para presentar un instrumento de contenido claro. Cuanto más se relacione los resultados del instrumento de medición con el criterio presentado por expertos la validez será mayor.

Para estudiar la validez de constructo de un instrumento es necesario que exista una conceptualización clara de la variable en estudio, con base en una operacionalización determinada, es decir, determinar la relación entre la conceptualización teórica del instrumento y su estructura factorial, a través del análisis de sus dimensiones.

Esto es posible estableciendo la relación entre los conceptos contemplados en el marco teórico, luego se analizan cuidadosamente y finalmente se confrontan con la evidencia empírica obtenida con el desarrollo de las pasantías en el ambulatorio urbano tipo II Dr. Alfredo Machado. Hernández, R., Fernández C., y Baptista P. (2006) indican que: ``cuanto más elaborada y comprobada se encuentre la teoría que apoya la hipótesis, la validación del constructo arrojará mayor luz sobre la validez general del instrumento de medición''(P.282) a mayor correlación entre la teoría, la operacionalización de las variables y la evidencia empírica, mayor validez del constructo.

Para comprobar la validez del instrumento, se solicitó la revisión del mismo por parte de un experto en metodología, un experto en comunitaria y materno infantil, para que emitieran sus opiniones y sugerencias en cuanto a la claridad, sencillez, redacción de cada pregunta del cuestionario.

3.7 Confiabilidad

Una vez que se realizó la selección del instrumento – cuestionario y de haber definido el estudio, se procedió a establecer la confiabilidad, mediante el análisis de las dimensiones e indicadores para medir el rango de estabilidad del cuestionario en su aplicación.

En este sentido, Hernández Sampieri, R. Fernández Collado, C. Baptista Lucio, P. (1998), sostienen que: “La confiabilidad de un cuestionario de medición se refiere al grado en que su aplicación repetida al mismo sujeto u objeto, produce iguales resultados” (P. 242). Para determinar la confiabilidad se aplicó una prueba piloto a (7) representantes de la población en condiciones similares que no formaron parte de la muestra.

Para efectuar el cálculo de la confiabilidad de un cuestionario existen infinidad de fórmulas que generan coeficientes de confiabilidad. Estos coeficientes pueden oscilar entre 0 y 1, siendo “0” una confiabilidad nula y 1 una confiabilidad máxima, mientras más se acerca el valor a cero más factible es el error en la medición.

A efectos de esta investigación se concluyó utilizar el Coeficiente de confiabilidad Kuder Richardson (K_{R20}), utilizado para escalas dicotómicas (Sí-No), administración de una única prueba el cual emplea información fácil de obtener y cuya fórmula es:

$$K_{R20} = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum p * q}{S^2t} \right]$$

Donde:

K_{R20} = Coeficiente de confiabilidad Kuder Richardson

K = número de Ítems

p = Proporción respuestas correctas

q = Proporción respuestas incorrectas

S^2t = Varianza de los porcentajes de la prueba

Los resultados se interpretaron de acuerdo con el siguiente cuadro de relación:

ESCALA	CATEGORÍA
0 – 0,20	Muy baja
0,21 – 0,40	Baja
0,41 – 0,60	Moderada
0,61 – 0,80	Alta
0,81 - 1	Muy alta

Fuente: Pérez, G. (1981).

Sustituyendo los resultados obtenidos de la matriz de doble entrada elaborada bajo el programa Microsoft Excel Windows XP (Ver anexo), en la encuesta aplicada:

$$K_{R20} = \frac{44}{44-1} \left[1 - \frac{0.96}{8.80} \right]$$

$$\alpha = 1.11 * [1 - 0.1091]$$

$$\alpha = 0.97$$

Comparando el valor obtenido de 0.97 con la tabla presentada por Pérez Galán (1981), refleja una confiabilidad "*Muy Alta*". Según Hernández Sampieri, R. Fernández Collado, C. Baptista Lucio, P. (ya citados), los valores de los índices de confiabilidad alrededor de este valor son muy satisfactorio, lo que confirma que de ser aplicado el cuestionario en otros

grupos los resultados serían similares porque la confiabilidad sobrepasa el 60% en todos los casos.

3.8 Procedimiento para la Recolección de la Información

Para efectos de la aplicación del instrumento y la recolección de datos del mismo, se envió una comunicación a la coordinadora del ambulatorio Dr, Alfredo Machado, para solicitar su autorización.

Obtenida su aprobación se procedió a visitar el área de emergencia pediátrica en el turno de la mañana, durante una semana, para contactar a los padres de los niños asmáticos y así informarles los propósitos del estudio y solicitar su colaboración para el mismo.

Aclaradas las dudas, cumpliendo con el consentimiento informado, se procedió a entregar el cuestionario explicando las instrucciones y aclarándoles preguntas al respecto. Se agradeció colaboración a cada uno de los padres que participaron en el estudio.

3.9. Técnicas de Análisis de los Datos

Una vez recolectada toda la información, se llevo a cabo la organización de los mismos, mediante la elaboración de una matriz de doble entrada en el programa computarizado Excel. Se procedió al análisis de los datos, según frecuencia, porcentajes y con estos datos se elaboraron cuadros y gráficos estadísticos para la sustentación de los resultados obtenidos.

CAPITULO IV

RESULTADOS DE LA INVESTIGACION

4.1 Presentación de los Resultados

El análisis de los datos recopilados con la aplicación del cuestionario se realizó de forma porcentual, se elaboraron tablas y gráficos estadísticos en función de la variable; considerando además las dimensiones e indicadores, previamente formulados.

Asimismo, la interpretación de la información se realizó destacando los datos de mayor relevancia en cada uno de los Ítems; posteriormente se relacionó con el basamento teórico que sustenta la investigación. Esta relación se hizo en función de las semejanzas o discrepancias entre la información recopilada y el marco teórico.

CUADRO Nº 1

DATOS DEMOGRÁFICOS RELACIONADOS CON LA EDAD DEL ELEMENTO MUESTRAL. CUIDADOS DEL NIÑO (A) ASMÁTICO QUE LE OFRECEN LOS PADRES EN EL HOGAR. AMBULATORIO URBANO TIPO II "ALFREDO MACHADO" CATIA LA MAR, EDO. VARGAS. SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2011

EDAD	Frecuencia	Porcentaje
18-21	5	10,0
22-25	22	44,0
26-29	10	20,0
30-33	9	18,0
34-37	2	4,0
38-41	2	4,0
42-45	0	0,0
TOTALES	50	100,0

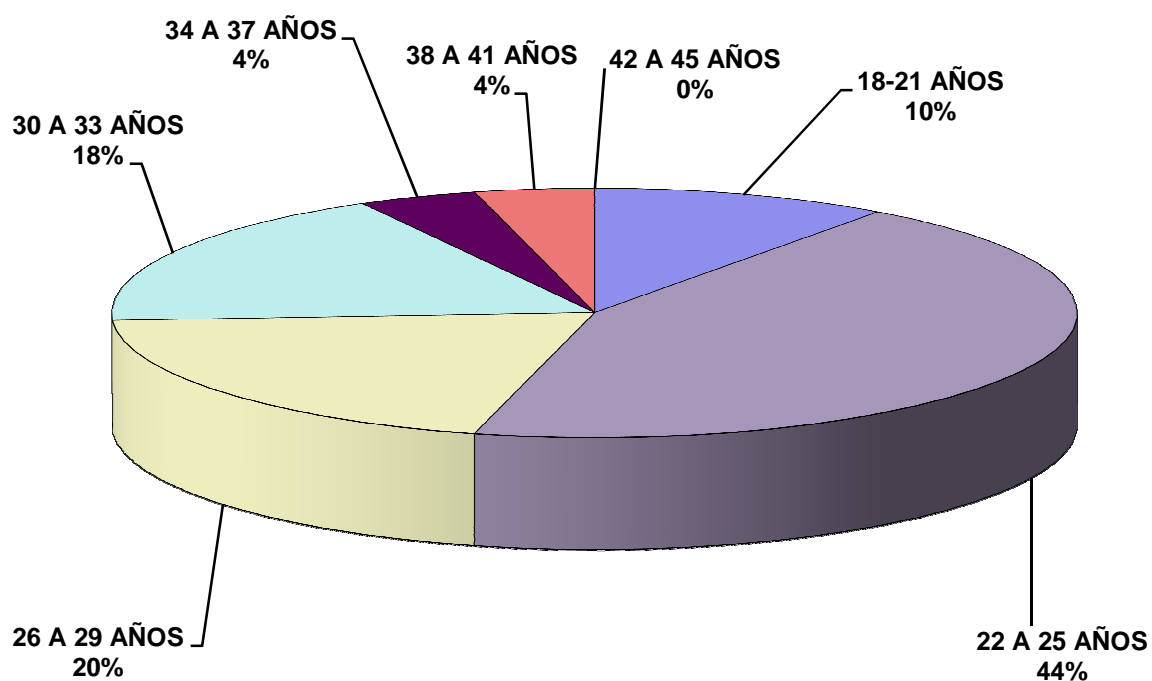
Fuente: Instrumento Aplicado.

ANÁLISIS DEL CUADRO Nº 1

Los datos demográficos correspondientes a la edad del elemento muestral determinan que 44% tienen entre 22 a 25 años; seguido por el 20% de quienes tienen entre 26 a 29 años; el 18% de 30 a 33 años; 10% de 18 a 21 años y el 4% estuvieron entre 38 a 41 años e igual porcentaje se situó entre 38 a 41 años, respectivamente.

GRÁFICO Nº 1

DATOS DEMOGRÁFICOS RELACIONADOS CON LA EDAD DEL ELEMENTO MUESTRAL. CUIDADOS DEL NIÑO (A) ASMÁTICO QUE LE OFRECEN LOS PADRES EN EL HOGAR. AMBULATORIO URBANO TIPO II "ALFREDO MACHADO" CATIA LA MAR, EDO. VARGAS. SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2011



Fuente: Cuadro Nº 1.

CUADRO Nº 2

DATOS DEMOGRÁFICOS RELACIONADOS CON LA EDAD DE LOS HIJOS. CUIDADOS DEL NIÑO (A) ASMÁTICO QUE LE OFRECEN LOS PADRES EN EL HOGAR. AMBULATORIO URBANO TIPO II "ALFREDO MACHADO" CATIA LA MAR, EDO. VARGAS.

SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2011

EDAD Hijos	Frecuencia	Porcentaje
5 años	13	26,0
6 años	11	22,0
7 años	5	10,0
8 años	11	22,0
9 años	7	14,0
10 años	3	6,0
TOTALES	50	100,0

Fuente: Instrumento Aplicado.

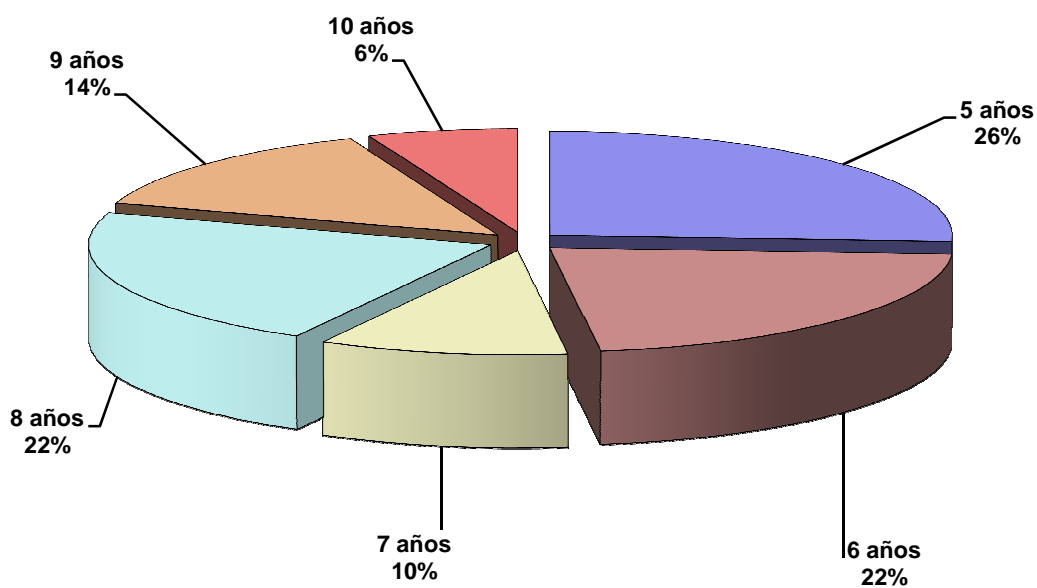
ANÁLISIS DEL CUADRO Nº 2

Los datos correspondientes a la edad de los hijos determinan que el 26% dicen que su hijo (a) tiene 5 años; el 22% tiene 6 años; e igual porcentaje se ubicó en 8 años; el 14% tienen 9 años; 10% se ubicó en 7 años y el 6% dice que su hijo (a) tiene 10 años.

GRAFICO Nº 2

DATOS DEMOGRÁFICOS RELACIONADOS CON LA EDAD DE LOS HIJOS. CUIDADOS DEL NIÑO (A) ASMÁTICO QUE LE OFRECEN LOS PADRES EN EL HOGAR. AMBULATORIO URBANO TIPO II "ALFREDO MACHADO" CATIA LA MAR, EDO. VARGAS.

SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2011



Fuente: Cuadro Nº 2.

CUADRO Nº 3

DATOS DEMOGRÁFICOS RELACIONADOS CON EL GRADO DE INSTRUCCIÓN DEL ELEMENTO MUESTRAL. CUIDADOS DEL NIÑO (A) ASMÁTICO QUE LE OFRECEN LOS PADRES EN EL HOGAR. AMBULATORIO URBANO TIPO II "ALFREDO MACHADO" CATIA LA MAR, EDO. VARGAS. SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2011

Grado de instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Primaria completa	8	16,0
Bachiller	35	70,0
TSU	4	8,0
Licenciado (a)	3	6,0
TOTALES	50	100,0

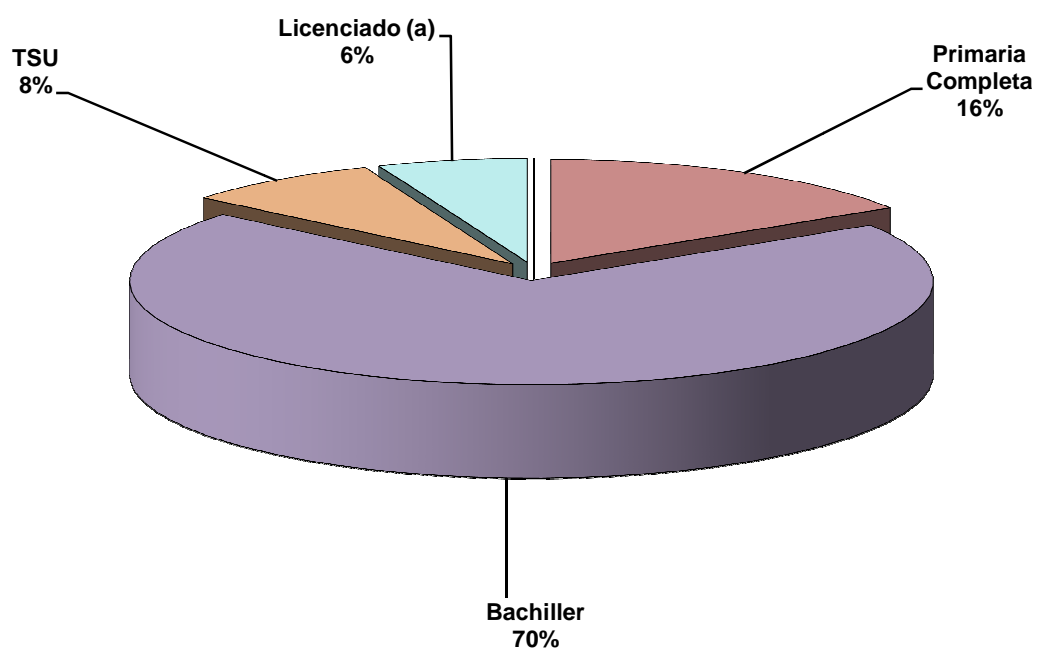
Fuente: Instrumento Aplicado.

ANÁLISIS DEL CUADRO Nº 3

Los resultados correspondientes al grado de instrucción del elemento muestral, determinan que 70% dicen ser bachilleres; seguido por el 16% de quienes dicen tener primaria completa; el 8% es TSU y el 6% dicen ser Licenciados

GRÁFICO N° 3

DATOS DEMOGRÁFICOS RELACIONADOS CON EL GRADO DE INSTRUCCIÓN DEL ELEMENTO MUESTRAL. CUIDADOS DEL NIÑO (A) ASMÁTICO QUE LE OFRECEN LOS PADRES EN EL HOGAR. AMBULATORIO URBANO TIPO II "ALFREDO MACHADO" CATIA LA MAR, EDO. VARGAS. SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2011



Fuente: Cuadro N° 3.

CUADRO Nº 4

DATOS DEMOGRÁFICOS RELACIONADOS CON EL ESTADO CIVIL DEL ELEMENTO MUESTRAL. CUIDADOS DEL NIÑO (A) ASMÁTICO QUE LE OFRECEN LOS PADRES EN EL HOGAR. AMBULATORIO URBANO TIPO II "ALFREDO MACHADO" CATIA LA MAR, EDO. VARGAS. SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2011

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltera (o)	21	42,0
Casada (o)	26	52,0
Divorciada (o)	2	4,0
Otro (concubinato)	1	2,0
TOTALES	50	100,0

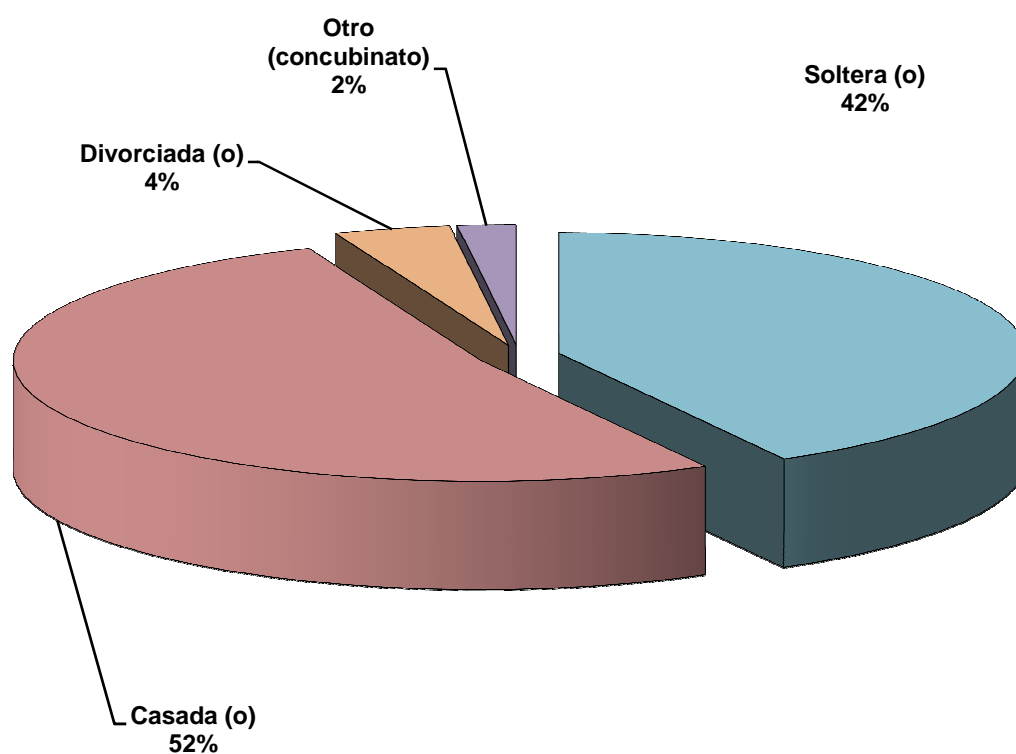
Fuente: Instrumento Aplicado.

ANÁLISIS DEL CUADRO Nº 4

Los datos demográficos correspondientes al estado civil del elemento muestral revelan que el 52% dicen ser casadas (os); el 42% están solteras (os); el 4% divorciadas (os) y el 2% en concubinato.

GRÁFICO N° 4

DATOS DEMOGRÁFICOS RELACIONADOS CON EL ESTADO CIVIL DEL ELEMENTO MUESTRAL. CUIDADOS DEL NIÑO (A) ASMÁTICO QUE LE OFRECEN LOS PADRES EN EL HOGAR. AMBULATORIO URBANO TIPO II "ALFREDO MACHADO" CATIA LA MAR, EDO. VARGAS. SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2011



Fuente: Cuadro N° 4

CUADRO Nº 5

DISTRIBUCIÓN DE LOS RESULTADOS CORRESPONDIENTES A LAS BARRERAS PERCIBIDAS DE LA ACCIÓN. CUIDADOS DEL NIÑO (A) ASMÁTICO QUE LE OFRECEN LOS PADRES EN EL HOGAR. AMBULATORIO URBANO TIPO II "ALFREDO MACHADO" CATIA LA MAR, EDO. VARGAS. SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2011

Alternativas	SI		NO		Totales	
	f	%	f	%	F	%
Hábitos alimenticios	37	73,6	13	26,4	50	100,0
Condiciones ambientales	34	67,6	16	32,4	50	100,0
Tratamiento indicado	24	47,6	26	52,4	50	100,0

Fuente: Instrumento Aplicado.

ANÁLISIS DEL CUADRO Nº 5

Los resultados correspondientes al subindicador Hábitos alimenticios, determinan que el **73,6%** de los padres consultados dicen que **SI** incluyen alimentos enlatados, alimentos lácteos (queso, leche), que diariamente consume chucherías que contienen colorantes, ingieren alimentos tomados

directamente de la nevera e Incluyen alimentos como pescado, mariscos, moluscos; en tanto que **26,4%** dijo que **NO**.

El alto porcentaje de respuestas positivas refleja el incumplimiento de las recomendaciones de Escott- Stump, S (2008): ``Omitir los alérgenos alimentarios identificados; los alérgenos frecuentes son leche, huevos, mariscos y pescados'' P.(273). De igual forma, disminuir la ingesta de chucherías que contienen colorantes los cuales podrían actuar como alérgenos.

Con respecto a los resultados en el subindicador condiciones ambientales, se pudo conocer que el **67,6%** de los padres consultados dicen que su hijo(a) **SI** se encuentra constantemente expuesto al humo del cigarrillo dentro y fuera del hogar; duerme con muñecos de peluche; que los padres realizan la limpieza del hogar (barrer, retirar el polvo y utilización de productos desinfectantes) en la presencia de su hijo(a); dentro del hogar tienen mascotas domesticas (perros, gatos) y viven cerca de un área donde se realiza la quema de basura; mientras que **32,4%** dijo que **NO**.

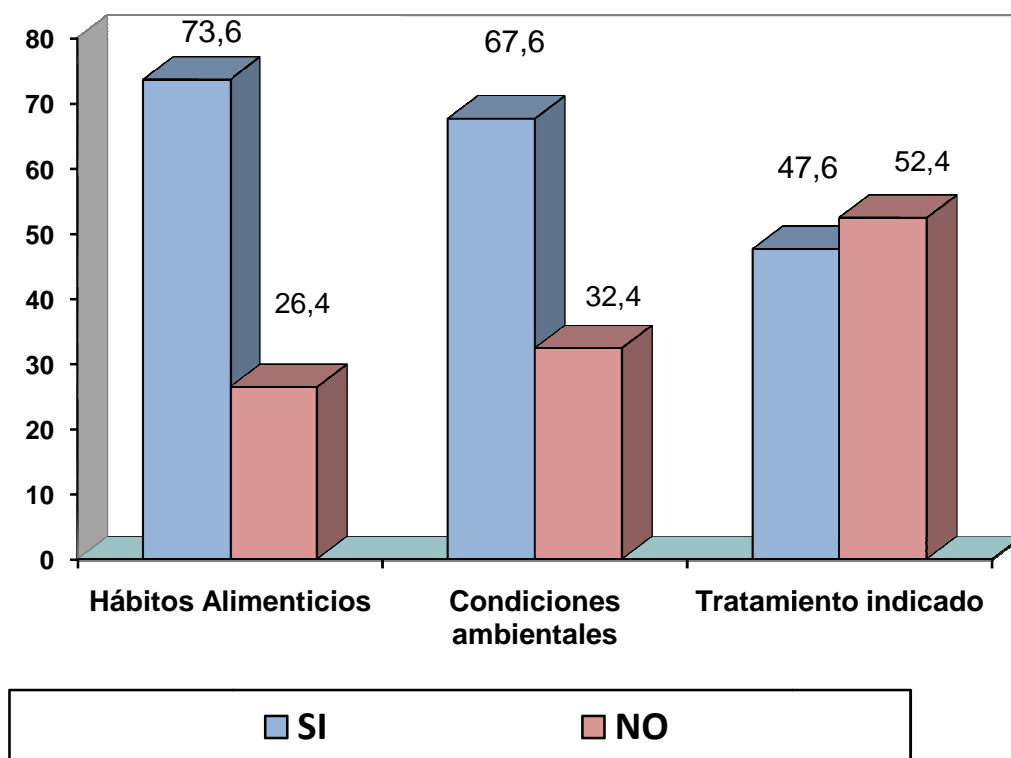
Los resultados reflejan un alto índice para la respuesta **SI** evidenciándose que no existe medidas promotoras de salud en cuanto a las condiciones ambientales dentro del hogar, ya que, según Sánchez, A (2000) recomienda que: ``no se debe fumar en la casa de un asmático ni se deberá tener animales domésticos''. (P.424) además, ``utilizar un trapo humedecido y fregar en vez de barrer, pero nunca en presencia de la persona asmática''. (P.430)

Los resultados en el subindicador tratamiento indicado, determinan que el **52,4%** de las consultadas dicen que **NO** tiene dificultad para cumplir con el tratamiento farmacológico indicado a su hijo(a); **NO** Administra el tratamiento farmacológico a su hijo(a) solo cuando se siente mal; **NO** Utiliza su hijo(a) un inhalador o nebulizador para aliviar rápidamente los síntomas del asma; tampoco utiliza medicamentos sin prescripción médica y no lleva cotidianamente consigo el tratamiento farmacológico de emergencia de su hijo(a); mientras que **47,6%** dijo que **SI**.

Llama la atención que los padres refirieron no llevar consigo el tratamiento farmacológico de emergencia que les permitirá disminuir los síntomas del asma en caso de presentarse una crisis mientras acuden a un centro hospitalario. Los inhaladores representan una buena opción de tratamiento inmediato y pueden ser utilizados como primera línea preventiva, al iniciarse el episodio, ya que son de fácil manejo y pueden ser transportados con facilidad por los padres. En relación a esto Blumer, J (1999) refiere que: ``el bromuro de ipratropio es el anticolinérgico más estudiado y más eficaz que se dispone para el tratamiento del asma administrados de forma inhalatoria''. (P.324)

GRÁFICO Nº 5

DISTRIBUCIÓN DE LOS RESULTADOS CORRESPONDIENTES A LAS BARRERAS PERCIBIDAS DE LA ACCIÓN. CUIDADOS DEL NIÑO (A) ASMÁTICO QUE LE OFRECEN LOS PADRES EN EL HOGAR. AMBULATORIO URBANO TIPO II "ALFREDO MACHADO" CATIA LA MAR, EDO. VARGAS. SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2011



Fuente: Cuadro Nº 5.

CUADRO Nº 6

DISTRIBUCIÓN DE LOS RESULTADOS CORRESPONDIENTES A LOS BENEFICIOS PERCIBIDOS DE LA ACCIÓN QUE LOS PADRES APLICAN EN EL CUIDADO DEL NIÑO (A) ASMÁTICO EN EL HOGAR. AMBULATORIO URBANO TIPO II "ALFREDO MACHADO" CATIA LA MAR, EDO. VARGAS. SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2011

Alternativas	SI		NO		Totales	
	f	%	f	%	F	%
Actividades físicas	24	47,6	26	52,4	50	100,0
Actividades recreativas	32	64,8	18	35,2	50	100,0

Fuente: Instrumento Aplicado.

ANÁLISIS DEL CUADRO Nº 6

Los resultados correspondientes al subindicador actividades físicas, evidencian que el **52,4%** de los consultados dicen que luego de una actividad intensa **NO** verifican si su hijo (a) presenta dificultad para respirar; **NO** evitan que su hijo(a) realice actividades físicas por tiempo prolongado para no desencadenar crisis asmática; luego de terminar alguna actividad física que genere sudor **NO** cambia de ropa a su hijo(a) de forma inmediata; que luego de un día de deporte **NO** verifica si su hijo(a) tiene dificultad para

conciliar el sueño por ``no poder respirar bien`` y **NO** evita que su hijo (a) corra en lugares de clima frío, en tanto que **47,6%** dicen que **SI**.

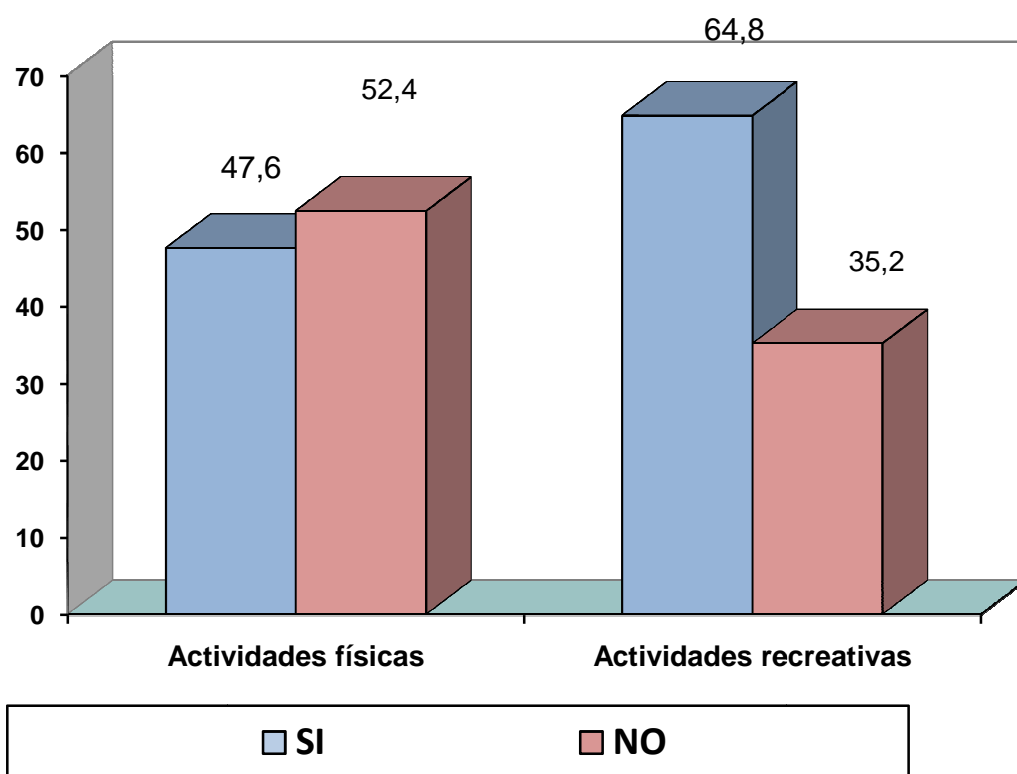
Debido al alto porcentaje de respuestas negativas queda evidenciado que la actividad física representa un factor desencadenante del asma, ya que, los padres no han ejecutado medidas para disminuir la intolerancia a la actividad, Frías A, (2000) indica que es importante ``enseñar técnicas de ahorro de energía, distribuir las actividades a lo largo de todo el día, valorar la respuesta fisiológica del paciente luego de la actividad (taquicardia, taquipnea, disnea, etc.)`` (P.408)

Los resultados en el subindicador actividades recreativas, determinaron que el **64,8%** de los consultados dicen que en la rutina diaria de su hijo(a) **SI** integra deportes (futbol, básquet, beisbol); evita que su hijo(a) juegue con sus amigos en ambientes húmedos y fríos; mantiene a su hijo(a) con ropa seca, libre de sudor y húmeda por lluvia durante un paseo; durante las crisis asmáticas ofrece alternativas de juegos a su hijo(a) (juegos de mesa, pinturas, dibujo) y en los momentos de recreación, su hijo(a) se encuentra bajo la supervisión de un adulto; mientras que **35,2%** dijo que **NO**.

A pesar del alto índice de respuestas positivas, existe un 35,2% el cual refiere **NO** vincular las actividades recreativas como terapia para que su hijo (a) desarrolle una vida completa, saludable y logre disminuir progresivamente la intolerancia a la actividad. Pérez, A (1997) señala que las actividades recreativas ``tienen un potencial educativo muy amplio para quienes la practican y un fuerte carácter motivante``(P.60), lo cual favorece la integración familiar y la aceptación de la enfermedad.

GRÁFICO Nº 6

DISTRIBUCIÓN DE LOS RESULTADOS CORRESPONDIENTES A LOS BENEFICIOS PERCIBIDOS DE LA ACCIÓN QUE LOS PADRES APLICAN EN EL CUIDADO DEL NIÑO (A) ASMÁTICO EN EL HOGAR. AMBULATORIO URBANO TIPO II "ALFREDO MACHADO" CATIA LA MAR, EDO. VARGAS. SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2011



Fuente: Cuadro Nº 6.

CUADRO Nº 7

DISTRIBUCIÓN DE LOS RESULTADOS CORRESPONDIENTES A LA AUTOEFICACIA PERCIBIDA QUE LOS PADRES APLICAN EN EL CUIDADO DEL NIÑO (A) ASMÁTICO EN EL HOGAR. AMBULATORIO URBANO TIPO II "ALFREDO MACHADO" CATIA LA MAR, EDO. VARGAS. SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2011

Alternativas	SI		NO		Totales	
	F	%	f	%	f	%
Capacidades cognitivas	23	46,8	27	53,2	50	100,0
Ejecución de acciones	21	41,6	29	58,4	50	100,0

Fuente: Instrumento Aplicado.

ANÁLISIS DEL CUADRO Nº 7

Los resultados en el subindicador Capacidades Cognitivas, determinaron que el **53,2%** de los consultados **NO** identifica de forma inmediata los principales signos y síntomas de una crisis asmática; tampoco reconoce los factores desencadenantes ni responde de forma inmediata, no actualiza sus conocimientos sobre los cuidado del asma, y tampoco responde con facilidad las dudas que presente su hijo(a); mientras que el **46,8%** restante dicen que **SI**.

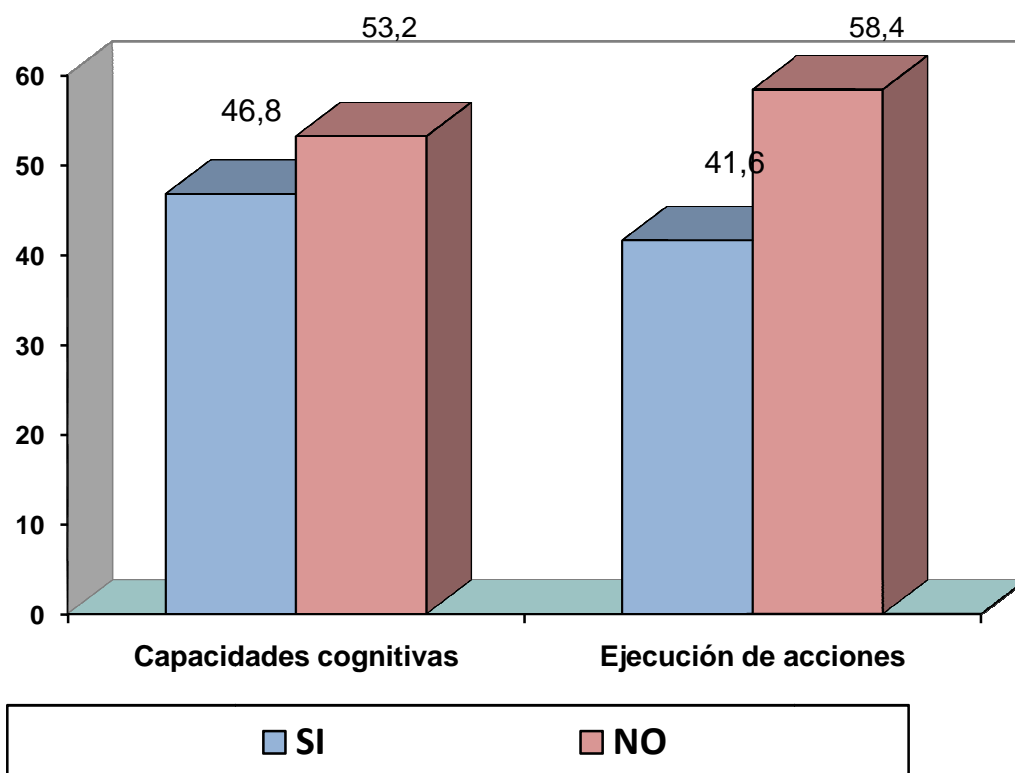
El mayor porcentaje de los encuestados respondieron de forma negativa ante las preguntas relacionadas con capacidades cognitivas ejercidas en el cuidado del niño (a) asmático, lo cual hace necesario el desarrollo de estrategias que le permita ir adquiriendo seguridad y destreza en la acción. La educación preventiva se vuelve entonces un aliado en la lucha contra esta enfermedad. Edelman y Mandle (1998) citado por Potter, P y Perry, A (2002) refieren que las capacidades cognitivas permiten: ``entender factores implicados en la enfermedad, para aplicar conocimientos de salud y de enfermedad a las practicas personales''(P.9) y de esta forma obtener éxito en las acciones implementadas para el cuidado.

En el subindicador Ejecución de Acciones, se pudo evidenciar que **58,4%** de los encuestados dicen que **NO** han creado algún plan de acción, en caso de que su hijo(a) presente una crisis asmática; no ha prohibido o fumar dentro del hogar; NO lava con frecuencia las sábanas de la cama de su hijo(a); tampoco mantiene su hogar libre de animales y no han tomado algunas medidas para el control de ácaros y polvo dentro del hogar; mientras que **41,6%** dijo que **SI** a los ítems de este subindicador.

Dado el alto índice de respuestas negativas, se concluye que los padres del niño (a) asmático encuestados, no tienen como prioridad realizar un plan de acción preventivo, de actuación inmediata y fomento de conductas promotoras de salud en el hogar, que disminuya el número y frecuencia de crisis asmáticas en su hijo (a). Kozier. B, Erb. G, Blais. K, Y Wilkinson. J (1999) establece que las acciones realizadas implican: “ llevar a cabo las intervenciones planificadas...ayudar al cliente a cumplir los objetivos/resultados deseados; promover la salud y el bienestar; prevenir las alteraciones/enfermedades; y ayudarle a afrontar los problemas de salud”. (P.92), de esta forma se garantizara la calidad de vida tanto del niño asmático como de su familia.

GRÁFICO N° 7

DISTRIBUCIÓN DE LOS RESULTADOS CORRESPONDIENTES A LA AUTOEFICACIA PERCIBIDA QUE LOS PADRES APLICAN EN EL CUIDADO DEL NIÑO (A) ASMÁTICO EN EL HOGAR. AMBULATORIO URBANO TIPO II "ALFREDO MACHADO" CATIA LA MAR, EDO. VARGAS. SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2011



Fuente: Cuadro N° 7

CUADRO Nº 8

DISTRIBUCIÓN DE LOS RESULTADOS CORRESPONDIENTES AL AFECTO RELACIONADO QUE LOS PADRES MUESTRAN EN EL CUIDADO DEL NIÑO (A) ASMÁTICO EN EL HOGAR. AMBULATORIO URBANO TIPO II "ALFREDO MACHADO" CATIA LA MAR, EDO. VARGAS. SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2011

Alternativas	SI		NO		Totales	
	F	%	f	%	f	%
Acogida	39	77,3	11	22,7	50	100,0
Solidaridad	46	91,3	4	8,7	50	100,0
Ansiedad	37	73,3	13	26,7	50	100,0

Fuente: Instrumento Aplicado.

ANÁLISIS DEL CUADRO Nº 8

Los resultados correspondientes al subindicador acogida, determinan que el **77,3%** de los consultados dicen que **SI** abraza a su hijo cuando este experimenta los síntomas del asma; todos los miembros de la familia se muestran interesados por el estado de salud de su hijo (a) asmático; cuándo su hijo (a) se encuentra hospitalizado lo hace sentir como en casa; mientras que **22,7%** dijeron que **NO**.

En el subindicador solidaridad, el **91,3%** de los encuestados dicen que **SI** asiste inmediatamente a su hijo (a) cuando presenta síntomas del asma; lo acompaña en las noches cuando los síntomas no le permiten dormir; cuando su hijo (a) manifiesta sentirse mal le da palabras de aliento; en tanto que **8,7%** dijo que **NO**.

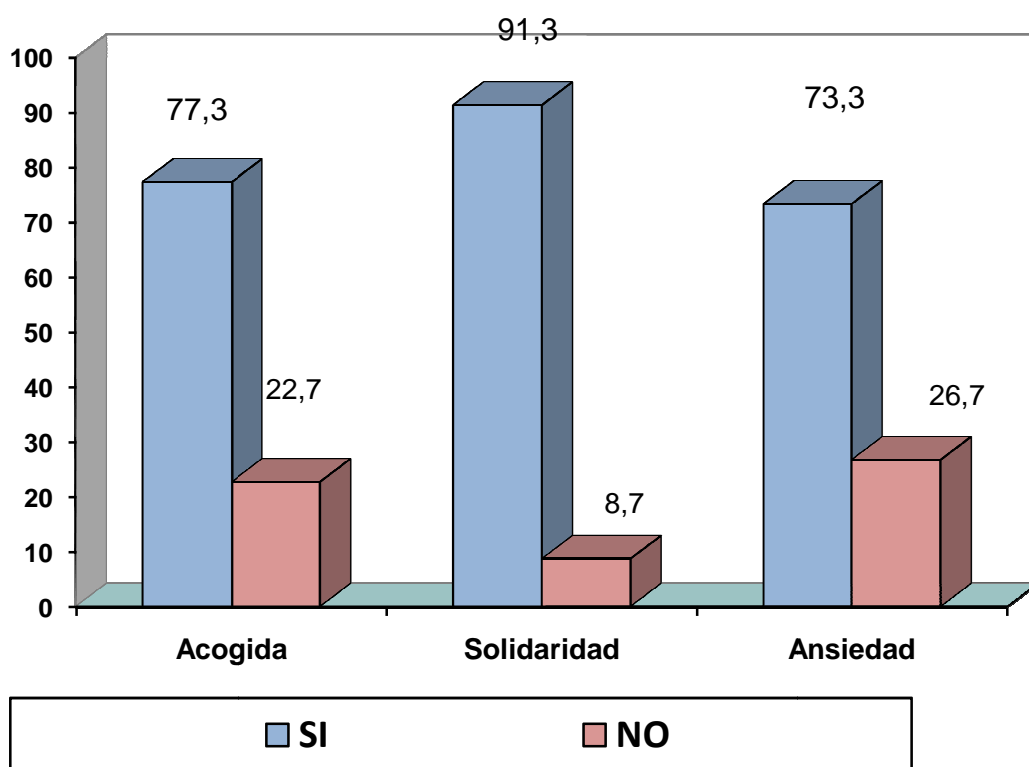
La acogida y la solidaridad significan para el niño (a) asmático, sentirse protegido por el cuidado de sus padres, lo que facilita un clima de afecto, favorable para la evolución clínica del niño. A pesar del alto índice positivo, aun resta un **22,7%** y un **8,7%** cuya respuesta fue **NO** al subindicador de acogida y solidaridad, lo cual hace un llamado a la reflexión, ya que, Manen (1998), citado por Ortega P y Minguez, R (2009) "La acogida, a la vez que es donación y entrega, es también responsabilidad". (P.153) y Kozier, B, Erb. G, Blais, K y Wilkinson, J (1999) refieren que la solidaridad "muestra aceptación del estado y por tanto le proporciona consuelo" (P.401).

En el subindicador ansiedad, el **73,3%** de los encuestados dijeron que durante las crisis asmáticas de su hijo (a), **SI** sienten que no puede controlar sus nervios; tienen pensamientos frecuentes que asocian los síntomas del asma con la muerte y cuando su hijo (a) presenta la crisis asmática, llora por no saber qué hacer; mientras que el **26,7%** dijo que **NO**.

Los resultados reflejan un alto índice en las respuestas positivas, lo cual nos orienta a la afirmación de que la ansiedad es un factor común en los padres de los niños (as) asmático. Con respecto a esto Elizondo, R (2005) menciona que: "La ansiedad es una respuesta emocional que se presenta en el sujeto ante situaciones que percibe o interpreta como amenazantes o peligrosas, (P.10). Esta sensación de peligro irá disminuyendo en la medida que los padres asuman conductas promotoras de la salud que generen en ellos seguridad al momento de administrar un cuidado.

GRÁFICO Nº 8

DISTRIBUCIÓN DE LOS RESULTADOS CORRESPONDIENTES AL AFECTO RELACIONADO QUE LOS PADRES MUESTRAN EN EL CUIDADO DEL NIÑO (A) ASMÁTICO EN EL HOGAR. AMBULATORIO URBANO TIPO II "ALFREDO MACHADO" CATIA LA MAR, EDO. VARGAS. SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2011



Fuente: Cuadro Nº 8

CUADRO Nº 9

DISTRIBUCIÓN DE LOS RESULTADOS CORRESPONDIENTES A LA VARIABLE: CUIDADOS DEL NIÑO (A) ASMÁTICO EN EL HOGAR ENFOCADO EN LA TEORÍA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DE NOLA PENDER PROPORCIONADO POR LOS PADRES, EN SU DIMENSIÓN: CONDUCTA PROMOTORA DE SALUD. AMBULATORIO URBANO TIPO II "ALFREDO MACHADO" CATIA LA MAR, EDO. VARGAS.

SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2011

ALTERNATIVAS	SI		NO		TOTALES	
	f	%	f	%	f	%
Barreras percibidas de la acción	32	62,9	18	37,1	50	100,0
Beneficios percibidos de la acción	28	56,2	22	43,8	50	100,0
Autoeficacia percibida.	22	44,2	28	55,8	50	100,0
Afecto relacionado	41	80,6	9	19,4	50	100,0

Fuente: Instrumento Aplicado.

ANÁLISIS DEL CUADRO N° 9

Los resultados obtenidos para la variable Cuidados del niño (a) asmático en el hogar, en su dimensión **Conducta promotora de salud**, determinó en el indicador **barreras percibidas de la acción**, que el **62,9%** de los consultados respondieron afirmativamente, lo que refleja que en este grupo de padres **NO aplica** las medidas promotoras de salud necesarias para el cuidado del niño (a) asmático referidas a: **Hábitos alimenticios, Condiciones ambientales y Tratamiento indicado**; en tanto que **37,1%** el cual contestó negativamente, **SI lo aplica**.

En el indicador **beneficios percibidos de la acción**, se pudo evidenciar que **56,2%** de los consultados, contestaron afirmativamente, lo que refiere que este grupo de padres **NO implementan** una conducta promotora de salud en cuanto a: **Actividades físicas y Actividades recreativas**; mientras que el **43,8%** restante, **SI las implementan**.

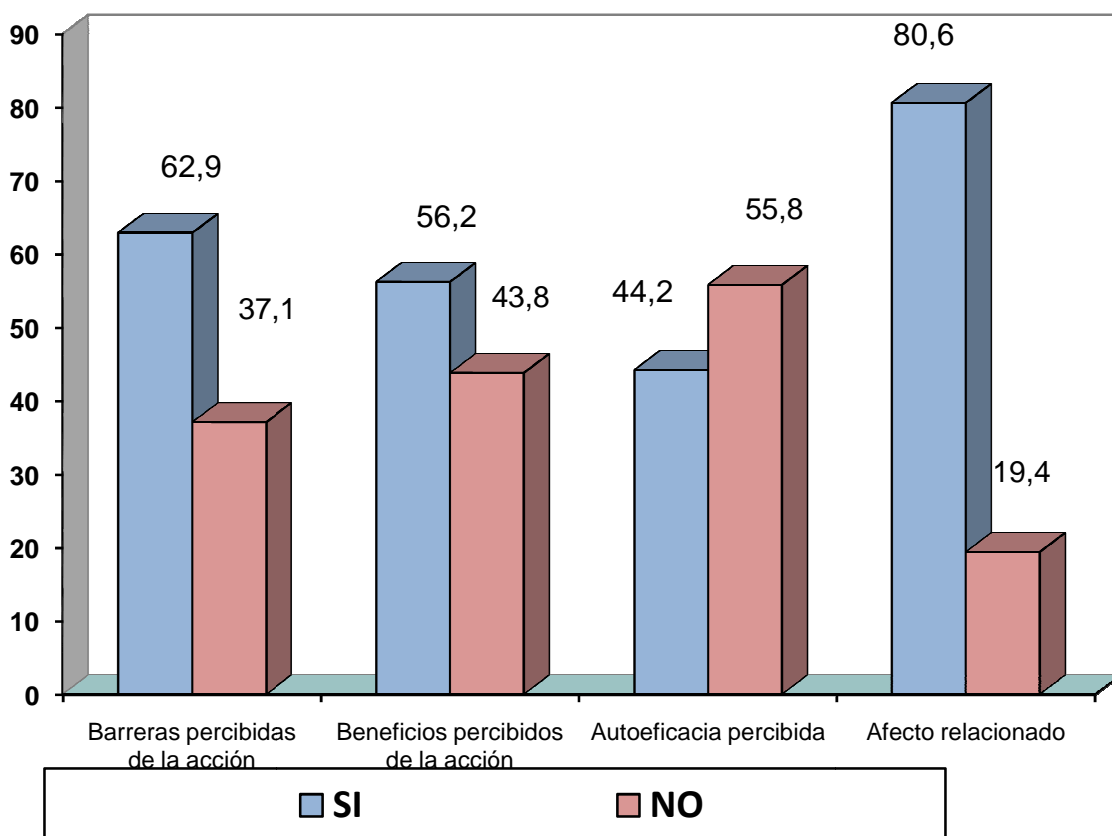
Con respecto a los resultados en el indicador **autoeficacia percibida**, un **55,8%** respondió negativamente, lo que evidencia que los padres consultados **NO aplican** medidas promotoras de salud vinculadas con sus **Capacidades cognitivas y la Ejecución de acciones** en el cuidado del niño (a) asmático, en tanto que **44,2% SI**.

Finalmente los resultados obtenidos en el indicador **afecto relacionado**; determinaron que el **80,6%** de los encuestados(as), **SI ejercitan** acciones que favorecen la **acogida y la solidaridad**, con su hijo (a) asmático, al igual que se evidencia el alto índice de **ansiedad** en los padres producto del estado de salud de su hijo (a); en tanto que **19,4%** NO las ejercita.

GRÁFICO Nº 9

DISTRIBUCIÓN DE LOS RESULTADOS CORRESPONDIENTES A LA VARIABLE: CUIDADOS DEL NIÑO (A) ASMÁTICO EN EL HOGAR ENFOCADO EN LA TEORÍA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DE NOLA PENDER PROPORCIONADO POR LOS PADRES, EN SU DIMENSIÓN: CONDUCTA PROMOTORA DE SALUD. AMBULATORIO URBANO TIPO II "ALFREDO MACHADO" CATIA LA MAR, EDO. VARGAS.

SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2011



Fuente: Cuadro Nº 9

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

Los resultados obtenidos para la variable Cuidados del niño (a) asmático en el hogar, en su dimensión *Conducta promotora de salud*, determinó en el indicador *barreras percibidas de la acción*, que el 62,9% de los consultados respondieron afirmativamente, lo que refleja que en este grupo de padres NO aplica las medidas promotoras de salud necesarias para el cuidado del niño (a) asmático.

En el indicador *beneficios percibidos de la acción*, se pudo evidenciar que 56,2% de los consultados, contestaron afirmativamente, lo que refiere que este grupo de padres NO implementan una conducta promotora de salud en cuanto a: Actividades físicas y Actividades recreativas; mientras que el 43,8% restante,

Con respecto a los resultados en el indicador *autoeficacia percibida*, un 55,8% respondió negativamente, lo que evidencia que los padres consultados NO aplican medidas promotoras de salud vinculadas con sus Capacidades cognitivas y la Ejecución de acciones en el cuidado del niño (a) asmático

Finalmente los resultados obtenidos en el indicador *afecto relacionado*; determinaron que el 80,6% de los encuestados(as), SI ejercitan acciones que favorecen la acogida y la solidaridad, con su hijo (a) asmático, al igual que se evidencia el alto índice de ansiedad en los padres producto del estado de salud de su hijo (a).

5.2. Recomendaciones

Vistas las conclusiones que surgieron de la investigación realizada, se presentan las siguientes recomendaciones:

1. Presentar los resultados de la investigación a los miembros del equipo de enfermería de las consulta pediátrica, emergencia de niños y a los padres de los niños asmáticos que conformaron la población en estudio, con la finalidad de motivarlos a tener más interés en la información relacionada con el asma y sus complicaciones, lo cual será beneficioso para el cuidado del niño (a) en el hogar.
2. Elaborar un programa educativo para el cuidado del niño asmático en el hogar enfocado en las medidas de promoción de salud como estrategia de aprendizaje para los padres.
3. Establecer estrategias motivadoras para los padres de los niños (as) asmáticos (as), con participación activa del equipo multidisciplinario de salud, a fin de enseñarles a dar cuidados a sus hijos (as) en el hogar en momentos de crisis asmática.
4. Ofrecer a los interesados en el tema el instrumento para que sea replicado en otros grupos, a fin de crear una línea de investigación enfocada en la teoría de promoción de la salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVARADO, Carlos. (2005) **“Evaluación del impacto familiar del asma bronquial infantil.”** Artículo en línea. Disponible www.scielo.com. Visitada 2011/08/11
- American Thoracic Society Committee on Diagnosis Estandards (1962) definición y clasificación del asma crónica, bronquitis y enfisema pulmonar. Pág. 762
- BAEZ, Kontxi (2002) **Guías de Educación Sanitaria, ansiedad, como controlarla**, Volumen I, Departamento de sanidad, gobierno Vasco España [Documento en línea]. Disponible: www.osakidetza.euskadi.net
- BLUMER, Jeffrey (1999) **Guía Práctica de Cuidados Intensivos en Pediatría**. Tercera edición. Editorial Harcourt Brace. España
- PINEDA, Elia, ALVARADO, Eva, (2008) **Metodología de la investigación**. Tercera edición. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C.
- CONTRERAS, FREDDY. BLANCO, MARIO (1997) **Fisiopatología** Mc Graw Hill Interamericana de Venezuela.
- CARRILLO, Nancy, VALDIVIESO, Y y FIGUERA, Evelia (2010), **“Calidad de vida mediada por el bienestar integral de niños y niñas asmáticos en edades comprendidas de 7 a 12 años atendidos en la consulta de alergología de la policlínica “Leopoldo Aguerrevere” Baruta. Edo. Miranda, segundo semestre del año 2009”**, trabajo especial de grado para optar por el título de licenciado, Caracas.
- DOS SANTOS. Aila , DOS SANTOS. Iraci. (2010) **Promoción del autocuidado en personas mayores para envejecer saludable: aplicación de la teoría de Nola Pender**. Universidad Federal de Santa Catarina. Brasil. Revista científica texto y contexto.
- ELIZONDO, Rosa (2005) **Estudio sobre ansiedad**, Universidad Autónoma de Nuevo León Monterrey, México .Artículo en línea: www.psicologiacientifica.com
- ESCOTT-STUMP, Sylvia (2008) **Nutrición, Diagnóstico y Tratamiento** 6ta edición, editorial Wolters Kluwer, Lippincottw Williams y Wilkins. España.
- FRIAS, Antonio (2000) **Enfermería comunitaria** editorial MASSON, España

- FRIAS, Antonio (2000) **Salud pública y educación para la salud** editorial MASSON, España
- GALLARDO C, MEJIAS H, y CAMPOS S, (2009), "Participación del profesional de enfermería en la prevención y control de infecciones respiratorias en usuarios hospitalizados en el servicio de medicina interna del hospital Dr. Ricardo Banquero González de Caracas", trabajo especial de grado para optar por el título de licenciado, Caracas. Universidad Central de Venezuela.
- GARCIA, María, (2000) **Nutrición en pediatría** tomo I, editorial Cania. Venezuela
- Global Initiative for Asthma (GINA), (2007) [pagina web]. Disponible: www.ginasthma.org.(P133) [Consulta: 2011, Septiembre 15]
- GOMEZ, Rafael. GONZALEZ, Yglesias. MOREJON, Juana y TRAVIESO, Roberto. (2005) **Calidad de vida relacionada con salud en niños asmáticos y sus cuidadores**. Revista científica electrónica de las ciencias médicas en Cienfuegos Medisur. Cuba.
- GONZALES, Eduardo. (2006) **Tratamiento de base del asma en la infancia** curso para educadores en asma. [Documento en línea].Disponible: http://www.neumoped.org/docs/0603.04_monografia_curso3asma_feb06sanseb.pdf . [Consulta: 2011, octubre 6] P.39 [Consulta: 2011,Septiembre 24]
- HERNANDEZ, Roberto, FERNANDEZ, Carlos y BAPTISTA, Pilar. (2006) **Metodología de la investigación** P.75 (4ed) , Editorial Mc Graw Hill Interamericana, México
- HURTADO DE BARRERA, Jacqueline, (2000), **Metodología de la Investigación Holística**, tercera edición, Caracas.
- KOZIER, Bárbara; ERB, Glenora; BERMAN, Audrey; SNYDER, Shirlee. (2005). **Fundamentos de la Enfermería**. Conceptos, Procesos y Práctica (7ed). Editorial Mc Graw Hill interamericana, México
- LANDAETA, JIMENEZ Alberto (2005) **Morbilidad y mortalidad por asma bronquial en Venezuela**. Gaceta Medica de Caracas. [Documento en línea]. Disponible: <http://www.ilustrados.com> [Consulta: 2011, octubre 1]
- MANEN, Max Van. (1998) **El tacto en la enseñanza: el significado de la sensibilidad pedagógica**. Barcelona, Paidós.

- MARRINER, Ann; ALLGOOD, Raile y Martha, (2003) **Modelos y Teorías en Enfermería** (5ed). Editorial Elsevier Science.
- MARTINEZ, Gómez, MARTINEZ, Bernal, QUESADA, Aguacil, PEREZ, Aragón. (2006) **Manejo de la crisis asmática**, Unidad de Neumología Pediátrica. H.U. Materno Infantil. Granada [Documento en línea]. Disponible:
http://www.neumoped.org/docs/0603.04_monografía_curso3asma_feb06sanseb.pdf . [Consulta: 2011, Septiembre 24]
- MENENGHELLO, J, FANTA, E; GRAU, A y BLANCOM, O. (2001). **Pediatría Práctica**: Editorial Medica Panamericana. España. Dr Selim Abara.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) [pagina web]. Disponible:
http://www.who.into/topics/child_health/es/ [Consulta: 2011, Agosto 05]
- ORTEGA. Pedro, MINGUEZ. Ramón. **Familia y transmisión de valores** Departamento de Teoría e Historia de la Educación, Facultad de Educación, Campus Universitario de Espinardo. Murcia. Artículo
- POTTER, Patricia y GRIFFIN, Perry (2002) **Fundamentos de Enfermería**, vol. 1. Quinta edición. Elsevier science. Madrid, España
- PENDER, Nola (1987) **Health Promotion in Nursing Practice** [Documento online]. Disponible:http://blogs.ya.com/enfercomunitaria/files/Microsoft_PowerPoint_Modelo_Pender.pdf . [Consulta: 2011, Septiembre 20]
- PÉREZ, Gabriela (1981). **Evaluación de los Aprendizajes**. México. Editorial Mc Graw Hill Interamericana.
- POLIT, D Y HUNGLER, B (2000). **Investigación Científica en ciencias de la salud**. Sexta edición. Editorial Mc Graw Hill interamericana México
- SANCHEZ, Antonio (2000). **Actuación en enfermería comunitaria, sistemas y programas de salud**. Editorial McGRAW-HILL INTERAMERICANA. Madrid.
- SIERRA, Juan, ORTEGA, Virgilio y ZUBEIDAT, Ihab (2003) **Ansiedad, angustia, estrés: Tres conceptos a diferenciar**, Revista Mal- estar E Subjetividade, vol 3, nº001, Universidade de Fortaleza, Brasil, Artículo disponible: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/271/27130102.pdf>
- SILVA, Henríquez (2005) **Conceptos Fundamentales, Etimología y significado original**. Volumen III, Ediciones Universidad Católica, Artículo disponible en: <http://www.luisrazeto.net/content/el-concepto-solidaridad>.

- RAZETO, Luis (2005) **Conceptos Fundamentales, Etimología y significado original**. Volumen III, Ediciones Universidad Católica Silva Henríquez, Artículo disponible en: <http://www.luisrazeto.net/content/el-concepto-solidaridad>
- TAMAYO, Mario (2003) **El Proceso de la Investigación Científica**. Cuarta edición. Editorial Limusa.
- UCROS, Santiago. CAICEDO, Alcides. LLANO, Gabriel (2003) **Guías de Pediatría práctica basadas en la evidencia**. Editorial panamericana. Colombia.
- VIDAL, Alberto. DUFFAU, Gaston y UBILLA, Carlos (2007) **Calidad de Vida en el Niño Asmático y su Cuidador**. Revista chilena de enfermedades respiratorias. Chile.

**REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERIA**

**CUESTIONARIO PARA IDENTIFICAR LO CUIDADOS DEL NIÑO (A)
ASMÁTICO EN EL HOGAR ENFOCADO EN LA TEORÍA DE PROMOCIÓN DE LA
SALUD DE NOLA PENDER. AMBULATORIO URBANO TIPO II ALFREDO
MACHADO. CATIA LA MAR. EDO VARGAS. SEGUNDO SEMESTRE AÑO 2011**

AUTORAS:

T.S.E FIGUEIRA, ANDREA C.I. 18.754.165

T.S.E GUTIERREZ, PAOLA C.I. 18. 930.923

T.S.E MEJIAS, MARIANGEL C.I. 18756752

CARACAS, NOVIEMBRE DE 2011

Presentación

Distinguidos Padres:

Solicitamos de su valiosa colaboración para recolectar mediante este instrumento, tipo cuestionario, información sobre los cuidados que usted le proporciona a su hijo (a) asmático. Cabe destacar que la aplicación de este Cuestionario nos permitirá determinar si maneja la información necesaria para que pueda garantizar el bienestar y calidad de vida en el hogar y basándonos en los resultados obtenidos planificar estrategias y dar recomendaciones al personal de enfermería para que haga más énfasis en la educación para la salud que requieren los padres en cuanto a los cuidados de su hijo (a) asmático en el hogar. Dicha investigación tiene como finalidad Académica, cumplir los requisitos exigidos por la Escuela de Enfermería de la Universidad Central de Venezuela, para optar por el título de Licenciada en Enfermería.

Agradecemos su colaboración, no lo firme, es anónimo.

Instrucciones

- Lea detenidamente el cuestionario.
- Ante cualquier inquietud o duda pregunte a los investigadores (las personas que están aplicando el instrumento).
- El cuestionario consta de 44 preguntas, favor responda todas.
- Tiene dos (2) opciones de respuesta SI o NO, por favor escoja una sola.
- Al finalizar de responder el cuestionario, devuélvalo a los investigadores.
- No lo firme, es anónimo.

Gracias.

Primera Parte: Datos demográficos

Instrucciones: Coloque en el espacio en blanco los datos requeridos, colocando una equis (X) donde corresponda.

Edad:_____ Edad hijo (a):_____

Grado de Instrucción:

Primaria Completa:_____

Bachiller:_____

TSU:_____

Licenciado (a):_____

Estado Civil:

Soltero (a):_____

Casado (a)_____

Divorciado (a):_____

Otros:_____

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA.
FACULTAD DE MEDICINA.
ESCUELA DE ENFERMERÍA.

Segunda Parte: Cuestionario de identificación de las conductas promotoras de salud

HABITOS ALIMENTICIOS		SI	NO
1	¿Incluye alimentos enlatados en la alimentación diaria de su hijo(a)?		
2	¿Incluye alimentos lácteos (queso, leche) en la alimentación de su hijo(a)?		
3	¿Su hijo(a) consume chucherías que contienen colorantes?		
4	¿Su hijo(a) ingiere alimentos tomados directamente de la nevera?		
5	¿Incluye en la alimentación de su hijo(a) alimentos como pescado, mariscos, moluscos?		
CONDICIONES AMBIENTALES			
6	¿En su casa fuman cigarrillos?		
7	¿Duerme su hijo(a) con muñecos de peluche?		
8	¿Realiza la limpieza del hogar (barrer, retirar el polvo y utilización de productos desinfectantes) en la presencia de su hijo(a)?		
9	¿Dentro del hogar tienen mascotas domesticas (perros, gatos)?		
10	¿Cerca de su casa queman basura?		
TRATAMIENTO INDICADO			
11	¿Tiene dificultad para cumplir con el tratamiento farmacológico indicado a su hijo(a)?		
12	¿Administra el tratamiento farmacológico a su hijo(a) solo cuando se siente mal?		
13	¿Carece de un inhalador o nebulizador para aliviar rápidamente los síntomas del asma en su hijo (a)?		
14	¿Utiliza medicamentos sin prescripción médica en su hijo(a)?		
15	¿Olvida llevar cotidianamente el tratamiento farmacológico de emergencia de su hijo(a)?		
ACTIVIDADES FISICAS			
16	¿Cuándo su hijo (a) realiza actividades físicas manifiesta sentirse cansado y con dificultad para respirar?		
17	¿Su hijo(a) realiza actividades físicas, por más de media hora sin descanso? (Correr, saltar, brincar)		
18	¿Cuándo su hijo (a) realiza una actividad física que haya generado sudor, permanece con la misma ropa durante todo el día?		
19	¿Luego de un día de deporte su hijo (a) refiere sentir dificultad para dormir, por ``no poder respirar bien``?		
20	¿Permite que su hijo (a) corra en lugares de clima frio?		
ACTIVIDADES RECREATIVAS			
21	¿Su hijo (a) prefiere los videos juegos antes que la realización de deportes como el futbol, beisbol, básquet?		

22	¿Permite que su hijo(a) juegue con tierra, arena o polvo?		
23	¿Permite que su hijo(a) juegue bajo la lluvia?		
24	¿Su hijo (a) manifiesta sentirse aburrido por no poder realizar alguna actividad recreativa?		
25	¿Su hijo juega sin la supervisión de un adulto?		
CAPACIDADES PERSONALES			
26	¿Identifica de forma inmediata los principales signos y síntomas de una crisis asmática?		
27	¿Reconoce los factores desencadenantes de las crisis asmáticas de su hijo(a)?		
28	¿Responde de forma inmediata, ante una crisis asmática en su hijo(a)?		
29	¿Actualiza sus conocimientos sobre los cuidados del asma?		
30	¿Responde con facilidad las dudas que presente su hijo(a), acerca del asma?		
EJECUCION DE ACCIONES			
31	¿Ha creado algún plan de acción, en caso de que su hijo(a) presente una crisis asmática?		
32	¿Ha prohibido fumar dentro del hogar?		
33	¿Lava con frecuencia las sábanas de la cama de su hijo(a)?		
34	¿Mantiene su hogar libre de animales?		
35	¿Ha tomado algunas medidas para el control de ácaros y polvo dentro del hogar?		
ACOGIDA			
36	¿Abraza a su hijo cuando este experimenta los síntomas del asma?		
37	¿Todos los miembros de la familia se muestran interesados por el estado de salud de su hijo (a) asmático?		
38	¿Cuándo su hijo (a) se encuentra hospitalizado, usted lo hace sentir como en casa?		
SOLIDARIDAD			
39	¿Asiste inmediatamente a su hijo (a) cuando presenta síntomas del asma?		
40	¿Acompaña a su hijo (a) en las noches cuando los síntomas no le permiten dormir?		
41	¿Cuándo su hijo (a) manifiesta sentirse mal usted le da palabras de aliento? Como por ejemplo: ``te recuperaras pronto`` ``aquí esta mamá o papá para ayudarte``		
ANSIEDAD			
42	¿Durante las crisis asmáticas de su hijo (a), usted siente que no puede controlar sus nervios?		
43	¿Tiene pensamientos frecuentes que asocian los síntomas del asma con la muerte?		
44	¿Cuándo su hijo (a) presenta la crisis asmática, usted llora por no saber qué hacer?		

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

CERTIFICADO DE VALIDEZ

Yo, CARMEN DORILA RIVAS, en mi carácter de experto en INVESTIGACION certifico que he leído el cuestionario que será utilizado en el trabajo especial de grado titulado: **CUIDADOS DEL NIÑO ASMÁTICO EN EL HOGAR ENFOCADO EN LA TEORÍA DE NOLA PENDER. AMBULATORIO URBANO TIPO II ALFREDO MACHADO. CATIA LA MAR. EDO VARGAS.** Desarrollado por las T.S.E Figueira Andrea, Gutiérrez Paola y Mejías Mariangel. Como requisito indispensable para optar al título de Lic. En enfermería. El cual en mi criterio reúne los requisitos de validez en cuanto a redacción de las preguntas, claridad, sencillez y orientadas hacia lo que se busca medir.

Firma: 

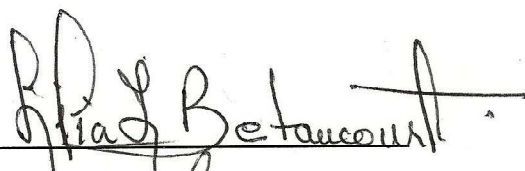
C.I.N: 772102

En Caracas, a los 30 del mes Noviembre del 2011

CERTIFICADO DE VALIDEZ

Yo, Libia I Betancourt, en mi carácter de experto en Docente de Investigación certifico que he leído el cuestionario que será utilizado en el trabajo especial de grado titulado: **CUIDADOS DEL NIÑO ASMÁTICO EN EL HOGAR ENFOCADO EN EL MODELO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DE NOLAPENDER. AMBULATORIO URBANO TIPO II ALFREDO MACHADO. CATIA LA MAR, EDO VARGAS.** Desarrollado por las T.S.E Figueira Andrea, Gutiérrez Paola y Mejías Mariangel. Como requisito indispensable para optar al título de Lic. En enfermería. El cual en mi criterio reúne los requisitos de validez en cuanto a redacción de las preguntas, claridad, sencillez y orientadas hacia lo que se busca medir.

Firma:



C.I.N:

1267326

En Caracas, a los 10 del mes Diciembre del 2011

