

Universidad Nacional de Mar del Plata - Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

Repositorio Kimelü

<http://kimelu.mdp.edu.ar/>

Licenciatura en Terapia Ocupacional

Tesis de Terapia Ocupacional

1999

Terapia ocupacional en el asma bronquial infantil

Bocchieri, Patricia Irlanda

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/903>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

TESIS
DE LA LICENCIATURA EN TERAPIA OCUPACIONAL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y SERVICIO SOCIAL

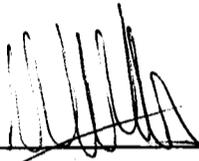
TERAPIA OCUPACIONAL
EN EL ASMA BRONQUIAL INFANTIL

Biblioteca C.E.C.S. y S.S.	
Inventario:	Signatura top
1472	
Voll	Ejemplar:
Universidad Nacional de Mar del Plata	

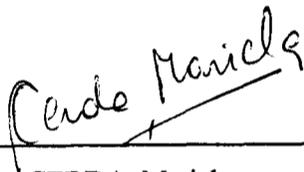
UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA
MAR DEL PLATA
AGOSTO 1999

Handwritten mark

AUTORAS:

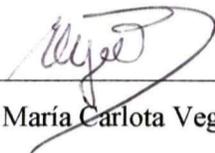


BOCCHIERI, Patricia Irlanda



CERDA, Mariela

DIRECTORA



T.O. María Carlota Vega

ASESORA METODOLÓGICA



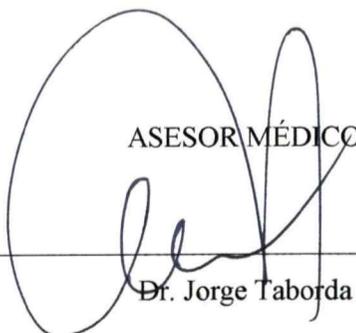
Lic. Sandra Gomes

ASESOR ESTADÍSTICO



Prof. Jorge Ungaro

ASESOR MÉDICO



Dr. Jorge Taborda

AGRADECIMIENTOS

A mis padres, amigos, en especial: Mili, Milagros y Gabriela y a mi novio Roberto, por todo el apoyo y amor que me brindaron. (Mariela).

Quiero agradecer de todo corazón el apoyo de mi familia y amigos, en especial a Michel y mi hija Ailin. (Irlanda)

ÍNDICE

	Página
AUTORAS	2
ASESORES	3
AGRADECIMIENTOS	4
INDICE.....	5
INTRODUCCIÓN	6
TEMA. PROBLEMA. OBJETIVOS	8
ANÁLISIS DEL ESTADO ACTUAL DEL ASMA BRONQUIAL	9
ANÁLISIS DEL ESTADO ACTUAL EN TERAPIA OCUPACIONAL	15
FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	17
Aspectos médicos del Asma Bronquial	18
Enfoques y características psicológicas del niño asmático y su familia	31
Un enfoque desde Terapia Ocupacional	37
Automanejo del Asma Bronquial	45
ASPECTOS METODOLÓGICOS	50
Problema. Objetivos	51
Diseño. Tipo de estudio	52
Población. Muestra inicial. Criterios de inclusión y exclusión. Técnicas de muestreo.....	53
Técnicas de recolección y análisis de datos	55
Prueba piloto	56
— Definiciones de la variable: “Automanejo del Asma Bronquial”	57
Dimensionamiento de la variable: “Automanejo del Asma Bronquial”	58
RESULTADOS	67
CONCLUSIÓN	88
PROPUESTA	90
BIBLIOGRAFÍA	92
ANEXO	96

INTRODUCCIÓN

Abordamos la temática “Asma Bronquial Infantil”, al comenzar a investigar acerca de enfermedades crónicas infantiles, cuando tomamos conocimiento en el transcurso de una práctica clínica en el HIEMI, tanto del elevado número de niños internados por afecciones respiratorias, como de las complicaciones físicas y psíquicas que acarrear las mismas en dichos pacientes.

Al solicitar asesoramiento a informantes claves, recurrimos al Servicio de Neumonología de dicho hospital, donde el Dr. Tabora nos trasladó la inquietud acerca de cuáles serían las incumbencias del Terapeuta Ocupacional en la atención del niño asmático, dado que es una patología de creciente prevalencia y que afecta a niños en edades cada vez más tempranas.

Luego de realizar intensos rastreos bibliográficos nos informamos sobre la importancia del rol que cumple la educación en el tratamiento del niño asmático, por tratarse de una enfermedad crónica, posible de ser controlada con una adecuada educación al paciente y su familia.

Incurriendo más en este tema encontramos que existe una disociación, entre la recepción pasiva del conocimiento de la enfermedad por parte de los niños y la puesta en práctica del conocimiento adquirido por parte de los mismos y de su familia.

Es por esto que nosotras decidimos detenernos en este punto y profundizar sobre algunos aspectos educativos claves para llevar a cabo el tratamiento del niño asmático y valorar cómo es el automanejo del asma bronquial en el niño asmático de 6 a 10 años, que concurre a consultorio externo del Servicio de Neumonología del Hospital Materno Infantil, de la ciudad de Mar del Plata, en el período de diciembre 1998 a enero de 1999.

Así como el automanejo del asma bronquial inadecuado, genera mayor cantidad y frecuencia de síntomas, mayor número de visitas de emergencias, de internaciones, ausentismo escolar y laboral y menor participación activa en actividades deportivas y sociales, también el tipo de automanejo del asma bronquial, influye en el desempeño cotidiano del niño y su familia, lo cual de ser éste inadecuado, no les permite desarrollar una calidad de vida saludable, entendiendo por este concepto, aspectos físicos, psicológicos y sociales. Estos aspectos son influidos por las experiencias, creencias, percepciones y expectativas personales y familiares acerca de la salud.

Con la finalidad de detectar situaciones de riesgo, que comprometan la salud del niño asmático, posibles de ser abordadas tempranamente desde Terapia Ocupacional, se desarrolló como investigación un tipo de estudio exploratorio-descriptivo, para lo cual se utilizó como técnica la recopilación documental y la encuesta administrada a los niños y a sus respectivos padres y/o tutores, realizando un posterior análisis e interpretación de los datos recogidos, lo cual nos permitió elaborar estrategias preventivo terapéuticas para abordar dicha problemática.

TEMA : “Terapia Ocupacional en el Asma Bronquial Infantil”

PROBLEMA

Como es el Automanejo del Asma Bronquial en el niño de 6 a 10 años que concurre a consultorio externo del Servicio de Neumonología del Hospital Materno Infantil, de la ciudad de Mar del Plata, en el período de diciembre de 1998 a enero de 1999.

OBJETIVOS:

1. Caracterizar la población según: Edad, Sexo, Diagnóstico, Grupo Familiar (Nivel educativo de los padres, Ocupación, Antecedentes hereditarios, Recursos socioeconómicos).
2. Valorar las habilidades desarrolladas en el automanejo preventivo en el niño asmático de 6 a 10 años.
3. Valorar las habilidades desarrolladas en el automanejo de las crisis asmáticas en el niño asmático de 6 a 10 años.
4. Detectar y analizar los factores que intervienen en el automanejo del Asma Bronquial en el niño asmático de 6 a 10 años.
5. Considerar la importancia de la inclusión de Terapia Ocupacional dentro del Equipo Interdisciplinario de atención del niño asmático y su familia.

**ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN
ACTUAL
DEL ASMA BRONQUIAL**

El asma bronquial representa un serio problema de salud mundial, dada su creciente prevalencia. En los últimos quince años se ha duplicado la cantidad de asmáticos, sumando aproximadamente entre 130 y 150 millones, que sería el equivalente a la población rusa¹.

La morbilidad es importante y representa una de las mayores causas de ausentismo escolar y laboral, de restricciones a la actividad física y de consultas en áreas de emergencia, generando un significativo problema a las familias afectadas y altos costos al sistema de salud. Si bien la mortalidad en la infancia es infrecuente se ha registrado en la actualidad una tendencia al incremento de la misma.

Es opinión de algunos autores, que es la enfermedad crónica más común en pediatría, convirtiéndose en una nueva paradoja que agita a los científicos. Si bien se ha avanzado en el conocimiento de la enfermedad y se encuentran disponibles medicamentos cada vez más efectivos y seguros, y hay avances en las conductas terapéuticas, las causas de cómo se desarrolla la expansión del asma bronquial tienen aún desconcertados a los expertos.

En EE.UU., el número de asmáticos ha dado un salto mayor del 61% desde 1980 a 1992, en tanto que las muertes por asma se han duplicado por año, a 5000^{2,3} siendo la cantidad aproximada de 14,6 millones, encontrándose 7° en el ranking de las enfermedades crónicas de América^{4,5}. En un estudio sobre las elevadas tasas anuales de hospitalizaciones por asma infantil, desde el nacimiento a los 24 años, se encontró un incremento del 28%, siendo la tasa más alta en niños de 1 a 4 años (82%)⁶.

En junio de 1995, el NAEP: Programa Nacional de Prevención y Educación para el Asma, presentó lineamientos para la actualización en el diagnóstico y el manejo del asma, en el país, entre los cuales se perfilan acciones específicas para que se incremente el entendimiento de los pacientes acerca de su enfermedad y promover sus habilidades de automanejo. En este punto nos parece interesante mencionar, al Hospital de niños de Birmingham, Alabama, donde se llevaron a cabo programas de educación y evaluaciones de su impacto en la calidad de vida y habilidades de manejo del asma en pacientes y familiares. Al Hospital Parkland Memorial, de Texas, en el cual un equipo multidisciplinario del asma, en 1992, detectó un uso excesivo de los servicios de emergencia por los pacientes con asma y propuso intervenciones para intensificar el tratamiento y el desarrollo preventivo de habilidades en el automanejo. La Universidad de Texas y el Centro de Salud en Houston, conducen un programa de educación para mejorar la morbilidad del asma en niños en edad escolar, a través de un programa interactivo computarizado sobre automanejo del asma bronquial y otros materiales didácticos. La Universidad de Michigan, Escuela de Salud Pública, desarrolló un programa de educación para ayudar a los escolares a dirigir sus habilidades en el manejo del asma y a desarrollar su confianza en ellas.

En Inglaterra, están afectadas 3 millones de personas, siendo 1 millón de ellas niños en edad escolar, habiéndose cuadruplicado esta cifra en los últimos 30 años⁷.

¹ CFR. GREICK, E. Revista TIME. "Ávido por Respirar". Editorial: Latin American. EE.UU. 1997. Pág. 32-37.

² CFR. Op. Cit.: 1.

³ CFR. SANCHEZ, C; MARTIN, M. y otros Revista VIVA "Por qué no puedo respirar". N° 1117. Edición N° 18556. Editorial Diario Clarín. Bs. As. 1997. Pág. 20-34.

⁴ CFR. GINA (<http://www.manet.de/asthma/gina>) abril 1998.

⁵ CFR. GINA (<http://www.manet.de/asthma/gina>) mayo 1998.

⁶ CFR. LENFANT, CLAUDE, MD; y otros. "Asthma memo". "Nuevo encuentro de expertos panelistas: Pautas para ser actualizadas". Editorial National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI) and National Asthma Education and prevention Program (NAEP) EE.UU.: 1996. Pág. 1-10.

⁷ CFR. Op. Cit.: 1.

En Francia, hay entre 2,5 y 3 millones de asmáticos, de los cuales un cuarto son infantes y adolescentes⁸.

En Europa Occidental, se ha duplicado en los últimos 10 años, acorde a la investigación de veintidós expertos de la UCB: Instituto de Alergia en Bélgica⁹.

En Alemania, la Asociación de Alergia y Asma, cita que cerca de 4 millones de personas se ven afectadas por la enfermedad¹⁰.

En Australia, una de cada seis personas de alrededor de 16 años tiene asma y la proporción entre niños de edad escolar se ha duplicado en los pasados 20 años¹¹.

En Argentina, la tendencia es similar. Según un estudio de prevalencia realizado por FUNDALER: Fundación para el estudio del Asma y otras enfermedades Alérgicas, del 16 % al 17 % de los niños de 6 años tienen asma bronquial. De los 13 a los 14 años, la cifra desciende al 10 %, para luego ya en la edad adulta, estabilizarse en un 5 %¹². Según estudios más rigurosos y menos alarmistas, la mortalidad por año es de 1000 personas, en el país. Su presidente, el Dr. Nicolás Salmún asegura que "...el Asma aumentó por la polución ambiental, pero todavía se desconoce hasta qué punto es determinante para un asmático vivir en las sierras cordobesas o en el aire salitroso de Mar del Plata..." En una investigación realizada por los Archivos Argentinos de Alergia e Inmunología en Tucumán, se registró el mayor índice de asmáticos (33,35%) en niños de 6 años. Y en la hipercontaminada Capital Federal, el 10,2 % de los casos. "...En el Asma hay todavía muchas dudas y algunas certezas, se sabe, por ejemplo, que el 60 % de los niños asmáticos hace su primera crisis durante los dos primeros años de vida, y que durante la infancia hay más niños que niñas con asma; en la edad adulta, en cambio, la proporción se invierte, 60 % de mujeres frente a un 40 % de hombres..."¹³.

Por estas razones, FUNDALER realiza en Capital Federal y en Gran Buenos Aires, actividades educativas para el paciente y su familia, jornadas de capacitación para profesionales de la salud (Farmacéuticos, Docentes, Enfermeras, Kinesiólogos, Profesores de Educación Física), brindando material educativo para facilitar el manejo de la enfermedad. En conjunto con el CENARD: Campo del Centro Nacional de Alto Rendimiento Deportivo, y la Secretaría de Deportes de La Nación, organizan actividades deportivas para niños asmáticos.

En un recorrido por distintos hospitales del país, se recogieron estos datos sobre el asma bronquial: "...En el Hospital de Niños Doctor Ricardo Gutiérrez, del barrio de Palermo, Bs. As., figuran en sus registros estadísticos 200 pacientes diarios, siendo el 70 %, por problemas respiratorios (Broncoespasmo leve o Asma Severa)..."¹⁴. El Dr. Marcelo Kohan, jefe del Servicio de Alergia dice que "...el número de consultas es abrumador, de las 50 personas atendidas por día en el servicio, 35 concurren por asma..."¹⁵.

El Dr. Daniel Colodenco, jefe del Servicio de Alergia, del Hospital de Rehabilitación Respiratorio María Ferrer, cita que "...más del 80 % de las 4000 consultas que atiende por mes,

⁸ CFR. GINA. Asmanet (recop. Com/asmanet). 1998.

⁹ CFR. Op. Cit.: 1.

¹⁰ CFR. Op. Cit.: 1.

¹¹ CFR. Op. Cit.: 1.

¹² CFR. RIOS, S. "Asma: La nueva paradoja que agita a los científicos". Suplemento Salud. Diario La Nación Sección 6. Bs. As. 11/3/98. Pág. 2.

¹³ CFR. Dr. SALMUN NICOLAS. Op. Cit.: 3. Revista Viva.

¹⁴ CFR. Op. Cit.: 3, pág. 23.

¹⁵ CFR. Op. Cit.: 12.

son por Asma, creciendo el número de consultas permanentemente...^{16,17}. "...En la sala de guardia, se realizó un estudio para conocer la incidencia del asma en los niños y se supo que, el 51% padeció broncoespasmos después de una enfermedad virósica, el 39 % a causa de ejercicio físico exagerado, el 27 % porque resultó sensible a los alérgenos del ambiente, el 26 % por respirar en ambientes donde se fuma y el 17 % restante por otros irritantes..."¹⁸.

El Dr. Carlos Baena Cagnani, jefe de la División de Inmunología Clínica, Alergia y Medicina Respiratoria, del Departamento de Pediatría, del Hospital Infantil Municipal de Córdoba, asegura que "...no le produce escozor la palabra epidemia para referirse al aumento del asma en el mundo; la pregunta clave es por qué se da este incremento y dice, la razón con mayor registro científico hasta ahora tiene que ver con la contaminación que ocurre en el interior de las viviendas y por otra parte, con la caída del potrero en manos de la televisión y de los juegos en las veredas, por el apego a las computadoras que complica las cosas..."¹⁹. En EE.UU., se ha comprobado que la mayoría de las personas pasa por lo menos un 90 % de su tiempo dentro de lugares cerrados, donde la materia fecal de los ácaros se ha convertido en uno de los alérgenos más peligrosos.

El Dr. Baena Cagnani, es actualmente el responsable en América Latina, del GINA: "Global Iniciativa para el Asma" siendo éste un proyecto internacional creado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el NHLBI: Instituto Nacional del Corazón, Pulmón y Sangre, en EE.UU., con el objeto de ayudar a los profesionales de la salud pública a reducir la prevalencia, morbilidad y mortalidad, ocasionadas en el mundo por el asma y preparar reportes actualizados para el manejo y prevención del asma, promoviendo la investigación científica internacional.

El Dr. Colodenco explica que "...el aumento de la prevalencia del asma, afecta tanto al mundo industrializado como a los países en vías de desarrollo, coincidiendo en citar a la creciente contaminación ambiental y el aumento del tiempo que las personas pasan en sus hogares, como posibles causas..."²⁰.

Sin embargo, los Dres. Gilbert Friday y Philip Fireman, se oponen a sus colegas y dan a conocer otros motivos del incremento de la prevalencia del asma en el mundo, tales como, un uso excesivo de broncodilatadores y corticoides, carencia de un plan de entrenamiento para el asmático a la hora de resolver una emergencia, desinformación del paciente y su familia de cómo actuar en caso de un ataque, el inadecuado monitoreo de la función respiratoria y el descuido de los factores psicológicos de paciente.

El Dr. Tim Clark, al opinar sobre el incremento de la prevalencia del asma admite que "...hubo una conspiración de casi 20 años, en donde no se llamaba a los niños, asmáticos, porque esto hubiese alterado a los padres y lo que sucede es que hubo una mejoría en el diagnóstico temprano y un incremento del conocimiento público que dan cuenta de estas cifras..."²¹.

En Buenos Aires, actualmente el Dr. Juan Antonio Mazzei, profesor titular de Medicina Interna de la Universidad Nacional de Buenos Aires, jefe del Servicio de Neumonología del Hospital de Clínicas "José de San Martín" y con quien las tesis hemos tenido entrevistas, realiza en conjunto con la Fundación Favalaro cursos de educación e información para pacientes asmáticos y familiares. Al asistir a uno de los cursos en Junio de 1997 y tomar contacto con las experiencias de

¹⁶ CFR. Op. Cit.: 12.

¹⁷ CFR. Op. Cit.: 3.

¹⁸ CFR. Op. Cit.: 3.

¹⁹ CFR. Op. Cit.: 3.

²⁰ CFR. Op. Cit.: 12.

²¹ CFR. Op. Cit.: 1.

la población adulta, se reflexiona sobre la necesidad de un abordaje educativo temprano. En su libro "Viviendo como asmático", reconoce que el paciente debe ser partícipe activo en el cuidado de su enfermedad y ante todo el asmático debe esperar estar libre de síntomas y llevar una vida normal.

En Mar del Plata, en el INAREPS: Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur, se lleva a cabo desde 1996, el PRO.R.RES: Programa de Rehabilitación Respiratoria, a cargo del Dr. Marcos Carabajal, con los objetivos de disminuir la morbilidad y mortalidad en la población, a través de la mejor focalización y el mejor diseño y coordinación de los servicios en las especialidades que intervienen en el tratamiento preventivo y de rehabilitación²².

En Mar del Plata, en el INE: Instituto Nacional de Epidemiología, el Dr. Guillermo Gallardo, Pediatra, especialista en Neumonología Infantil y Epidemiólogo, desarrolló el único estudio epidemiológico llevado a cabo en nuestra ciudad, cuyos objetivos fueron determinar la prevalencia del asma bronquial, equivalentes asmáticos y patología alérgica, desde el punto de vista de la comunidad y evaluar la relación con los antecedentes hereditarios alérgicos. Se encontró en la población escolar seleccionada, que la prevalencia del asma bronquial en niños de 6 a 7 años, era de 3,94 % y de 3,2 % en niños de 12 a 13 años. Para los equivalentes asmáticos era de 29,74% en niños de 6 a 7 años y de 29,82 % para los niños de 12 a 13 años. Los antecedentes hereditarios de Alergia, estaban relacionados estadísticamente de manera altamente significativa, con las enfermedades obstructivas bronquiales, presentando un riesgo tres veces mayor de desarrollar enfermedades obstructivas bronquiales, los niños con antecedentes alérgicos que los que no lo presentaban²³.

En Mar del Plata, funciona el CeR: Centro Respiratorio, quien brinda tratamiento integral, a niños y adultos asmáticos realizando talleres de educación y prevención en asma, dirigidos a pacientes: niños, adolescentes, y adultos; como así también talleres para padres.

El equipo interdisciplinario está compuesto por el Dr. Jorge Taborda Pediatra y Neumonólogo Infantil, la Dra. Adriana Rosi Neumonóloga Infantil, la Lic. Psicóloga Ana María García, el Kinesiólogo Rubén Rueda y el Profesor de Teatro, Alberto González.

En Mar del Plata, en el Hospital Materno Infantil, según estadísticas obtenidas en la coordinación de Zona Sanitaria VIII del Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Bs. As., se atendieron en el año 1993, 46.272 pacientes en Clínica pediátrica, de los cuales se derivaron a Neumonología Infantil un 9 %, un total de 4.182, en 1994, 42.502 pacientes consultaron en Clínica pediátrica, de los cuales se derivaron un 12,2 %, equivalente a 5.172 pacientes²⁴. Según estadísticas obtenidas en el Centro de Cómputos del Servicio de Estadística de dicho hospital, el número total de consultas a consultorio externo del Servicio de Neumonología Pediátrica en el año 1996 fue de 3.399 pacientes, en el año 1997 fue de 3.471 pacientes y en el año 1998, hasta Junio inclusive fue de 2.150 pacientes no encontrándose discriminados los datos por edad-diagnóstico. El número de Internaciones con diagnóstico de asma en el año 1996 fue de 138.

Respecto a la educación que reciben los pacientes de dicho hospital el Dr. Jorge Taborda, perteneciente al Servicio de Neumonología, afirmó que los padres reciben el 100% de la

²² CFR. Dr. CARABAJAL. Proyecto PRO.R.RES. INAREPS. Mar del Plata. 1996.

²³ CFR. Dr. GALLARDO GUILLERMO y otros. "Prevalencia del Asma Bronquial y Equivalentes Asmáticos y su relación con Antecedentes Hereditarios de Alergia en niños escolares". Instituto Nacional Epidemiología. Mar del Plata. 1991.

²⁴ CFR. Op. Cit.: 22. "Análisis de la Situación Actual". Pág. 6.7. "Análisis de la Situación Actual". Mar del Plata. 1996. Pág. 6-7.

información acerca de la enfermedad en forma oral durante las consultas y los niños en menor porcentaje, y que se han organizado talleres de educación, en tres oportunidades a los cuales asistieron 20 padres en la primer reunión y sólo cuatro en la segunda, a pesar de haberse informado acerca de su realización a través de diferentes medios de difusión.

Teniendo en cuenta la demanda creciente de atención a los servicios de Neumonología, creemos que sería importante la implementación de Programas de Educación, destinados a los padres y niños con diagnóstico de asma, a través de un trabajo en conjunto de las diferentes disciplinas que abordan a estos pacientes.

**ANALISIS DE LA SITUACION
ACTUAL
EN TERAPIA OCUPACIONAL**

En la búsqueda de antecedentes de ejercicio en Terapia Ocupacional, se hallaron estudios realizados en adultos sobre asma ocupacional²⁵, de rehabilitación respiratoria²⁶ y de rehabilitación de enfermedades pulmonares obstructivas crónicas^{27, 28}.

En relación al ASMA BRONQUIAL INFANTIL, sólo se encontró una monografía brasileña²⁹, donde plantean una modalidad de abordaje ambulatorio del niño asmático, a través del equipo de rehabilitación compuesto por: Fisioterapia, Fonoaudiología, y Terapia Ocupacional, de la cual no detallan su participación.

En EE.UU., en comunicación con la AOTA, Leslie, L. Jackson, Med, OT, Pediatric Program Manager, nos informó que no se dispone de antecedentes escritos en su base de datos.

En Argentina no tomamos conocimiento de terapeutas ocupacionales que aborden dicha patología, sólo algunos profesionales nos transmitieron sus experiencias esporádicas en el tratamiento de niños con diagnóstico de asma u otras afecciones respiratorias, no contando las mismas con material por escrito.

²⁵ CFR. LABBATE y otros. Revista Salud Ocupacional. "Asma Ocupacional". N° 53. Año XI. Editorial: Sociedad de Medicina del Trabajo de la Provincia de Bs. As. 1993. Pág. 12-16.

²⁶ CFR. COLL, R.; PRITO, H. y otros. Revista Archivos de Bronconeumología. "Terapia Ocupacional en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica". Volumen 30 N° 2. Biblioteca Hospital del Torax, Dr. A. Cetrancolo España. 1994. Pág. 101-104.

²⁷ CFR. GUNDEGA, F., OTR y otros. American Journal of Occupational Therapy. "Un Program de T.O. para el paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica". Volumen XXIV. N° 3. EE.UU. 1970. Pág. 181-186.

²⁸ POMERANTZ PHYLIS y otros. The American Journal of Occupational Therapy. "Terapia Ocupacional para enfermedad obstructiva crónica de pulmón." Volumen 29 N° 7. EE.UU. 1975. Pág. 407-11.

²⁹ CFR. GABARRA JUNQUEIRA, F. y otros. "Abordaje Fisioterápico Ambulatorio del Asma Bronquial Infantil". Brasil, Sao Pablo. 1990. Pág. 56-61.

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

*ASPECTOS MÉDICOS
DEL ASMA BRONQUIAL*

ASMA BRONQUIAL

DEFINICIÓN:

El asma bronquial es una enfermedad inflamatoria crónica de las vías aéreas que lleva a una respuesta exagerada de las mismas ante diferentes estímulos y produce síntomas generalmente asociados a la obstrucción difusa y variable del flujo aéreo. Esta obstrucción habitualmente es reversible en forma espontánea y con el tratamiento, no tiene siempre la misma severidad. Los criterios que permiten definir el asma bronquial son¹:

- CLÍNICOS: síntomas y signos de obstrucción bronquial recurrente.
- FISIOLÓGICOS: hiperreactividad bronquial.
- HISTOLÓGICOS: inflamación bronquial.

DIAGNÓSTICO:

En los niños el diagnóstico es esencialmente clínico y se basa en dos aspectos:

- Episodios reiterados de obstrucción bronquial.
- Reversibilidad de los mismos en forma espontánea o ante la administración de broncodilatadores.

Ante todo niño, independientemente de su edad, con episodios recurrentes (tres o más) de sibilancias y/o disnea debe considerarse inicialmente este diagnóstico. Según algunos autores (1), la historia natural del asma bronquial depende de la edad de comienzo: en lactantes y preescolares puede presentarse en los primeros meses de vida, aunque es difícil formular el diagnóstico definitivo hasta que el niño alcanza los cinco o seis años.

La hiperreactividad de las vías aéreas es mayor en los primeros tiempos de vida, por lo que es muy amplio el espectro de enfermedades que determinan obstrucción bronquial en los niños pequeños. Este comportamiento particular puede explicarse porque la efectiva fuerza contráctil del músculo liso bronquial no es contrarrestada eficazmente por:

- La ausencia o poco desarrollo del cartilago.
- La menor retracción elástica a esta edad.
- El menor número de vías aéreas.
- La menor área de sección transversal de las mismas.

En lactantes, no hay dudas respecto de que, las infecciones virales son la causa más común de sibilancias en cambio, en escolares a partir de los seis o siete años, la alergia es la causa más común asociada con el asma bronquial y el principal factor etiológico. En esta etapa de la vida el papel de las infecciones virales no está del todo claro.

¹ GRENOVILLE, M., Dr. y otros. Revista Archivos Argentinos de Pediatría. "Consenso Nacional. Asma Bronquial en la Infancia. Criterios de Diagnóstico y Tratamiento". Volumen 93. Editorial: Sociedad Argentina de Pediatría. Bs. As. 1995.

Una historia clínica cuidadosa es el elemento más importante en la evaluación de un niño en el cual se sospecha el diagnóstico de asma bronquial. Los síntomas que pueden aparecer en forma periódica bajo la forma de crisis diurnas o a predominio nocturno, su estacionalidad, su relación con factores desencadenantes, sumados a los antecedentes de atópia personal o familiar, son orientadores para el diagnóstico; pudiendo ser corroborados a través de los estudios de laboratorio de rutina y especializados (test del sudor, pruebas de gases en sangre), y de la evaluación de la función pulmonar, por medio de la espirometría y el monitoreo del medidor pico flujo. La espirometría, se trata de un estudio objetivo, que permite establecer con precisión el grado de obstrucción bronquial en un momento dado, analizar la evolución en el curso del tiempo y medir la respuesta al broncodilatador. El monitoreo del pico flujo espiratorio es útil para el seguimiento del niño mayor de cinco años, tiene valor para determinar la severidad y el grado de variación circadiana de la obstrucción bronquial, para seguir la evolución de los síntomas y realizar recomendaciones terapéuticas.

Permite detectar el deterioro sintomático de la función pulmonar y en estas circunstancias intervenir precozmente mediante un ajuste de la medicación antes de que la crisis prosiga y monitoreando la respuesta al tratamiento. Provee más información para la toma de decisiones por parte del médico y del grupo familiar. Para realizar la medición del pico flujo espiratorio, se utiliza un dispositivo de plástico con forma de tubo o caja, con una escala y un indicador en una de sus partes laterales.

La maniobra a realizar es la siguiente: el paciente debe primero llenarse de aire y luego soplar con su máxima fuerza en la boquilla del aparato, leyendo después en la escala el flujo registrado, la maniobra debe repetirse tres veces y tomar como cierta la medición más alta y como depende del esfuerzo, los pacientes necesitan ser entrenados para realizar sus mejor esfuerzo.

Lo ideal es que cada paciente que posee un MPF aprenda a usarlo y registrar su flujo varias veces al día. Para esto se utiliza una planilla con los registros del flujo pico en horarios preestablecidos –generalmente antes y minutos después de la medicación, formando un gráfico que muestra los valores obtenidos durante varios días. Los datos obtenidos son de gran importancia para el control de la enfermedad.

Es importante que el paciente conozca el valor normal de flujo pico que debe tener, el cual depende de su altura, edad y sexo.

Los beneficios de su uso son:

- Conocer cuál es su mejor valor F.P.
- Conocer los cambios del F.P. con el broncodilatador y medir la variabilidad.
- Durante los períodos de desmejoría medir objetivamente cuál es el grado.
- Cuando se cambia el tratamiento saber si hay buena respuesta.
- Poder medir caídas del F.E.P. antes de que aparezcan los síntomas y determinar si es necesaria una consulta de urgencia.
- Identificar los desencadenantes del asma cuando aparezcan caídas del F.E.P.

Se recomienda usarlo:

- Diariamente a la misma hora, sino, dos o tres veces por semana.
- Cuando se resfríe, o esté engripado.
- Cuando se siente tan bien como de costumbre.
- Cuando sepa que ha estado expuesto a algo que puede desencadenar una crisis.

– Cuando ha cambiado el tratamiento.

Se recomienda el uso diario del mismo en pacientes mayores de cinco años, porque requiere comprensión y colaboración del paciente, que tienen asma moderada y severa.

Por lo tanto, en la anamnesis es importante recoger todos los datos que se refieren al comportamiento del niño, su medio familiar, y cultural y su forma de relacionarse con el entorno y su enfermedad.

FISIOPATOLOGÍA: ¿QUÉ PASA EN LAS VÍAS AÉREAS EN EL ASMA BRONQUIAL?

La enfermedad es el resultado de la obstrucción temporaria de las vías aéreas, los bronquios se estrechan, sus calibres disminuyen y la circulación del aire se entorpece dificultándose su exhalación. Son dos los principales mecanismos que producen la obstrucción bronquial:

- **BRONCOESPASMO:** consiste en la contracción de los músculos de la pared de los bronquios y su calibre disminuye.
- **INFLAMACIÓN DE LA PARED DE LOS BRONQUIOS:** la cara interior de los bronquios está revestida de una capa de tejido muy delicada o mucosa que en caso de inflamación retiene líquido, (edema) disminuyendo la luz del bronquio afectado. Al mismo tiempo se produce un aumento de las secreciones, la célula de la mucosa y de la pared de los bronquios pueden ante la presencia de un factor irritante producir mayor cantidad de secreciones o moco.

Dada la variabilidad de estos componentes, los trastornos funcionales son muy cambiantes y fluctúan entre la normalidad funcional y la gravedad más extrema.

FACTORES PREDISPONENTES:

Los factores predisponentes que determinan que un individuo pueda desarrollar en algún momento de su vida esta enfermedad son: alergia, alteraciones del sistema inmune, alteraciones celulares, alteraciones bioquímicas, alteraciones del sistema nervioso autónomo y genéticas.

ALTERACIÓN DEL SISTEMA INMUNE:

El asma bronquial se ha confirmado en estudios actuales que está asociado a un factor hereditario, descrito como un desorden atópico o atopía definida como la predisposición a producir cantidades anormales del IgE (son anticuerpos sanguíneos o inmunoglobulinas) en respuesta a la exposición a antígenos ambientales, convirtiéndose en el factor predisponente más importante del asma bronquial.

Para que se produzca en un individuo, se requiere la interacción de dos factores, uno genético, y otro del medio ambiente, además de los raciales, en la iniciación y la persistencia de la enfermedad.

ALTERACIONES GENÉTICAS:

Ese factor genético hoy se conoce como complejo y multifactorial, porque no se transmite en la forma mendeliana con su carácter autosómico dominante o recesivo; sino de una manera poligénica a través de varios cromosomas. El fenotipo se asocia con asma, hiperreactividad bronquial, IgE elevada y pruebas positivas con alergen. Es sugerido por estudios que varios genes participan de esa transmisión, localizados en los cromosomas 5 - 6 - 11 - 14.

ANORMAL FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO: Que inerva a los nervios de los bronquios.

ALTERACIONES BIOQUÍMICAS: Como la producción anormal de histamina que hace que los músculos bronquiales se contraigan, inflamen, produzcan moco y originen reacciones alérgicas o crisis de asma.

ALTERACIONES CELULARES: Que se encuentran en la sangre y en los tejidos.

FACTORES DESENCADENANTES:

Son los que actúan para que la enfermedad se manifieste desde el punto de vista clínico, sin ellos puede permanecer oculta o latente. La lista que a continuación se desarrolla enumera los factores más frecuentes:

- Infecciones respiratorias virales.
- Sustancias alérgicas ambientales inhaladas (productos de limpieza, blanqueadores, polución de fábricas) y alimenticias (huevo, leche, pescado, chocolate, maní, uvas, tomates).
- Situaciones emocionales (llanto, risa, ira).
- Medicamentos (aspirinas, agentes anestésicos, penicilina).
- Cambios ambientales, climáticos, bruscos (aire frío, humedad excesiva, aire caliente).
- Exposición a irritantes (animales, humo de tabaco).
- Ejercicio.
- Conservadores o aditivos de alimentos (jugos, glutamato monosódico).
- Reflujo gastroesofágico.
- Cambios endócrinos (embarazo, menstruación, enfermedades tiroideas).
- Exposiciones ocupacionales.

Otros autores subdividen a los alergen en dos categorías:

- **Intradomiciliarios:** se incluyen entre ellos a los ácaros domésticos (parientes microscópicos de las arañas, se alimentan de la escamación de la piel humana, viven en lugares húmedos y polvorientos de baja altitud) el polvo de habitación, la caspa y saliva de animales (gatos, perros,

conejos, pájaros, hámsters), las cucarachas y los hongos. Los ácaros son los alérgenos intradomiciliarios más potentes y son la causa más frecuente de asma bronquial a nivel mundial.

- Extradomiciliarios: se incluyen entre ellos a los pólenes que provienen de árboles, pastos y malezas y los hongos.

Según los mecanismos de producción del asma bronquial se puede clasificarla en:

ASMA ALÉRGICA o EXTRÍNSECA:

Donde es posible descubrir las causas externas desencadenantes. La influencia hereditaria es notoria y el aumento de la IgE en sangre es característico, siendo las alteraciones inmunológicas las que predominan.

Son frecuentes en estos pacientes, la presencia de rinitis alérgica, eccema, conjuntivitis alérgica, urticaria, y otras manifestaciones.

ASMA NO ALÉRGICA o INTRÍNSECA:

Donde se comprueban múltiples causas que producen crisis, como el ejercicio, la risa, pero no hay mecanismos alérgicos en juego, no existen antecedentes familiares de tipo alérgico, las pruebas de alergia son negativas y los estudios inmunológicos son normales.

MEDIDAS DE CONTROL AMBIENTAL

La identificación de los desencadenantes que inducen la inflamación y la obstrucción aguda de la vía aérea es un paso importante en la prevención del asma. Al evitarlos se logra una reducción de los síntomas, una disminución de la hiperreactividad bronquial a largo plazo y un menor requerimiento de fármacos.

A los niños y su familia se les debe estimular para que reconozcan sus desencadenantes específicos, sean éstos alérgenos, irritantes químicos, agentes farmacológicos, infecciones virales, cambios físicos como ejercicio, aire frío y factores emocionales.

El inadecuado control del medio ambiente perjudica el manejo del paciente implicando un mayor uso de fármacos antiinflamatorios y broncodilatadores. En niños alérgicos con asma, los aeroalérgenos son una importante causa de reactividad de la vía aérea. La presencia de síntomas está relacionada con la cantidad de alérgenos presentes. El control del medio ambiente reduce la exposición a los alérgenos interiores y exteriores, aunque raramente es posible lograrlo en forma completa.

Las condiciones de la vivienda imponen el medio ambiente en el que se desarrollan los pacientes. A modo de ejemplos citaremos la mala ventilación, la humedad, la presencia de animales, el contacto con materiales laborales de su familia (textiles, sustancias químicas, depósitos de alimentos, cueros, cartones, cosméticos), las pautas culturales de limpieza, el tipo de mobiliario y los elementos de decoración (cortinados, alfombras, empapelados, rellenos de colchones, almohadas, sillones, muñecos), la presencia de irritantes como el humo de cigarrillo, perfumes, aerosoles de desinfección, desodorantes, insecticidas.

Los dermatofagoides, ácaros constantes habituales del polvillo doméstico, con sus detritus constituyen el alérgeno más importante. Se debe intentar reducir drásticamente su presencia.

Los niños alérgicos tienden a sensibilizarse con mucha facilidad frente a la caspa, saliva, orina y pelo de los animales de sangre caliente tales como perros, gatos, pequeños roedores, pájaros. Los alérgenos residuales son difíciles de eliminar y pueden persistir en el hogar durante muchos meses después del alejamiento del animal.

Las pólenes son causa de alergia estacional y se observan con más frecuencia en los adolescentes, dependiendo del medio geográfico en el que vivan.

La casa del niño y principalmente su habitación en la cual pasa, sumando horas de sueño, estudio y juego, más de la mitad de su vida deben ocupar nuestra atención.

Recalamos que las medidas de control ambiental deben ser más estrictas en función de la gravedad y severidad del cuadro clínico.

CUADRO CLÍNICO:

Los síntomas clásicos del asma bronquial se caracterizan por episodios de broncoespasmo intermitente y variable (reversible) que se manifiestan por²:

- CERRAZÓN - OPRESIÓN TORÁCICA
- DISNEA
- SIBILANCIAS EN EL PECHO
- TOS

Los síntomas iniciales en general son vagos y suelen asociarse con rinitis. Luego aparecen accesos de tos seca, sibilancias, disnea u opresión torácica. La tos, que al comienzo no es productiva, progresa hacia una tos húmeda y, en niños mayores, aparece expectoración de un material mucoso y viscoso.

Los síntomas pueden variar según los enfermos ya que algunos sólo tienen tos, otros sólo sibilancias, otros sólo cerrazón de pecho y a su vez, algunos los presentan en episodios o crisis y fuera de ellos están totalmente libres de molestias, otros tienen síntomas permanentes, presentando episodios de empeoramiento de los mismos.

El examen físico suele ser normal, ya que los síntomas del asma bronquial son característicamente episódicos, menos en el asmático severo, pero en el curso de una exacerbación aguda, llamada "crisis de asma", entendiéndola como el momento de máxima obstrucción bronquial, con gran dificultad para el paso del aire y sensación de ahogo con su efecto perjudicial sobre la mecánica respiratoria, se puede constatar que el niño se presenta: intranquilo, taquipneo, con sudoración, tiraje intercostal o espiración forzada, y con frecuentes sibilancias audibles.

La manifestación de las crisis es diferente según la rapidez del inicio, severidad, tiempo de duración por ejemplo, cuando es desencadenada por alérgenos o ejercicio es más rápida, en relación a cuando es desencadenada por infecciones respiratorias que es más lenta, su aparición.

Son signos de gravedad:

² GRENOVILLE, M., Dr. y otros. Op. Cit..

- Trastornos de la conciencia (Depresión, Excitación).
- Insuflación torácica acentuada.
- Dificultad para hablar, toser, llorar.
- Empleo de músculos accesorios para la respiración.
- Presencia de cianosis.
- Incapacidad ventilatoria severa.
- Presencia de pulso paradójal.
- Desaparición de las sibilancias, en un paciente con severa obstrucción.
- Presencia de vómitos, sudoración, picazón en la piel.
- Cambios en el carácter.
- Ansiedad.

Son criterios de internación:

- Paciente con crisis de asma aguda, que no responde al tratamiento realizado en su hogar o en emergencia.
- Paciente con crisis con: historia previa de síncope, convulsiones, necesidad de respiración asistida o mecánica, alteraciones del estado de la conciencia, o manifestaciones neurológicas, compromiso hemodinámico (taquicardia, bradicardia, hipertensión arterial), Neumotórax, signos de intoxicación con agentes terapéuticos.
- Paciente con crisis de más de 24 horas de evolución, medicado con Beta 2 agonista y corticoides.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:

Los fármacos utilizados para revertir y prevenir la obstrucción del flujo aéreo se dividen en:

- **BRONCODILATADORES** o Aliviadores: Se utilizan para dilatar los bronquios obstruidos por contracción de los músculos. NO disminuyen la inflamación bronquial. Previenen la contracción en el asma por ejercicio. Son los Beta 2 adrenérgicos y anticolinérgicos que incluyen los medicamentos disponibles a la venta como: Ventolin, Berotec, Asmatol, Salbutamol.
- **ANTIINFLAMATORIOS PREVENTIVOS:** Se utilizan para la obstrucción bronquial. Previenen la hinchazón de la pared de las vías aéreas y la producción de moco que genera obstrucción. Previene que los factores desencadenantes produzcan contracción muscular alrededor de las vías aéreas. Disminuyen la necesidad de broncodilatadores. Sólo actúan si se usan todos los días, incluyendo cuando se siente bien. No producen alivio inmediato, pero sí, controlan el asma a largo plazo. Son los corticoides que incluyen medicamentos disponibles a la venta como: Neumotex, Flixotide, Flípeitec, Budesonide, Propavent, Budesom.
Otros medicamentos son: Cromoglicato disódico que previene el AIE si se administra 30 minutos antes y se encuentra como medicamento disponible a la venta: Intal en aerosol..
Necrodil, que se encuentra como medicamento disponible a la venta: Tilade aerosol.

- **ASOCIADOS:** son broncodilatadores y antiinflamatorios como el Ventide y Salbutanol Bedo.

La vía de administración de los medicamentos para el asma bronquial es preferentemente inhalatoria (aerosoles, polvo seco, soluciones para nebulizar) ya que permiten administrar concentraciones adecuadas, evitando generalmente efectos colaterales. Este método presenta la necesidad de un entrenamiento del paciente para coordinar la correcta administración del mismo.

Otras vías de administración usadas menos frecuentemente son la oral (jarabe, comprimidos), inyectable intramuscular o endovenosa y la rectal (supositorios) que su práctica está prácticamente abandonada en la actualidad.

INMUNOTERAPIA

Es el uso de vacunas, su indicación debe realizarse en conjunto con el tratamiento farmacológico preventivo y bajo las siguientes condiciones: demostración de la sensibilidad alérgica en relación con la sintomatología clínica e imposibilidad de eliminar el alérgeno ofensor; debe ser prescripta por médicos alergistas y su administración supervisada por médicos entrenados en el tratamiento de las reacciones adversas.

Según el Dr. D. Colodenco, se ha demostrado su efectividad sólo cuando la persona es alérgica a uno o dos elementos del ambiente (no más) y éstos no pueden ser evitados ni atenuados mediante el control ambiental. En asma su uso es discutible, actualmente, existiendo controversia en la edad que debe tener el niño al iniciar al tratamiento.

CLASIFICACIÓN:

En la revisión de la literatura médica se halla clasificado, el asma bronquial, de muy diversa maneras. Para el desarrollo de la presente investigación se utilizará la clasificación establecida por la SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA en el Consenso Nacional realizado en 1995, sobre "ASMA BRONQUIAL EN LA INFANCIA. CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO", dado que actualmente es la que implementa el Dr. Jorge Taborda, Neumólogo Infantil, a cargo de la población del Hospital Materno Infantil de Mar del Plata, de la cual se seleccionará la población de estudio.

La clasificación es indispensable para establecer la necesidad de esquemas terapéuticos. Se realiza en base a la frecuencia, cronicidad, y severidad de los síntomas y los exámenes funcionales requeridos. Esta subdivide al asma bronquial en:

- **ASMA LEVE :**

Se caracteriza por la escasa magnitud de los síntomas. Estos son de corta duración, no interfieren con el sueño, ni con la calidad de vida. Los episodios de tos y sibilancias ocurren menos de seis veces por año. Es una enfermedad intermitente, frecuentemente desencadenada por una

infección respiratoria o exposición a un alérgeno. Cuando los pacientes están asintomáticos, el examen clínico y funcional es normal y estos períodos son significativamente prolongados.

- **ASMA MODERADO:**

Se caracteriza por crisis frecuentes, una por mes en promedio, y no afecta al crecimiento y desarrollo. La espirometría en períodos intercríticos puede ser normal o revelar datos de incapacidad ventilatoria obstructiva leve. En este grupo de pacientes se incluye también aquellos con tos persistente a predominio nocturno o de aparición ante ejercicio físico o risa.

- **ASMA GRAVE:**

Incluye pacientes con crisis severas y frecuentes. La sintomatología respiratoria con sibilancias persistentes y disnea interfieren en la actividad cotidiana. El sueño es entrecortado por la tos y la disnea. La calidad de vida del paciente y su familia está afectada. Los estudios funcionales en intercrisis, son patológicos. Se caracteriza por requerir tratamiento preventivo, farmacológico, con esquemas personalizados, monitoreo del pico flujo espiratorio y supervisión continua.

La clasificación inicial de un paciente puede ser modificada en el curso de la evolución de la enfermedad o luego de un tratamiento preventivo.

Una forma especial de asma bronquial, que por su gravedad detallamos a continuación es la llamada "**Crisis de asma aguda severa**", que se define como una obstrucción bronquial progresiva refractaria al tratamiento. Ésta puede ocurrir en cualquier momento de evolución de todo paciente asmático.

Es la complicación más grave del asma, ya que pone en peligro la vida del paciente y requiere hospitalizaciones y manejo en la unidad de cuidados intensivos.

Se presenta con mayor frecuencia en adolescentes (edad promedio, 13 años) en cuya historia se destacan, entre otros factores, automedicación inapropiada, suspensión extemporánea del tratamiento sin indicación médica.

El análisis de pacientes que han muerto por asma dentro o fuera del hospital, muestra consistentemente que ni el enfermo ni el médico evaluaron adecuadamente la gravedad de la crisis.

Otros autores distinguen, en forma detallada, el **asma nocturna**:

Es cuando el paciente despierta durante la noche o al amanecer con tos, pecho apretado, ahogos y sibilancias.

Estos síntomas interrumpen el sueño e interfieren con la actividad en la vigilia. Los factores que probablemente desempeñen un papel importante en su patogenia son: el aumento del tono parasimpático, la disminución de la actividad adrenérgica, el aumento de la inflamación de las vías aéreas y de la capacidad residual funcional durante la noche. Tiene que ver con el cansancio, la posición en la cama, que aumenta las secreciones, y con las corrientes de aire en la habitación; y el **asma inducida por ejercicio (AIE)** que es la situación en la cual se presenta obstrucción sibilante de la vía aérea como consecuencia del ejercicio vigoroso. Definida en términos fisiopatológicos, ocurre cuando el ejercicio vigoroso es capaz de aumentar la resistencia de las vías aéreas junto con la inhalación de aire frío.

El AIE está subdiagnosticada y, por consiguiente, no se indican las medidas adecuadas para prevenir la aparición de los síntomas.

El **asma ocupacional**: ocurre ante la exposición de irritantes en el lugar de trabajo. Otros autores, describen una situación particular donde se les presentan casos de **asma de difícil manejo**, cuando hay clara dificultad en lograr el control, tanto sintomático como funcional de la patología. Dentro de las posibles explicaciones se deben considerar:

- Falta de conocimientos adecuados de la enfermedad por parte de la familia y del paciente.
- Falta de conocimiento de los medicamentos, la importancia de su uso y las acciones básicas que están cumpliendo.
- Falta de interés.
- Limitaciones económicas.
- Fallas en el control ambiental.
- Componente emocional importante alrededor de la enfermedad.
- Presencia de otras patologías agregadas, que no han sido adecuadamente identificadas.
- Formas de asma muy severas.

COMPLICACIONES:

Se considera cómo tales, a las situaciones patológicas que pueden sobrevenir a consecuencia del asma bronquial. Se pueden dividir en dos grupos:

COMPLICACIONES DE LAS CRISIS DE ASMA

- **NEUMOTÓRAX:** en las crisis, los pulmones están muy inflados, llenos de aire, ya que el paciente presenta mayor dificultad en la espiración que en la inspiración. Esta gran presión hace que el aire de los alvéolos pueda pasar a la pleura, produciéndose lo que se llama Neumotórax. Cuando esto ocurre el paciente siente un fuerte dolor en el tórax, como una puntada en el costado y su dificultad para respirar aumenta.
- **ENFISEMA SUBCUTÁNEO:** en este caso, el aire de los alvéolos pasa al mediastino, que es la parte central del tórax entre los dos pulmones o directamente se escapa de la pleura y pasa a los músculos, acumulándose debajo de la piel, ésta se hincha y al palparla se sienten crepitaciones.
- **ATELECTASIA:** ocurre cuando un bronquio pequeño o grande se tapa, en este caso por moco, el aire no puede ser llevado hasta los alvéolos que corresponden a ese sector, los cuales se desinflan. Esta situación también empeora la evolución de la crisis.
- **COMPLICACIONES CARDÍACAS AGUDAS:** son raras pero muy graves. Esta situación se debe, casi siempre, a la falta de oxígeno y se presenta sólo cuando la crisis es muy grave .

COMPLICACIONES CRÓNICAS DEL ASMA:

- **DEFORMIDADES DEL TÓRAX:** cuando la enfermedad afecta al individuo desde joven y durante muchos años, podemos observar que el tórax se ensancha, sobre todo en un diámetro anteroposterior.
- **INCAPACIDAD VENTILATORIA CRÓNICA:** es cuando pasa de tener crisis esporádicas a tener síntomas permanentes, que limitan las actividades diarias sin que puedan controlarse con el tratamiento habitual.
- **COMPLICACIONES CARDÍACAS:** cuando el pulmón está permanentemente enfermo, la parte derecha del corazón debe trabajar con mayor esfuerzo y padecer las consecuencias a lo largo de los años. Es lo que se llama "corazón pulmonar crónico".

PRONÓSTICO :

En general la edad de comienzo del asmático tiene importancia pronóstica cuando ésta se presenta en los primeros años de vida. Si un niño tiene episodios obstructivos frecuentes y prolongados durante los dos primeros años de vida y, además, presenta otros estigmas atópicos (en especial eccema) tiene una probabilidad de un 70 a un 75 % de seguir con asma bronquial crónica a los 21 años de edad (muy superior al 40 % que tiene la población asmática total). Las deformidades torácicas tienen importante valor pronóstico, por lo general, los pacientes que llegan a los 10 años de edad con el tórax en tonel, siguen siendo asmáticos en la edad adulta. El grado de severidad entre los 10 y los 14 años, es uno de los mejores índices pronósticos; cuando a esa edad el paciente tiene asma moderada o grave, una alta proporción continuará presentando el mismo tipo de asma en la vida adulta.

EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO:

Los niños que pertenecen a la muestra de estudio merecen especial atención por estar atravesando una etapa de crecimiento y desarrollo en todos sus aspectos.

Dado que el asma bronquial es una enfermedad que involucra al niño física, psicológica y socialmente y que dicha condición interfiere en la dinámica familiar, es que consideramos de vital importancia el trabajo en equipo para brindarle a los niños y sus familiares las herramientas necesarias para manejar adecuadamente la enfermedad.

De acuerdo al criterio de cada institución, las especialidades que están o podrían estar interviniendo, son las siguientes: Pediatras, Neumólogos Infantiles, Alergistas, Otorrinaringólogos, Odontólogos, Nutricionistas, Servicio Social, Psicología, Fonoaudiología, Kinesiología, Profesor de Educación Física, Terapia Ocupacional, Profesor de Yoga.

*ENFOQUES Y CARACTERÍSTICAS
PSICOLÓGICAS DEL NIÑO
ASMÁTICO Y SU FAMILIA*

Para poder analizar e intervenir desde una mirada más integradora del sujeto, creemos conveniente desarrollar además de los aspectos médicos, algunos conceptos referidos al enfoque psicológico.

A partir de la revisión bibliográfica de las teorías psicológicas que han estudiado acerca del asma bronquial infantil la teoría psicoanalítica y sistémica, son las que más publicaciones tienen respecto del tema. Probablemente haya material bibliográfico más actualizado y abordado desde otras teorías que desarrollen estos aspectos psicológicos a los cuales no hemos tenido la posibilidad de acceder.

Si bien la Terapia Ocupacional tiene un cuerpo de teorías que avalan su práctica profesional, consideramos enriquecedores los aportes que realizan otras ciencias o teorías para disponer de mayores herramientas al intervenir, preventiva o terapéuticamente.

Según las teorías psicoanalíticas del desarrollo temprano se considera que la relación madre-hijo, es el eje en torno al cual gira el desarrollo normal del niño y que la mayor parte de los trastornos surgen en la niñez en el transcurso de este desarrollo.

El asma bronquial, por su carácter altamente angustiante, ligado a la posibilidad de ahogarse, de no respirar, de morir acaso, fue una de las primeras enfermedades estudiadas con el enfoque de la medicina psicosomática.

La evaluación psicológica de miles de enfermos asmáticos y el reconocimiento de las raíces psíquicas que ahondan, aumentan o precipitan las crisis fueron dando de suyo un perfil del sujeto asmático con un yo fundamentalmente débil, donde la adherencia a la madre tenía su sustrato en el rechazo de ésta y la sobrecompensación de la culpa básica que esto originaba. Pudiéndose comprobar así, que las relaciones alteradas con la madre conforman el nivel psicológico primario desde donde se desenvolverá, bajo diferentes grados y circunstancias la enfermedad, siempre y cuando exista lo fundamental, es decir, el terreno predisponente sin el cual no hay asma bronquial¹.

CUÁNDO APARECE EL SÍNTOMA

El episodio traumático más frecuente en la aparición de la crisis asmática está relacionado con el temor a la pérdida real o fantaseada de alguno de los padres. Este miedo se asocia a muerte, separación o abandono. Otros episodios frecuentes son²:

- Muerte de un familiar.
- Separación o divorcio de los padres.
- Nacimiento de hermanos.
- Mudanzas.
- Intervenciones quirúrgicas sin preparación previa.
- Corrección demasiado brusca de hábitos adquiridos, por ejemplo, succión del pulgar.
- Acción violenta sobre el niño por medio de castigos o amenazas.
- Intervenciones quirúrgicas sin preparación previa.

¹ CFR. ORTOLANI, EVA, B. Revista Archivos Argentinos Alergia e Inmunología Clínica. Volumen 14, N° 1, pág. 33.

² CFR. LAURECKIS, CARMEN LÍA MALLA. Revista Archivos Argentinos Alergia e Inmunología Clínica. Pág. 38.

- Conflictos matrimoniales súbitos vividos con gran agresión.

A veces, según la Lic. Ortolani, hay períodos largos de remisión de la enfermedad, pero siempre y aún pasado mucho tiempo, una experiencia traumática desagradable reinicia los accesos asmáticos.

POR QUÉ APARECE EL SÍNTOMA:

Al hablar del por qué es imprescindible hacer alusión a la relación entre el paciente y su madre, o la figura sustituta, ya que es quien habrá de decodificar o no sus necesidades, gratificarlo o frustrarlo, favorecer o entorpecer su desarrollo físico y emocional.

La madre del asmático es, generalmente, una alérgica que ha padecido en su infancia carencia de afecto, por lo que le es muy difícil brindarlo. Se trata, habitualmente, de una persona ansiosa, con una estructura de personalidad rígida e inmadura, y que posee sentimientos de gran ambivalencia encubiertos por la sobreprotección³.

Este rechazo inconsciente que inicia el vínculo es percibido por el niño desde temprana edad. Ante él reacciona con temor al abandono, y hostilidad hacia quien considera culpable de sus sufrimientos. Esta ira lo aterroriza, por lo que la bloquea, volviendo la hostilidad contra sí, apareciendo el síntoma. El rechazo de la madre provoca⁴:

- Temor al abandono.
- Enojo.
- Miedo por sentir enojo.
- Bloqueo de la ira.
- Vuelta de la hostilidad contra sí.
- Aparición del síntoma.

De lo anterior se deduce que el sentimiento básico en la relación madre-hijo, es la hostilidad. En el asmático, su vía de expresión, es el síntoma corporal; en vez de reaccionar con palabras para rechazar, enojarse, suplicar o agredir, hace una regresión y vuelve a un lenguaje préverbal, donde el quejido, lamento o jadeo indican lo que no puede expresar.

PARA QUÉ SE ESTABILIZA EL SÍNTOMA:

El síntoma se cronifica cuando se transforma en una manera habitual de comunicación entre el sujeto y el mundo, y más profundamente, entre el paciente y su madre .

Obtiene por ello, ventajas inconscientes a partir de las crisis, que es lo que llamamos "beneficio secundario del síntoma". El paciente, entonces, utiliza, sin saberlo, su enfermedad⁵:

- Como forma de obtener afecto y protección dentro y/o fuera del medio familiar.

³ CFR. Op. Cit.: 2, pág. 38.

⁴ CFR. Op. Cit.: 2, pág. 38.

⁵ CFR. Op. Cit.: 2, pág. 40.

- Como forma de castigo a padres rígidos y poco comprensivos.
- Como autocastigo por sentimientos de culpa por su hostilidad.
- Como satisfacción de deseos inconscientes de protección y dependencia.
- Como expresión de profunda angustia y soledad.

La madre también descarga sentimientos ante las crisis asmáticas de su hijo y algunas veces las vive como un medio de unión mayor con el niño, en tanto, inconscientemente, le permite vencer la culpabilidad del rechazo a través de los cuidados precisos que debe prodigarle.

Es importante recordar que, por lo general, la vida de un asmático no se desarrolla con normalidad. Se lo priva de experiencias físicas adecuadas a su edad, que significan a la vez, placer y estímulos de maduración, como los deportes y juegos al aire libre.

De esta forma, se limita el campo de acción, su capacidad de actuar físicamente se va reduciendo, pierde confianza en sus propias fuerzas, reprime su agresión y acrecienta su angustia. Se establece así un círculo vicioso que, originado en la sobreprotección, aumenta la inseguridad y la dependencia. Como consecuencia, el niño se torna hosco, desconfiado, susceptible, egocéntrico, y generalmente, decrece el rendimiento escolar⁶.

El niño asmático tiene un déficit en el logro de una adecuada identidad y permanencia en una identidad invalidante, es dependiente y recibe, además, constantes mensajes de desvalorización de la madre "pobre nene, no es capaz de hacer cosas por sí mismo, tengo que sobreprotegerlo". Tiene dificultades para registrar estados de tensión - relajación, placer - displacer, bienestar - malestar, cansancio - descanso, y es esta característica la que los lleva a exigirse en extremo cargándose de grandes responsabilidades, logrando éxitos desde muy pequeño, de los cuales se sienten muy orgullosos. No existe para ellos fatiga muscular.

LA FAMILIA DEL NIÑO ASMÁTICO

La historia de un niño es predominantemente intrafamiliar, el primer tiempo de su vida transcurrirán en su cuerpo y en su conducta, las distorsiones cualitativas y cuantitativas del afecto recibido de su medio, de ahí la importancia de los vínculos establecidos tanto con la figura materna como con la paterna.

La familia es imprescindible no sólo para que el niño nazca en ella y crezca físicamente; sino para que logre un crecimiento emocional equilibrado a través de lo afectivo-emocional.

Cuando la familia no alberga, no metaboliza ni transforma adecuadamente las ansiedades, la atmósfera familiar se enrarece, se intoxican y comienza a aparecer la enfermedad, que nunca es física o psíquica exclusivamente, compromete a todo el individuo, y a su medio familiar, es una señal de alerta de que en el grupo algo está sucediendo. Por lo tanto, el síntoma se presenta como síntoma de la familia y la enfermedad es esencialmente una enfermedad de la relación vincular. El enfermo es el portavoz de un emergente del grupo familiar, expresa las ansiedades, es el termómetro familiar, y en general, estas familias presentan características que están antes de que

⁶ CFR. Op. Cit.: 2, pág. 40.

aparezca la enfermedad y cuando ésta irrumpe, en las crisis, se hacen evidentes o más disfuncionales.

El impacto psicológico del Asma Bronquial, como enfermedad crónica infantil, puede ser tan importante para la familia como para el paciente mismo, convirtiéndose en una variable fundamental que puede favorecer o entorpecer el proceso terapéutico. Por lo tanto, vale la pena, considerar los efectos que sobre la familia tiene una enfermedad que es persistente, penosa impredecible, y que requiere de hospitalizaciones repetidas.

Las familias que se hallan constituidas por un individuo que padece una enfermedad, presentan características que generalmente están desde antes que aparezca la enfermedad física y cuando ésta interrumpe, en las crisis, se hacen más evidentes o más disfuncionales.

La familia del niño asmático, tiene como características comunes, el aglutinamiento, la sobreprotección, la rigidez, la falta de resolución de conflictos y la involucración del niño en el conflicto parental⁷.

El sistema familiar aglutinado está caracterizado por una falta de diferenciación y privacidad, entre los miembros familiares. Reflejan una intensa preocupación acerca del otro, de manera que siempre se interfiere en la autonomía de los individuos. La familia se muestra muy sensible al malestar de cualquiera de sus miembros. Las fronteras que definen la autonomía individual son tan débiles que el espacio vital individual no es respetado.

La sobreprotección es otra manifestación de estas familias. En su esfuerzo por disminuir el discomfort, las personas se vuelven sobreprotectoras el uno del otro, interfiriendo así con la independencia de sus miembros. Cualquier señalamiento y crítica son acompañados, frecuentemente, de conductas apaciguadoras.

La rigidez es típica de estas familias. Se refiere a la inhabilidad para adaptarse a las pérdidas, a las frustraciones, a pautas nuevas y al inevitable crecimiento de los hijos. Mantienen una interacción sobre la base de roles fijos, estereotipados. En períodos donde el cambio y el crecimiento son necesarios, experimentan dificultades. Son familias que se presentan como normales, no plantean problemas, lo único que los preocupa es el problema del niño. No tienen conciencia de la necesidad de un cambio en la familia.

La madre en general, es la que asume activamente el manejo y educación de los hijos, y el padre, se incluye, en el vínculo indirectamente, configurando parejas que en general no han logrado acceder al nivel maduro emocional, lo que les dificulta la adecuada crianza de sus hijos.

La falta de resolución del conflicto es una característica. Las familias y en particular la pareja, no pueden resolver sus problemas. No pueden negociar y frecuentemente no pueden mostrar sus desacuerdos. Se minimizan los problemas y en oportunidades puede aparecer como que efectivamente no tienen ninguna dificultad. Sin embargo, haciendo un estudio más minucioso se puede observar la tensión crónica que está implícita en sus miembros. Presentan una red comunicacional distorsionada dado que son padres con dificultades para decodificar las necesidades psicológicas del niño, sus posibilidades y sus limitaciones.

La involucración del niño en el conflicto parental, se ve exacerbada por la falta de resolución del conflicto entre los esposos.

⁷ CFR. GRIMBERG. Revista Archivos Argentinos Alergia e Inmunología. Volumen 18 N° 4. Pág. 221-2.

Otras veces la pareja está unida. Los padres enmascaran sus dificultades con una postura de protección o de acusación hacia el niño asmático, que es definido como el único problema familiar.

Así como se han desarrollado numerosos estudios acerca de las características generales de estas familias, también se ha estudiado el desarrollo de conductas efectivas e inefectivas que poseen las mismas, para el manejo de la enfermedad, la forma de contener los eventos de cada día, la comunicación entre sus miembros, sus miedos y sus creencias.

En estos estudios se describen actitudes de resistencia, ante la modificación del estilo de vida, necesario para reducir el impacto de los factores desencadenantes; fallas para manejar los síntomas apropiadamente, para adherirse al régimen médico, para administrar medicamentos, fallas en la comunicación entre los adultos responsables del cuidado del niño y para instruir al niño en su propio cuidado⁸. Encontrándose que dichas actitudes son de riesgo psicológico y se asocian con un mal pronóstico físico y emocional del niño asmático.

De esta manera se concluye que la conducta que desarrolle la familia para controlar y manejar adecuadamente el asma bronquial, juega un papel importante en los accesos de morbilidad y mortalidad de dicha patología y por ende en la calidad de vida, no sólo del niño asmático, sino de su núcleo familiar.

⁸ CFR. WILSON, S.R. y otros. Journal of Pediatric Psychology. Volumen 18 N° 1, pág. 63-81.

*UN ENFOQUE DESDE
TERAPIA OCUPACIONAL*

En la última década se ha observado una tendencia creciente orientada a la **promoción de la salud**, entendiéndose por este concepto "... al proceso mediante el cual uno toma conciencia de la necesidad de un cambio de comportamiento y estilo de vida y adquiere los aprendizajes y destrezas necesarios para lograr dicho cambio..."¹. Específicamente, la promoción de la salud es el esfuerzo sistemático de los profesionales de la salud u organizaciones para incrementar el **bienestar del hombre**, mediante la educación y apoyo sociocultural. Al hablar de bienestar hacemos referencia al "... proceso de adaptación de dichos patrones de comportamiento, de modo que lleven a una mejor salud y mayor satisfacción de vida..."² sugiriendo una relación existente entre salud, comportamiento y estilo de vida, así como, estados mentales, pensamientos, sentimientos, eficacia personal, estrategias para resolver dificultades y el uso del apoyo social. Todos ellos factores significativos, que intervienen también en el manejo de la enfermedad.

A continuación desarrollaremos los conceptos claves sobre los cuales nos basamos para elaborar nuestra investigación y así analizar la intervención de Terapia Ocupacional entendiéndola como "...una disciplina que centra su estudio y accionar en la ocupación humana, como eje de salud que tiene puesta su mirada en el hacer cotidiano del niño y su familia, considerando que dicho hacer debe ser saludable, reflejándolo en su estilo de vida.

Es por esto que el objetivo primordial de nuestra investigación es valorar el automanejo del asma bronquial en el niño y su familia, interesándonos también, indagar sobre la presencia o no de comportamientos favorables que los lleven a un estilo de vida saludable, más allá del grado de severidad que presente el cuadro del niño asmático, dado que en diversos estudios realizados se ha afirmado que el hacer cotidiano del niño se encuentra comprometido, encontrándose limitaciones en su desempeño escolar, deportivo y social, erdiendo así su condición de saludable.

Luego de analizar las características de la población y establecer un diagnóstico, delineamos futuras intervenciones, en los diferentes niveles de atención de la salud:

En la atención primaria de la salud se busca favorecer la salud y el bienestar del niño asmático y su familia, tomando relevancia en el manejo de la enfermedad, la tendencia a considerarla como episódica más que crónica, llevando a cabo un empleo sintomático de la medicación en lugar de desarrollar conductas preventivas ante la aparición de síntomas, como por ejemplo, las medidas de control ambiental en el hogar y el uso de la medicación antiinflamatoria preventiva.

En la atención secundaria de la salud se examinará y detectará tempranamente al niño que se encuentra en una situación de riesgo implementando el tratamiento precoz de la enfermedad.

En la atención terciaria de la salud se lleva a cabo el tratamiento de la enfermedad adquirida, de una manera planificada, para minimizar el desarrollo de complicaciones.

A continuación mencionaremos algunas posibles acciones a desarrollar desde Terapia Ocupacional, en cada una de ellas:

- Participar en la programación y ejecución de planes tendientes a promover y mantener la salud psicofísica y la integración social del niño asmático y su familia y prevenir sus complicaciones.
- Impartir pautas de educación sanitaria tendientes a mejorar la calidad de vida del niño asmático y su familia, a través de canales de comunicación individual, grupal y masivos.

¹ OPATZ, 1985. Spackman.

² Ibid.

- Elaborar programas de salud destinados a informar y sensibilizar en este tema a otros profesionales de la salud, a educadores (maestros y profesores de educación física), y a la comunidad en general.
- ✕ ▪ Efectuar entrevistas al niño asmático y su familia.
- ✕ ▪ Evaluar los diferentes aspectos del niño: automanejo de su enfermedad, grado de independencia, capacidad motora funcional, cognitivas, sociales y emocionales.
- ✕ ▪ Implementar tratamientos individuales y o grupales a través de técnicas específicas.
- ✕ ▪ Efectuar visitas domiciliarias a fin de evaluar las condiciones de vida en las cuales se desarrolla el niño asmático y su familia, de detectar factores de riesgo para su salud y de asesorar acerca de las medidas de control ambiental indispensables para su condición de asmático.
- Brindar información y educación acerca de las conductas efectivas e inefectivas en el manejo del asma bronquial.
- Implementar tratamientos de rehabilitación destinados a impedir que la enfermedad avance, enfatizando el mantenimiento de la independencia, funcionalidad y autonomía del sujeto.
- Realizar acciones de docencia e investigación.

El Terapeuta Ocupacional posee una visión holística del sujeto y analiza con igual importancia tanto su hacer, como el medio en el cual lo desempeña, teniendo en cuenta para dicho análisis distintos aspectos que intervienen, como su estado mental; pensamientos; actitudes; creencias; sentimientos; accesos al apoyo social y su uso; las estrategias para resolver dificultades; la elección personal de comportamientos y estilo de vida, los cuales creemos que tienen un impacto directo sobre su salud y desempeño ocupacional. Por ende consideramos que en el niño asmático y su familia, estos aspectos deben ser abordados desde la Terapia Ocupacional con el fin de promover la salud y el bienestar y así favorecer el automanejo de la enfermedad. Para este fin, cuenta con la actividad como recurso preventivo-terapéutico por excelencia, para intervenir en los diferentes niveles de atención de la salud.

La base del conocimiento del Terapeuta Ocupacional avala la síntesis de la actividad adecuada a las necesidades específicas del paciente mediante el análisis de la actividad, la utilización de la actividad para la evaluación y el tratamiento, la habilidad para proporcionar instrucciones adecuadas y la habilidad para adaptar la actividad a las circunstancias.

El valor terapéutico de la actividad se determina por el análisis cuidadoso de sus características en combinación con el potencial de aquellas cualidades que puede proporcionarle al paciente, siendo la participación activa del paciente en la comprensión del propósito, selección y compromiso en la actividad, esencial y motivante, por ello en el trabajo con niños se debe tomar en cuenta los factores cognitivos, psicosociales, psicodinámicos, físicos y del desarrollo que puedan intervenir.

Las actividades pueden requerirse para proporcionar aspectos específicos relacionados con el crecimiento y desarrollo normal y el bienestar psicológico y deben estar acordes a la edad en la complejidad y destrezas requeridas.

Clark y Cols (1991) definen las ocupaciones como la variedad de actividades significativas personal y culturalmente, en las que participan los seres humanos. Terapia Ocupacional generalmente considera el trabajo, los cuidados personales, el esparcimiento, el juego, y el reposo como las principales ocupaciones de una persona. En este caso consideramos el juego, el esparcimiento y las actividades escolares como las actividades ocupacionales de la infancia y por lo

tanto, el juego se convierte en el medio de intervención en el proceso de la terapia ocupacional pediátrica. Para ello, el terapeuta ocupacional cuenta con la comprensión de las secuencias evolutivas del desarrollo del juego para facilitar un comportamiento lúdico apropiado y con las destrezas de observación y de análisis de la historia lúdica y de la actividad del niño, que le brindan la base para la evaluación e intervención pediátrica.

Considerando que el juego sirve como la modalidad principal de abordaje en el niño, para facilitar los cambios en el/los nivel/es del desarrollo de las diferentes habilidades, conductas y dominios que hacen al "automanejo de la enfermedad adecuado", planteamos estrategias para facilitar el aprendizaje a través del juego.

Las experiencias vitales de cuidados personales, familia y progreso escolar e interacción social pueden mejorar mediante el uso del juego en el proceso terapéutico.

El juego ofrece un vehículo práctico para atraer la atención del niño, practicar destrezas motoras y funcionales específicas y promover el procesamiento sensorial, las habilidades perceptuales y el desarrollo cognitivo. También sirve para favorecer el desarrollo social, emocional y del lenguaje del niño.

En el ámbito terapéutico, el juego será el instrumento utilizado como recurso para lograr nuestros objetivos, en el proceso educativo de automanejo, dado que la edad de los niños asmáticos de nuestra población de estudio abarca de 6 a 10 años. Dichos objetivos son prevenir disfunciones y complicaciones de la enfermedad, promover la salud y el bienestar, la calidad de vida y las posibilidades de autorrealización del niño asmático y su familia. Esto posibilitará que el niño asmático lleve una vida lo más normal posible, lo cual se traduce en una adecuada integración social, familiar, escolar, y en una participación activa en actividades recreativas y deportivas, acorde a lo esperado en su etapa evolutiva.

EDUCACIÓN

La educación para la salud es una de las estrategias de prevención en Terapia Ocupacional, la misma reconoce la importancia del rol del paciente, en el manejo de la enfermedad crónica. Esta es un componente esencial en el tratamiento de la infancia asmática, considerando que debe ser lo más personalizada posible y así, ajustarse a las necesidades y características de cada niño y familia en particular.

En distintas investigaciones se han encontrado que la implementación de "programas educativos", produce mejoría en el automanejo de la enfermedad por parte del paciente y son considerados, en la actualidad, la clave para la mejoría del manejo médico del niño asmático. Por lo tanto, entendemos, que la adquisición del automanejo, debe ser parte de un proceso educativo gradual, en el cual el niño pueda empezar a participar en tareas de automanejo, seleccionadas por edad y complejidad, donde asuma responsabilidad en el automanejo de su enfermedad. Este proceso continuo tiene por objetivos proporcionar información y promover conductas adecuadas, aclarando las expectativas, dudas, necesidades y preocupaciones del niño y su familia. Pensamos que la información brindada aumenta el conocimiento y la confianza de los pacientes y sus familias, pero esto sólo no es suficiente para producir los cambios de conducta necesarios, siendo importante la comprensión de ese grupo familiar en particular, a fin de que los mensajes sean efectivos y puedan adquirir las habilidades y destrezas necesarias para aplicarlas correctamente en sus hogares. Para evaluar dicho proceso educativo, es fundamental realizar seguimientos con el fin de determinar si se ha adquirido competencia en dichas habilidades, y así, si fuera necesario, realizar los ajustes correspondientes y/o proporcionar el refuerzo constante del conocimiento del niño, puesto que el nivel de responsabilidad adquirido va a ir aumentando con la madurez.

Un programa de automanejo eficaz, no consta de transferencia pasiva de información, sino que comprende la participación activa del niño poniéndose énfasis en la adquisición de las habilidades para hacer observaciones válidas, uso de juicio adecuado, y tomar decisiones apropiadas, entre otras, con el objeto de resolver situaciones que le plantean desafíos a su salud. Para ello, se toma en cuenta la edad y las habilidades cognitivas vinculadas con el desarrollo del niño, siendo esencial identificar el nivel de responsabilidad que es capaz de asumir, la cantidad y clase de información que puede entender, su nivel educativo, psicosocial, económico y cultural, pues creemos que estos factores influyen en las actitudes, creencias, y habilidades del paciente y de su familia, para tomar decisiones, volviéndose de este modo imperioso adaptar el programa educativo a la realidad que cada familia enfrenta cotidianamente.

El contenido que abarca este proceso educativo incluye explicaciones sobre qué es asma, su historia natural y los efectos que puede tener en la salud, el crecimiento, la asistencia al colegio y la capacidad física del paciente. Los niños y los padres deben conocer y comprender los signos y síntomas premonitores del asma y su variabilidad, los factores desencadenantes y cómo evitarlos. Deben entender a la perfección la diferencia entre un tratamiento broncodilatador y uno preventivo o antiinflamatorio y la importancia de este último, al igual que la necesidad de mantener la medicación en forma permanente. Frente a las crisis, deben saber reconocer cuándo no responde al tratamiento, qué deben hacer, dónde y a quién recurrir. A los niños se les debe enseñar con sumo cuidado el uso de los inhaladores, espaciadores, y cuando sea necesario, deben ser entrenados en el uso del medidor pico flujo y su registro diario.

Si bien la educación sobre asma para los niños ha resultado eficaz, se ha encontrado que su eficacia es aún mayor cuando los padres se ven comprometidos en dicho proceso.

El éxito de un programa de educación, está a su vez dado, tanto por los resultados inmediatos (manejo efectivo de las crisis) como por los resultados finales que implican la calidad de vida del niño asmático y su familia, entendiéndose por este concepto a los aspectos físicos, psicológicos y sociales que son influenciados por las experiencias, creencias, percepciones y expectativas personales de salud.

De acuerdo con el NAEP'S pensamos que el pilar y el aspecto más importante del tratamiento del asma, es la educación, dado que solamente a través de un programa de educación, implementado por un equipo interdisciplinario, se logran los cambios en los conocimientos, actitudes y prácticas con respecto a la enfermedad y esto redundará en una mejor calidad de vida del niño y su familia, quienes por medio de la educación comprenderán en su justa dimensión los conceptos claves de cronicidad, curación, recurrencia, prevención primaria y secundaria y autocontrol. Considerando que de nada sirve disponer de excelentes medicamentos y ayudas terapéuticas si el paciente no sabe el cómo, el por qué, y para qué, el cuándo y hasta cuándo de cada indicación médica.

Entendemos que las dudas de los padres respecto al diagnóstico y pronóstico de la enfermedad de sus hijos, son la expresión de una inadecuada información, generando ésta inseguridad y preocupación, lo cual complica el proceso de la enfermedad. Padres informados se sienten más seguros y pueden transmitir dicha seguridad a sus hijos, de lo contrario, se ha encontrado que se forma un microclima familiar "asmatizado" (control excesivo del frío, alimentos, actividades y/o deportes) que va actualizando penosamente la enfermedad al limitarle el desempeño de las actividades de todo niño, es como decirle al niño "sos un enfermo".

FAMILIA

El rol de la familia en el proceso terapéutico es vital y favorecedor, ya que el paciente que recibe apoyo y estímulos familiares, se ve motivado para adaptarse a los cambios en su estilo de vida.

No obstante los miembros de la familia tienen sus propias reacciones emocionales y dificultades, dado que la rutina se ve interrumpida y se encuentran ante elevadas demandas en la atención médica de uno de sus miembros, pudiendo producirse experiencias estresantes nocivas para la familia. Estas reacciones de estrés familiar pueden constituir la causa de comportamientos inadaptativos ante la enfermedad, como negación, escepticismo, ira, ansiedad, depresión y otros, que influyen en la habilidad de la familia para proporcionar el apoyo emocional y los servicios físicos que el paciente requiere.

Cada familia tiene diferentes estilos de afrontar la enfermedad y estrategias para manejar las crisis familiares, siendo influidas por sus creencias y valores, que el terapeuta ocupacional debe identificar para apoyar a la familia en la búsqueda de soluciones alternativas para resolver los problemas cotidianos del manejo de la enfermedad y realizar las adaptaciones necesarias en su estilo de vida.

Un enfoque terapéutico satisfactorio proporcionará componentes educativos, que ofrezcan una guía práctica y apoyo emocional para efectuar los cambios que sean necesarios, brindando la oportunidad para hacer preguntas y expresar sentimientos y preocupaciones y aportar una asistencia activa, para realizar las adaptaciones que sean necesarias. Esto facilitará el compromiso de la familia, en las decisiones terapéuticas. Para ello es importante que el Terapeuta Ocupacional comprenda la dinámica familiar, desarrollando su sensibilidad para percibir e identificar las necesidades singulares de cada familia, respondiendo con propuestas para mejorar su calidad de vida.

El Terapeuta Ocupacional debe analizar los mecanismos de afrontamiento de la familia para establecer la aptitud para emprender el proceso educativo, la cantidad de responsabilidad que los miembros pueden manejar y el grado de apoyo necesario para el paciente, volviéndose fundamental involucrar a la familia en el plan terapéutico y así desarrollar ensayos de nuevas estrategias de afrontamiento y destrezas, en el manejo de la enfermedad.

Consideramos que los mecanismos de afrontamiento de la familia aumentan con la educación y el conocimiento compartido, siendo importante abordar en este proceso, el sistema de creencias, valores y expectativas, de sus miembros, que pueden interferir en la capacidad de utilizar el conocimiento e información recibida de manera apropiada.

La experiencia clínica demuestra que muchos niños crónicamente enfermos tienen un curso inestable de la enfermedad, terminando en atención terciaria, no por una enfermedad extraordinaria, sino porque vienen de familias disfuncionales o negligentes en el manejo de la enfermedad. Dicha negligencia acelera el ciclo de mortalidad y estrés asociado con la enfermedad. Natus concluye que el ajuste familiar, más que el ajuste del niño, es la influencia psicológica más poderosa en el manejo del asma, en el hogar. Por ejemplo el rol de la ansiedad, aprehensión y la hostilidad paterna han sido señaladas por complicar el manejo del asma.

Strunk y colegas identificaron conductas de disfunción familiar desde ignorar las recomendaciones médicas, hasta el rechazo activo de los consejos y la negativa al tratamiento médico.

Por ello, creemos que es necesaria la intervención de Terapia Ocupacional, en el equipo interdisciplinario de atención del niño asmático y su familia, para analizar los factores que contribuyen al desarrollo de conductas negligentes o disfuncionales, tanto en el niño como dentro de su grupo familiar, las cuales pueden influir en el desarrollo de las actividades cotidianas obstaculizando tanto su proceso de desarrollo y crecimiento normal, como el manejo efectivo de su enfermedad.

AUTOMANEJO
DEL ASMA BRONQUIAL

Al profundizar acerca de los factores implicados en el aumento de la morbi-mortalidad por asma se considera que uno de los más importantes tiene que ver con el manejo familiar y el automanejo del asma bronquial por parte del niño "inadecuados", productos de la falta de educación. Se corrobora esta idea, al tomar conocimiento y analizar las investigaciones y programas de educación y automanejo que se han desarrollado en diferentes países.

En Estados Unidos de América, la importancia de la educación del asma ha sido reconocida desde 1950. En 1970 hasta 1980 el gobierno y recursos privados se transformaron en disponibles para el desarrollo y evaluación de nuevos materiales y en el presente el Instituto Nacional del Corazón, Sangre y Pulmón (NHLBI) está siendo sponsor de ocho programas especiales del asma destinados a afroamericanos e hispanos. Desde 1988, se desarrollan programas de "autocontrol del asma", los cuales en términos generales persiguen como metas esenciales la participación activa de las familias, la adquisición de conductas adecuadas, la capacidad de realizar evaluaciones objetivas y la toma apropiada de decisiones. Las edades de los niños que concurren oscilan entre 4 y 14 años. Aunque los programas tienen diferentes metodologías y están dirigidos a grupos de diferentes condiciones sociales y económicas, han mostrado su efectividad. En 1991, el NHLBI, puso en marcha el "Programa Nacional de Educación del Asma" (NAEP). Este documento, en 1992, fue seguido por el reporte del "Consenso Nacional en el Diagnóstico y Manejo del Asma" y, en 1994, por la "Estrategia Global para el Manejo y Prevención del Asma" (GINA). En cada documento, la educación del asma, es considerada la parte esencial del cuidado de la enfermedad.

En Suiza, expertos seleccionados están conduciendo programas educacionales para médicos, proveedores del cuidado de la salud y público en general.

En Canadá, Quebec, a partir de 1991, fueron establecidos programas provinciales de educación del asma para entrenar a educadores de la salud y establecer centros acreditados de educación del asma, con grupos soporte de pacientes regionales.

En Nueva Zelanda, un programa especializado, fue designado con el objeto de entrenar y certificar a educadores del asma para trabajar en clínicas y en la comunidad.

En Gran Bretaña, desde 1993, el gobierno desarrolla el Centro de Entrenamiento y Cuidado del Asma (ATC) proporcionando fuertes incentivos a médicos y enfermeras del sistema nacional de salud, para participar en éstos programas.

Dichos programas deben ser direccionados de acuerdo a la cultura, educación, aspectos psicosociales, creencias de la salud y actitudes de la población a la cual van destinados.

Un automanejo adecuado, es parte de un proceso de educación (entrenamiento básico para la rutina del propio cuidado), que no comprende simplemente la toma pasiva de la información sino también la puesta en práctica en el momento oportuno de las diferentes habilidades; esto requiere, ser consiente de la condición de cronicidad, y para ello, "los niños con asma deben enfrentarse a la realidad de que tienen una enfermedad que llegó para quedarse o que la misma puede empeorar"³, esto implica no sólo actuar en forma apropiada durante el desarrollo de una crisis, sino ampliar su conducta preventiva a lo largo de todo el proceso de la enfermedad.

El asma bronquial es una enfermedad multifactorial que involucra varios aspectos del desarrollo del niño como lo son el físico, psicológico, social y emocional, viéndose así

³ CFR. The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. "Enfermedades Crónicas en niños y adolescentes". 11/05/97. <http://www.psych.med.umich.edu/web/aacap/apntsFam/illness.htm>.

comprometida su calidad de vida. La misma no es una enfermedad curable pero sí controlable, siendo posible prevenir fuertes crisis y aminorar síntomas cuando estos aparecen. Para lograr esto, juega un papel importante el manejo que realice con respecto a la enfermedad, tanto la familia, como los profesionales a cargo y en especial, el automanejo que realice el paciente mismo.

Basándonos en la teoría de Jean Piaget, que describe el desarrollo cognitivo por el cual están atravesando los niños comprometidos en nuestra población, es decir de 6 a 10 años, consideramos factible la posibilidad de que desarrollen las habilidades necesarias para adquirir un automanejo adecuado.

De acuerdo con Jean Piaget, el niño en edad escolar esta entrando a la etapa de las operaciones concretas (período operacional) con respecto a su modo de pensar, es decir, su manera de aprender, de formar conceptos, juzgar e inferir, como también a su conciencia de la realidad y del objeto. Por esto es capaz de razonar sistemáticamente acerca de las situaciones familiares⁴.

El modo principal de aprendizaje es visual, psicomotor y a través de experiencias, desarrollando así su esqueleto cognitivo. Cuando es expuesto a un estímulo no familiar se esfuerza para formar esta experiencia dentro de esta armadura con sentido de identidad.

Lo esencial es que el niño ha llegado a un "principio de reflexión", en lugar de conductas impulsivas de la primera infancia que van acompañadas de incredulidad y de egocentrismo intelectual, el niño en esta etapa "piensa antes de actuar". Adquiere, por lo tanto, la capacidad de nuevas coordinaciones importantes para la inteligencia, siendo el inicio mismo de la lógica y para la afectividad, ya que engendra una moral de cooperación y de autonomía personal⁵.

Los instrumentos mentales que habrán de permitir esta coordinación están constituidas por la operación, en lo que concierne a la inteligencia, caracterizada por el principio de reversibilidad, que es la habilidad cognitiva de seguir una línea de razonamiento hasta su punto final y después volver otra vez y que a su vez esta puede invertirse; en otras palabras el niño es capaz de razonar que $A + B = C$ entonces $C - B = A$ ó $C - A = B$ ⁶.

Este concepto de Reversibilidad, es esencial en la educación del asma, ya que el niño es capaz de correlacionar una secuencia de eventos y usar este conocimiento para revertirlos, evitando estos eventos y así una crisis.

En lo que concierne al plano afectivo, el instrumento mental, es la voluntad, que desemboca en una mejor integración del yo.

Se toma en cuenta la edad del niño, para considerar la habilidad para recibir y procesar información y la efectividad de una intervención educativa en busca de desarrollar habilidades en el automanejo del asma bronquial, pues el desarrollo de la memoria y del aprendizaje avanza muy rápidamente entre los 6 y 12 años. La conciencia del tiempo se va formando gradualmente y es una evolución íntimamente ligada a la capacidad de representarse lo percibido y experimentado, al desarrollo de la memoria, de la expresión verbal y a la génesis de la conciencia del yo y por ende, de la aptitud de retención y rememoración ej.: "a los siete años conoce el reloj y planifica en el tiempo"⁷.

⁴ CFR. GARCÍA SICILIA. "Psicología Educativa y Educación Infantil".

⁵ CFR. PIAGET JEAN. "Seis estudios de Psicología". Pág. 64-65.

⁶ CFR. SIROKY, A. RAMSEY. Revista Enfermería Pediátrica. Volumen 14 N° 3. Pág. 186-90.

⁷ CFR. GESSELL ARNOLD y otros. El Niño de 5 a 10 años. 4ª Edición. Editorial Paidós. Bs. As. 1963.

La percepción y la capacidad de observación, de acuerdo con Kroh- Meuman, se desarrolla con mayor exigencia, con respecto a la exactitud y realismo de la observación y representación, a partir de los siete años, incrementada por la labor escolar.

La actitud de atención, a partir de los seis años, se independiza del mundo circulante. El interés en el estímulo y la atención involuntaria cede el lugar cada vez más al interés experimental y la atención dirigida; el principio del placer al de realidad⁸.

En su desarrollo social se encuentra dispuesto a actitudes grupales, siente responsabilidad individual y colectiva. Está dispuesto a colaborar, a someterse a normas y reglas, a contener su actividad para conseguir objetivos comunes.

Hay evidencias que las creencias de salud del niño empiezan a diferenciarse en un sistema coherente a los nueve años aproximadamente; correspondiente al período operatorio de Piaget. De acuerdo con Natapoff el concepto de salud, en los niños, se desarrolla a partir de los 8 a 9 años siendo capaces de transformarse en consumidores activos de la salud y tomar sus propias decisiones sobre su salud⁹.

Se considera que el desarrollo de habilidades en el automanejo del Asma Bronquial en el niño, le permitirá el autocontrol diario de la enfermedad, la disminución de su ansiedad, que se asocia tanto a la sensación de falta de aire como a la ansiedad anticipatoria, característica de esta enfermedad "impredecible", asociada al temor constante a que se presenten las crisis; la disminución de limitaciones en el desempeño de sus actividades diarias, y aumentar la confianza en sí mismo, logrando así el desarrollo de su autonomía e independencia personal.

Todo esto posible, a partir de la vivencia de ser un niño normal, sano y con su enfermedad crónica controlada, de vital importancia en el período que atraviesa el niño asmático de nuestra población de estudio, dado que la escolaridad le va a demandar, como agente de socialización, expresar sus potencialidades como sujeto.

Es aquí donde nos interesa citar a Erikson (1963), quien expone que dentro del desarrollo psicosocial del niño en edad escolar, éste se encuentra resolviendo la etapa de "Industria vs. Crisis de Inferioridad". De acuerdo a esta teoría, el niño está moviéndose de la unidad familiar dentro de una unidad social, "la escuela" y "el sistema de compañerismo"¹⁰.

El niño, según Murray y Zentner (1979), está desarrollando la actitud del "yo puedo hacer", encauzando conductas dentro de habilidades que causan admiración de los padres. Debido a la frecuencia en el ausentismo escolar y subsecuente disminución del contacto con sus pares, el niño asmático puede encontrar dificultad en lograr la actitud del "yo puedo hacer", pudiendo verse así afectada su autoestima e identidad personal que como sabemos comienza a configurarse en el contexto familiar, para afianzarse luego en el escolar.

Por otro lado, como hemos mencionado anteriormente el niño asmático presenta de base un conflicto conceptualizado como "autonomía vs. Independencia" y el hecho de lograr un automanejo adecuado será beneficioso, en la resolución de tal conflicto.

El adecuado automanejo le permitirá al niño un óptimo desarrollo físico, psicológico y emocional, al no restringirse en sus actividades físicas deportivas y recreativas, posibilitándole así

⁸ CFR. ENGELMAYER OTTO. Psicología Evolutiva de la Infancia y de la Adolescencia.

⁹ CFR. BRAXIL, K.; MC LEAN, L. y otros. "La influencia de la educación de la salud en el manejo familiar del niño asmático". Pág. 107-18.

¹⁰ CFR. SIROKY, A.; RAMSEY. Revista Enfermería Pediátrica. Volumen 14 N° 3. Pág. 186-90.

prevenir y/o corregir defectos posturales y deformidades torácicas, productos de la enfermedad crónica y de la inactividad prolongada, que lo conducirían a un deterioro físico general.

Aspectos psicológicos, sociales, socioeconómicos, familiares, médicos y culturales varían de un sujeto a otro e influyen de manera diferente en los distintos momentos evolutivos de la enfermedad, por esto se hace necesario no sólo un enfoque interdisciplinario sino también es evidente la necesidad de que se desarrolle un programa educativo de automanejo del asma bronquial, en forma individualizada y tan prolongado como el sujeto lo requiera.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

PROBLEMA:

Cómp es el Automanejo del Asma Bronquial en el niño de 6 a 10 años que concurre a consultorio externo del Servicio de Neumonología del Hospital Materno Infantil, de la ciudad de Mar del Plata, en el período de diciembre de 1998 a enero de 1999.

OBJETIVOS:

1. Caracterizar la población según: Edad, Sexo, Diagnóstico, Grupo Familiar: Nivel educativo de los padres, Ocupación, Antecedentes hereditarios y Recursos socioeconómicos.
2. Valorar las habilidades desarrolladas en el automanejo preventivo en el niño asmático de 6 a 10 años .
3. Valorar las habilidades desarrolladas en el automanejo de las crisis asmáticas en el niño asmático de 6 a 10 años.
4. Detectar y analizar los factores que intervienen en el automanejo del Asma Bronquial en el niño asmático de 6 a 10 años.
5. Considerar la inclusión de Terapia Ocupacional dentro del Equipo Interdisciplinario de atención del niño asmático y su familia.

DISEÑO:

La investigación es de tipo NO EXPERIMENTAL, de corte transversal, ya que se estudia la población seleccionada, en un tiempo específico intentando recabar determinada información, sobre el tipo de automanejo de la enfermedad, que realiza el niño con diagnóstico de Asma Bronquial, como así también de algunas creencias y prácticas, por parte de los padres. Esta información, es recogida tal cual se presenta en la realidad, sin intervención del investigador sobre las variables independientes.

El tipo de estudio seleccionados es exploratorio-descriptivo, ya que su objeto es describir, observar y documentar aspectos de una situación que ocurre en forma natural, buscando obtener información acerca del estado actual del fenómeno de interés.

Al explorar los factores intervinientes en el automanejo del asma bronquial, en el niño se incluye una aproximación a un enfoque cualitativo, ya que los datos obtenidos en la encuesta nos permite detectar nuevas variables no consideradas a priori.

ÁREA DE ESTUDIO

POBLACIÓN:

Todos los niños asmáticos de 6 a 10 años, que concurren a consultorio externo del Servicio de Neumonología del Hospital Materno Infantil de la ciudad de Mar del Plata, siendo atendidos por el Dr. Jorge Taborda y la Dra. Adriana Rossi, presentando el diagnóstico de Asma Bronquial Leve, Moderado o Severo.

Según los datos relevados, en el Centro de Cómputos del Servicio de Estadística de dicho Hospital, el número total de consultas a consultorio externo del Servicio de Neumonología en el año 1996 fue de 3399; en el año 1997 fue de 3471 y en el año 1998, hasta el mes de Junio inclusive fue de 2150; no encontrándose discriminados los datos, por edad ni por diagnóstico.

De acuerdo a la información brindada por el Dr. Jorge Taborda, el porcentaje de niños asmáticos es de 70 % de los cuales 50 % presentan Asma Leve, 15 % Asma Moderado y 5 % Asma Severo, aproximadamente.

MUESTRA INICIAL:

La muestra es de 80 niños asmáticos de 6 a 10 años que concurren a control a consultorio externo del Servicio de Neumonología del Hospital Materno Infantil de la ciudad de mar del Plata, en el período de diciembre de 1998 a enero de 1999.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

1. Niños con diagnóstico de Asma Bronquial Leve, Moderado y Severo.
2. Niños de 6 a 10 años de edad cronológica.
3. Concurrencia periódica a control en consultorio externo del Servicio de Neumonología del Hospital Materno Infantil.
4. Conformidad en ser encuestados.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

1. Presencia de otras patologías.

TÉCNICAS DE MUESTREO:

La técnica de muestreo es NO ALEATORIA POR CONVENIENCIA. Se contactaron las unidades de análisis cuando asistan al control en consultorio externo, en el período de diciembre de 1998 a enero de 1999, solicitándoles los datos domiciliarios en sala de espera y su disponibilidad

para ser luego encuestados, respondiendo a los criterios de inclusión, acordando la fecha y hora de la encuesta.

TÉCNICA DE RECOPIACIÓN DE DATOS

Para el trabajo de campo se seleccionaron como técnicas de recopilación de datos:

ENCUESTA

Se llevó a cabo una encuesta a una muestra de 80 niños, con diagnóstico de asma bronquial y/o equivalentes asmáticos y otra a sus respectivos padres o tutores. La misma incluye preguntas abiertas y cerradas (se adjunta en anexo).

Los datos personales de la población de estudio, como nivel educativo y características del grupo familiar fueron recabados en el momento de la encuesta a través de preguntas pertinentes.

RECOPIACIÓN DOCUMENTAL

Se acudió a las historias clínicas para obtener la edad y el diagnóstico de los niños.

TÉCNICA DE ANÁLISIS DE DATOS

Se realizó un análisis uni y bidimensional. Para este último se verificó la significación estadística de la diferencia observada mediante el test X^2 .

Se utilizó como instrumentos teóricos de análisis estadístico "los modelos de Regresión Múltiple", empleándose sus tests como herramientas a los efectos de poder determinar la significación de cada variable y el grado de asociación que existiría entre las variables de estudio¹.

¹ Valiente, Stella Maris y Pascual, Mónica, L.. "Temas de Estadística y Probabilidades". Argentina. Junio 1999. Parte III, pág. 169.

PRUEBA PILOTO

En primer instancia, se llevó a cabo una prueba piloto en la cual se administró la encuesta a una muestra de 10 niños con el diagnóstico de asma que concurrían al consultorio externo del HIEMI, en el mes de diciembre, y a sus respectivos padres.

La misma se realizó con el objetivo de verificar la eficacia del instrumento y detectar la necesidad de una reforma en cantidad o calidad de alguna de sus preguntas. También permitió realizar un análisis de los datos obtenidos para verificar la posibilidad de llevar a cabo un análisis estadístico de los mismos para cumplimentar nuestro objetivo de trabajo.

Las mismas fueron excluidas de la muestra final ya que se realizaron las siguientes modificaciones:

Se disminuyó la cantidad de preguntas: pues el tiempo que llevaba administrarla podía causar fatiga en el encuestado, disminuir su atención y calidad en sus respuestas.

Luego se seleccionaron las preguntas que se consideraban más importantes y permitían responder a los objetivos planteados.

Se reformularon algunas preguntas para mejorar el entendimiento por parte del encuestado.

Se incluyeron preguntas, pues al tomar contacto con la población de estudio y analizar sus respuestas se consideró que dichos datos serían de importancia para el desarrollo de la investigación.

DEFINICIONES DE LA VARIABLE:
“AUTOMANEJO DEL ASMA BRONQUIAL”

DEFINICIÓN CIENTÍFICA:

Habilidad que desarrolla el niño para conducirse correctamente a lo largo de todo el proceso de la enfermedad, de manera independiente. Tanto en forma preventiva, siendo estas conductas funcionales y activas, que le permiten el control diario de la enfermedad crónica, una intervención temprana y efectiva ante la aparición de signos-síntomas y el desarrollo de una vida saludable; como frente a las crisis asmáticas, que implica resolver situaciones de emergencia y/o peligro para la salud y la vida del niño.

DEFINICIÓN OPERACIONAL:

El Automanejo del Asma Bronquial en el niño incluye dos aspectos fundamentales, de acuerdo a su edad cronológica, uno es el “Automanejo Preventivo”, donde se toman en cuenta las habilidades para reconocer y evitar factores desencadenantes, utilizar el medidor pico flujo, realización de registro diario de sus valores, la valorización de sus mediciones y las tareas de mantenimiento; reconocimiento de los tipos de medicación, la utilización según prescripción médica en cuanto a horarios, dosis, frecuencia, si realiza registro diario por escrito y si realiza la toma en la postura correcta; el cumplimiento de las pautas de tratamiento tales como: práctica diaria de técnicas de relajación y respiración profunda, disposición por escrito de un plan de acción, disposición en forma permanente y accesible del equipo y medicación para las crisis y concurrencia periódica a control; participación en actividades escolares y extraescolares, en un ambiente favorable a su condición. El otro aspecto, es el “Automanejo de las crisis asmáticas”, en el cual se incluyen las habilidades para reconocer y evaluar la severidad de los síntomas previos a las crisis, aplicación de técnicas de relajación y respiración profunda, utilización de la medicación según prescripción médica en cuanto a horarios, dosis, frecuencia, si realiza la toma en la postura correcta y si realiza registro por escrito; utilización de recursos humanos y materiales, ya sea, el conocimiento respecto a la solicitud de ayuda, como el conocimiento y la utilización del equipo necesario para las crisis. Dichas habilidades van a estar acordes a su edad cronológica, aceptándose como automanejo adecuado que el grupo de 6 a 7 años requiera supervisión del adulto, en algunas habilidades, diferente al grupo de 8 a 10 años, que ya no la requieren, pudiéndose conducir en forma independiente.

DIMENSIONAMIENTO DE LA VARIABLE:
"AUTOMANEJO DEL ASMA BRONQUIAL"

AUTOMANEJO PREVENTIVO

1. NOCION DE ENFERMEDAD

1.1 CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD

1.1.1. SI Se indica esta opción cuando menciona por lo menos tres aspectos fundamentales de la enfermedad: etiología, factores desencadenantes, sintomatología.

1.1.2. NO Se indica esta opción cuando menciona menos de tres aspectos fundamentales de la enfermedad: etiología, factores desencadenantes, sintomatología.

1.2 CONOCIMIENTO DE SU CONDICIÓN DE ASMÁTICO

1.2.1 SI Se indica esta opción cuando reconoce padecer esta enfermedad.

1.2.2 NO Se indica esta opción cuando no reconoce padecer esta enfermedad.

2. FACTORES DESENCADENANTES

2.1. Humo de tabaco

2.1.1. Reconoce el efecto nocivo que produce en su salud.

2.1.1.1. SÍ. – Se indica esta opción cuando lo nombra como factor desencadenante.

2.1.1.2. NO – Se indica esta opción cuando no lo nombra como factor desencadenante.

2.1.2. Evita la exposición dentro de sus posibilidades.

2.1.2.1. SÍ. – Se indica esta opción cuando manifiesta realizar las acciones para evitar la exposición al factor desencadenante.

2.1.2.2. NO. – Se indica esta opción cuando no manifiesta realizar las acciones para evitar al factor desencadenante.

2.2. Olores fuertes irritantes.

2.2.1. Reconoce el efecto nocivo que produce en su salud.

2.2.1.1. SÍ – Se indica esta opción cuando lo nombra como factor desencadenante

2.2.1.2. NO – Se indica esta opción cuando no lo nombra como factor desencadenante

2.2.2. Evita la exposición dentro de sus posibilidades.

2.2.2.1. SÍ. – Se indica esta opción cuando manifiesta realizar las acciones para evitar la exposición al factor desencadenante.

2.2.2.2. NO. – Se indica esta opción cuando no manifiesta realizar las acciones para evitar al factor desencadenante.

2.3. Ejercicio y deportes.

2.3.1. Reconoce el efecto nocivo que produce en su salud la práctica inadecuada de ejercicios y deportes.

2.3.1.1. SÍ. – Se indica esta opción cuando manifiesta la necesidad de tomar las medidas preventivas en la realización de ejercicios y deportes.

2.3.1.2. NO. – Se indica esta opción cuando no manifiesta la necesidad de tomar las medidas preventivas en la realización de ejercicios y deportes.

2.3.2. Evita que se convierta en un factor desencadenante.

2.3.2.1. SÍ. – Se indica esta opción cuando manifiesta realizar las medidas preventivas en la práctica de los ejercicios y deportes.

2.3.2.2. NO. – Se indica esta opción cuando no manifiesta realizar las medidas preventivas en la práctica de los ejercicios y deportes.

2.4. Calefacción inadecuada.

2.4.1. Reconoce el efecto nocivo que produce en su salud.

2.4.1.1. SÍ. – Se indica esta opción cuando manifiesta la necesidad de tomar las medidas preventivas para evitar la exposición al factor desencadenante.

2.4.1.2. NO. – Se indica esta opción cuando no manifiesta la necesidad de tomar las medidas preventivas para evitar la exposición al factor desencadenante.

2.4.2. Evita la exposición dentro de sus posibilidades.

2.4.2.1. SÍ. – Se indica esta opción cuando manifiesta realizar las acciones para evitar la exposición al factor desencadenante.

2.4.2.2. NO. – Se indica esta opción cuando no manifiesta realizar las acciones para evitar la exposición al factor desencadenante.

2.5. Polvo de habitación.

2.5.1. Reconoce el efecto nocivo que produce en su salud.

2.5.1.1. SÍ. – Se indica esta opción cuando manifiesta la necesidad de tomar las medidas preventivas para evitar la exposición al factor desencadenante.

2.5.1.2. NO. – Se indica esta opción cuando no manifiesta la necesidad de tomar las medidas preventivas para evitar la exposición al factor desencadenante.

2.5.2. Evita la exposición dentro de sus posibilidades.

2.5.2.1. SÍ. – Se indica esta opción cuando manifiesta realizar las acciones para evitar la exposición al factor desencadenante.

2.5.2.2. NO. – Se indica esta opción cuando no manifiesta realizar las acciones para evitar la exposición al factor desencadenante.

2.6. Animales domésticos.

2.6.1. Reconoce el efecto nocivo que provoca en su salud.

2.6.1.1. SÍ. – Se indica esta opción cuando manifiesta la necesidad de tomar las medidas preventivas para evitar la exposición al factor desencadenante.

2.6.1.2. NO. – Se indica esta opción cuando no manifiesta la necesidad de tomar las medidas preventivas para evitar la exposición al factor desencadenante.

2.6.2. Evita la exposición dentro de sus posibilidades.

2.6.2.1. SÍ. – Se indica esta opción cuando manifiesta realizar las acciones para evitar la exposición al factor desencadenante.

2.6.2.2. NO. – Se indica esta opción cuando no manifiesta realizar las acciones para evitar la exposición al factor desencadenante.

2.7. Alimentos.

- 2.7.1. Reconoce el efecto nocivo que provoca en su salud en el caso de ser alérgico.
 - 2.7.1.1. SÍ. – Se indica esta opción cuando manifiesta la necesidad de tomar las medidas preventivas para evitar la exposición al factor desencadenante.
 - 2.7.1.2. NO. – Se indica esta opción cuando no manifiesta la necesidad de tomar las medidas preventivas para evitar la exposición al factor desencadenante.
- 2.7.2. Evita la exposición dentro de sus posibilidades.
 - 2.7.2.1. SÍ. – Se indica esta opción cuando manifiesta realizar las acciones para evitar la exposición al factor desencadenante.
 - 2.7.2.2. NO. – Se indica esta opción cuando no manifiesta realizar las acciones para evitar la exposición al factor desencadenante.

3. MEDIDOR PICO FLUJO

En el asma leve no se dimensiona dado que el criterio médico indica que no es necesario su utilización, en dicha categoría de pacientes.

3.1 CONOCIMIENTO

3.1.1. Asma moderada.

- 3.1.1.1. SÍ. – Se indica esta opción cuando menciona los pasos requeridos para su uso: (utilización correcta, registro del valor, mantenimiento, valorización de los resultados), considerándose adecuado que de 6 a 7 años , reciba ayuda del adulto.
- 3.1.1.2. NO – Se indica esta opción cuando no menciona los pasos requeridos para su uso, o cuando tiene entre 8 y 10 años y recibe ayuda del adulto.

3.1.2. Asma severa.

- 3.1.2.1. SÍ. – Se indica esta opción cuando menciona los pasos requeridos para su uso: (utilización correcta, registro del valor, mantenimiento, valorización de los resultados), considerándose adecuado que de 6 a 7 años , reciba ayuda del adulto.
- 3.1.2.2. NO – Se indica esta opción cuando no menciona los pasos requeridos para su uso o cuando tiene entre 8 y 10 años y recibe ayuda del adulto.

4. MEDICACIÓN

4.1. Reconocimiento de los tipos de medicación: es el conocimiento del efecto que produce cada una,

4.1.1. Preventiva.

4.1.1.1. De 6 a 7 años.

- 4.1.1.1.1. SÍ. – Se indica esta opción cuando manifiesta seleccionar, solo o con ayuda del adulto, la medicación antiinflamatoria que debe administrarse.
- 4.1.1.1.2. NO. – Se indica esta opción cuando manifiesta no seleccionar la medicación antiinflamatoria que debe administrarse.

4.1.1.2. De 8 a 10 años.

4.1.1.2.1. SÍ. – Se indica esta opción cuando manifiesta seleccionar sólo la medicación antiinflamatoria que debe administrarse.

4.1.1.2.2. NO. – Se indica esta opción cuando manifiesta no seleccionar la medicación antiinflamatoria que debe administrarse.

4.1.2. Para las crisis.

4.1.2.1. De 6 a 7 años.

4.1.2.1.1. SÍ. – Se indica esta opción cuando manifiesta seleccionar, sólo o con ayuda del adulto, la medicación broncodilatadora que debe administrarse.

4.1.2.1.2. NO. – Se indica esta opción cuando manifiesta no seleccionar la medicación broncodilatadora que debe administrarse

4.1.2.2 De 8 a 10 años.

4.1.2.2.1. SI - Se indica esta opción cuando manifiesta seleccionar sólo la medicación broncodilatadora que debe administrarse.

4.1.2.2.2. NO - Se indica esta opción cuando manifiesta no seleccionar la medicación broncodilatadora que debe administrarse.

4.2 Administración de la medicación:

4.2.1. INHALADOR

4.2.1.1 **SOLO** Se indica esta opción cuando se administra, sólo, la medicación antiinflamatoria indicada y tiene entre 8 y 10 años.

4.2.1.2 **CON SUPERVISIÓN** Se indica esta opción cuando se administra la medicación antiinflamatoria indicada, con supervisión del adulto, y tiene entre 6 y 10 años. .

4.2.1.3 **CON AYUDA** Se indica esta opción cuando se administra la medicación antiinflamatoria indicada y tienen entre 6 y 7 años.

4.2.2 NEBULIZADOR

4.2.2.1 **SOLO** Se indica esta opción cuando se administra, sólo, la medicación antiinflamatoria indicada y tiene entre 8 y 10 años.

4.2.2.2 **CON SUPERVISIÓN** Se indica esta opción cuando se administra la medicación antiinflamatoria indicada, con supervisión del adulto, y tiene entre 6 y 10 años. .

4.2.2.3 **CON AYUDA** Se indica esta opción cuando se administra la medicación antiinflamatoria indicada y tienen entre 6 y 7 años.

4.2.3 OTROS (PASTILLAS, JARABE)

4.2.3.1 **SOLO** Se indica esta opción cuando se administra, sólo, la medicación antiinflamatoria indicada y tiene entre 8 y 10 años.

4.2.3.2 CON SUPERVISIÓN Se indica esta opción cuando se administra la medicación antiinflamatoria indicada, con supervisión del adulto, y tiene entre 6 y 10 años. .

4.2.3.3 CON AYUDA Se indica esta opción cuando se administra la medicación antiinflamatoria indicada y tienen entre 6 y 7 años.

4.3. Respeta frecuencia de la medicación .

4.3.1. SI- Se indica esta opción cuando manifiesta no tener olvidos en la administración de la medicación antiinflamatoria indicada, o cuando tiene 6 a 7 años y necesita ayuda del adulto.

4.3.2. NO- Se indica esta opción cuando manifiesta tener olvidos en la administración de la medicación antiinflamatoria indicada, y/o necesita el recordatorio del adulto y tiene entre 8 y 10 años.

4.4. Registra por escrito, en una planilla personal.

4.4.1 De 6 a 7 años.

4.4.1.1 SIEMPRE. – Se indica esta opción cuando manifiesta registrar por escrito cada vez que toma la medicación antiinflamatoria, sólo o con ayuda del adulto

4.4.1.2 FRECUENTEMENTE. – Se indica esta opción cuando manifiesta registrar por escrito algunas veces la toma de la medicación antiinflamatoria.

4.4.1.3 NUNCA. – Se indica esta opción cuando manifiesta no registrar por escrito cada vez que toma la medicación antiinflamatoria.

4.4.2 De 8 a 10 años.

4.4.2.1 SIEMPRE. – Se indica esta opción cuando manifiesta registrar por escrito cada vez que toma sólo la medicación antiinflamatoria.

4.4.2.2 FRECUENTEMENTE. – Se indica esta opción cuando manifiesta registrar por escrito algunas veces la toma de la medicación antiinflamatoria.

4.4.2.3. NUNCA. – Se indica esta opción cuando manifiesta no registrar por escrito cada vez que toma la medicación antiinflamatoria.

5. PAUTAS DE TRATAMIENTO

5.1. Práctica diaria de técnicas de relajación y respiración profunda.

5.1.1. SIEMPRE. – Se indica esta opción cuando relata que aplica las técnicas de relajación y respiración profunda todos los días.

5.1.2. A VECES. – Se indica esta opción cuando relata que aplica las técnicas de relajación y respiración profunda sólo algunos días.

5.1.3. NO. – Se indica esta opción cuando manifiesta no aplicar las técnicas de relajación y respiración profunda en ningún momento.

5.2. Disposición por escrito de un plan de acción, que detalla las acciones a seguir de acuerdo a la gravedad de las crisis.

5.2.1. SÍ. – Se indica esta opción cuando manifiesta disponer del plan de acción por escrito en forma permanente y actualizada por su médico.

5.2.2. NO. – Se indica esta opción cuando manifiesta no disponer del plan de acción por escrito en forma permanente y actualizada por su médico.

6. ACTIVIDADES ESCOLARES

6.1. Ausentismo escolar por asma.

- 6.1.1. Frecuente con indicación médica: Se indica esta opción cuando manifiesta ausentarse por asma más de 10 veces por año a la escuela.
- 6.1.2. Frecuente por decisión propia: Se indica esta opción cuando manifiesta ausentarse por asma más de 10 veces por año a la escuela.
- 6.1.3. Poco frecuente con indicación médica: Se indica esta opción cuando manifiesta ausentarse por asma menos de 10 veces por año a la escuela.
- 6.1.4. Poco frecuente por decisión propia: Se indica esta opción cuando manifiesta ausentarse por asma menos de 10 veces por año a la escuela.
- 6.1.5. Nunca: Se indica esta opción cuando manifiesta no ausentarse por asma a la escuela.

6.2. Ausentismo a Educación Física por asma.

- 6.2.1. Frecuente con indicación médica: Se indica esta opción cuando manifiesta ausentarse por asma a las clases de educación física más de 5 veces por año.
- 6.2.2. Frecuente por decisión propia: Se indica esta opción cuando manifiesta ausentarse por asma a las clases de educación física más de 5 veces por año.
- 6.2.3. Poco frecuente con indicación médica: Se indica esta opción cuando manifiesta ausentarse por asma a las clases de educación física menos de 5 veces por año.
- 6.2.4. Poco frecuente por decisión propia: Se indica esta opción cuando manifiesta ausentarse por asma a las clases de educación física menos de 5 veces por año.
- 6.2.5. Nunca. Se indica esta opción cuando manifiesta no ausentarse por asma a las clases de educación física en la escuela.

7. ACTIVIDADES EXTRAESCOLARES

7.1. Participación en actividades deportivas.

- 7.1.1. SÍ. – Se indica esta opción cuando manifiesta realizar por lo menos un deporte.
- 7.1.2. NO. – Se indica esta opción cuando manifiesta no realizar deportes.

7.2. Participación en actividades sedentarias, realizadas en ambientes cerrados.

- 7.2.1. Frecuente: Se indica esta opción cuando nombra por lo menos dos actividades que realice en forma sedentaria y en ambientes cerrados.
- 7.2.2. Poco frecuente: Se indica esta opción cuando nombra una actividad que realice por semana en forma sedentaria y en ambientes cerrados.

7.3. Participación en talleres de educación sobre asma.

- 7.3.1. SÍ. – Se indica esta opción cuando manifiesta haber concurrido a un taller de educación sobre asma.
- 7.3.2. NO. – Se indica esta opción cuando manifiesta no haber concurrido a ningún taller de educación sobre asma.

7.4. Ausentismo a actividades sociales por asma.

- 7.4.1. SÍ. – Se indica esta opción cuando manifiesta ausentarse a actividades sociales por su enfermedad.
- 7.4.2. NO. – Se indica esta opción cuando manifiesta no ausentarse a actividades sociales por su asma.

AUTOMANEJO DE LAS CRISIS ASMÁTICAS

8. SÍNTOMAS PREVIOS A LAS CRISIS ASMÁTICAS

8.1. Reconocimiento de los síntomas previos a las crisis.

8.1.1. SÍ. – Se indica esta opción cuando nombra los síntomas previos a las crisis que le ocasiona su enfermedad.

8.1.2. NO. – Se indica esta opción cuando no nombra los síntomas previos a las crisis que le ocasiona su enfermedad.

9. APLICACIÓN DE TÉCNICAS DE RELAJACION Y RESPIRACION PROFUNDA EN LAS CRISIS.

9.1. SÍ. – Se indica esta opción cuando manifiesta aplicar en cada crisis las técnicas de relajación y respiración profunda.

9.2. NO. – Se indica esta opción cuando manifiesta no aplicar las técnicas de relajación y respiración en cada crisis.

10. MEDICACIÓN:

10.1. ADMINISTRACIÓN DE LA MEDICACION

10.1.1. INHALADOR

10.1.1.1. SOLO Se indica esta opción cuando se administra, sólo, la medicación broncodilatadora indicada y tiene entre 8 y 10 años.

10.1.1.2. CON SUPERVISIÓN Se indica esta opción cuando se administra la medicación broncodilatadora indicada, con supervisión del adulto, y tiene entre 6 y 10 años. .

10.1.1.3. CON AYUDA Se indica esta opción cuando se administra la medicación broncodilatadora indicada y tienen entre 6 y 7 años.

10.1.2. NEBULIZADOR

10.1.2.1. SOLO Se indica esta opción cuando se administra, sólo, la medicación broncodilatadora indicada y tiene entre 8 y 10 año.

10.1.2.2. CON SUPERVISIÓN Se indica esta opción cuando se administra la medicación broncodilatadora indicada, con supervisión del adulto, y tiene entre 6 y 10 años. .

10.1.2.3. CON AYUDA Se indica esta opción cuando se administra la medicación broncodilatadora indicada y tienen entre 6 y 7 años

10.1.3. OTROS (PASTILLAS, JARABE)

10.1.3.1. SOLO Se indica esta opción cuando se administra, sólo, la medicación broncodilatadora indicada y tiene entre 8 y 10 años.

10.1.3.2. CON SUPERVISIÓN Se indica esta opción cuando se administra la medicación broncodilatadora indicada, con supervisión del adulto, y tiene entre 6 y 10 años.

10.1.3.3. CON AYUDA Se indica esta opción cuando se administra la medicación broncodilatadora indicada y tienen entre 6 y 7 años.

10.2. RESPETA FRECUENCIA DE LA MEDICACION :

10.2.1 SI - Se indica esta opción cuando manifiesta no tener olvidos en la administración de la medicación broncodilatadora indicada, o cuando tiene 6 a 7 años y necesita ayuda del adulto.

10.2.2 NO - Se indica esta opción cuando manifiesta tener olvidos en la administración de la medicación broncodilatadora indicada, y/o necesita el recordatorio del adulto y tiene entre 8 y 10 años.

10.3. Registra por escrito, en una planilla personal.

10.3.1. De 6 a 7 años.

10.3.1.1. **SÍEMPRE.** - Se indica esta opción cuando manifiesta registrar por escrito cada vez que toma la medicación broncodilatadora, sólo o con ayuda del adulto.

10.3.1.2. **FRECUENTEMENTE.** - Se indica esta opción cuando manifiesta registrar por escrito algunas veces la toma de la medicación broncodilatadora.

10.3.1.3. **NUNCA.** - Se indica esta opción cuando manifiesta no registrar por escrito cada vez que toma la medicación broncodilatadora.

10.3.2. De 8 a 10 años.

10.3.2.1. **SÍEMPRE.** - Se indica esta opción cuando manifiesta registrar por escrito cada vez que toma sólo la medicación broncodilatadora.

10.3.2.2. **FRECUENTEMENTE.** -- Se indica esta opción cuando manifiesta registrar por escrito algunas veces la toma de la medicación broncodilatadora.

10.3.2.3. **NUNCA.** - Se indica esta opción cuando manifiesta no registrar por escrito cada vez que toma la medicación broncodilatadora.

11. UTILIZACIÓN DE RECURSOS HUMANOS

11.1. Conocimiento respecto a la solicitud de ayuda.

11.1.1. A quién pedir ayuda.

11.1.1.1. **SÍ.** - Se indica esta opción cuando nombra alguna persona a la cual puede recurrir en caso de tener una crisis.

11.1.1.2. **NO.** Se indica esta opción cuando no sabe a quién pedir ayuda.

11.1.2. A dónde acudir por ayuda.

11.1.2.1. **SÍ.** - Se indica esta opción cuando nombra un lugar al cual recurrir para pedir ayuda en caso de tener una crisis.

11.1.2.2. **NO.** - Se indica esta opción cuando no sabe a dónde recurrir en caso de tener una crisis.

11.2. Solicita ayuda adecuadamente en la crisis.

- 11.2.1. SIEMPRE. – Se indica esta opción cuando manifiesta haber resuelto adecuadamente todas las situaciones de crisis que tuvo.
- 11.2.2. GENERALMENTE. – Se indica esta opción cuando manifiesta no haber resuelto adecuadamente algunas situaciones de crisis y otras no.
- 11.2.3. NUNCA. – Se indica esta opción cuando manifiesta no haber resuelto adecuadamente ninguna situación de crisis.

12. UTILIZACIÓN DE RECURSOS MATERIALES

12.1. Disponibilidad permanente del equipo necesario (inhalador y/o nebulizador) para las crisis.

12.1.1. Hogar.

12.1.1.1. SÍ. – Cuando manifiesta disponer en su hogar en forma permanente del equipo necesario para la crisis.

12.1.1.2. NO. – Cuando manifiesta no disponer en su hogar en forma permanente del equipo necesario para la crisis.

12.1.2. Escuela.

12.1.2.1. SÍ. – Cuando manifiesta disponer en la escuela en forma permanente del equipo necesario para la crisis.

12.1.2.2. NO. – Cuando manifiesta no disponer en la escuela en forma permanente del equipo necesario para la crisis.

13. UTILIZACIÓN DEL MEDIDOR PICO FLUJO.

13.1. SÍ. – Se indica esta opción cuando manifiesta usar el medidor pico flujo en cada crisis.

13.2. NO. – Se indica esta opción cuando manifiesta no usar el medidor pico flujo en cada crisis.

RESULTADOS

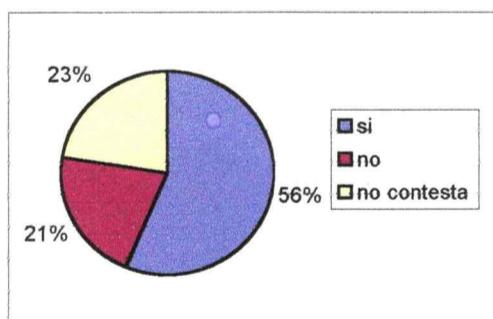
RESULTADOS NIÑOS

Características de la Población de Estudio

1. Padres y/o tutores a cargo del cuidado del niño asmático.
 - 1.1. El 97,50 % son madres cuyas edades se encuentran distribuidas mayoritariamente entre 30 y 40 años.
 - 1.2. El 61,25 % son amas de casa, que lograron completar la educación primaria, de las cuales sólo el 10% pudo completar la educación secundaria.
 - 1.3. El 65 % de las familias no dispone de recursos socioeconómicos para realizar los traslados en el momento de las crisis. El 31,58 % cuenta con recursos socioeconómicos para disponer en forma permanente del nebulizador; el 17,70 % del inhalador y el 16,82 % de la medicación de repuesto necesaria, recurriendo casi la totalidad de la población a la cooperadora del Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil de Mar del Plata.
2. Niños asmáticos de 6 a 10 años.
 - 2.1. El 67,50 % corresponden al sexo masculino.
 - 2.2. El 38,75 % se distribuye en la franja de 6 a 7 años y el resto, entre los 8 y 10 años de edad.
 - 2.3. El 88,75 % tiene antecedentes hereditarios de asma directos.

Al realizar la valoración de las habilidades desarrolladas por el niño de 6 a 10 años en cuanto al automanejo preventivo y de las crisis, se encontró que presentan dificultades en ambos aspectos que a continuación detallaremos

GRÁFICO N° 1: Noción de enfermedad del niño de 6 a 10 años con diagnóstico de Asma Bronquial que concurre al servicio de Neumonología del Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil, Mar del Plata, Argentina, diciembre 1998 - enero 1999.



El 21,25 % de los niños no reconoce padecer dicha enfermedad y el 22,50 % presenta dudas sobre su condición. Gráfico N°1.

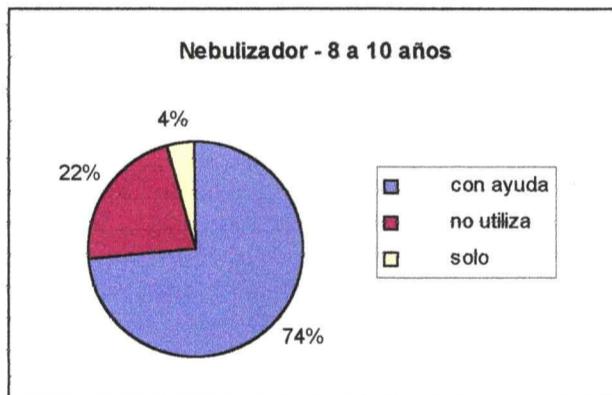
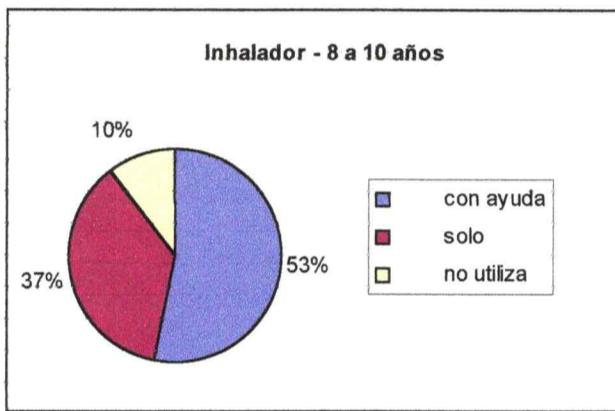
El 44,00 % de los niños manifestó no saber acerca de qué es el asma, y el resto sólo mencionó algunas características de la enfermedad (síntomas, órgano afectado, otros).

Respecto al conocimiento que poseen acerca de los factores desencadenantes del asma, cabe destacar que sólo el 9,59 % de los niños reconoce el humo del cigarrillo y el 2,05 % a los animales

como factores, siendo estos algunos de los más importantes, posibles de ser evitados y a los que con más frecuencia se ven expuestos.

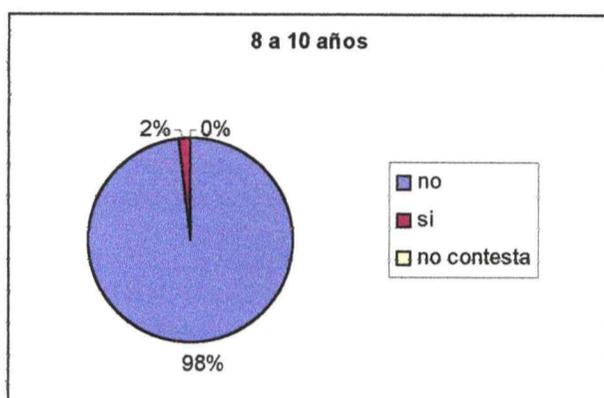
El 100 % de los niños refirió no conocer el medidor pico flujo, que si bien no es indicado su uso en el asma leve, se encontró que el 23,75 % de los niños presentó 1 a 5 internaciones por asma por año y el 2,5 % de los niños presentaron más de 5 internaciones por asma por año, los cuales entrarían dentro de la clasificación de asma moderado y/o severo.

GRÁFICO N° 2: Forma de administrarse la medicación según edad del niño con diagnóstico de asma bronquial que concurre al servicio de Neumonología del Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil, Mar del Plata, Argentina, diciembre 1998 a enero 1999.



En la administración de la medicación por parte de los niños se encontró que los niños entre 8 y 10 años no lo realizan en forma independiente, aunque poseen las capacidades para realizarlo de dicho modo. El 53 % de los niños recibe ayuda para utilizar el inhalador y el 74 % de los niños recibe ayuda para utilizar el nebulizador. Gráfico N° 2.

GRÁFICO N° 3: Registro por escrito de la medicación que realiza el niño de 8 a 10 años con diagnóstico de Asma Bronquial que concurre al servicio de Neumonología del Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil, Mar del Plata, Argentina, diciembre 1998 - enero 1999.

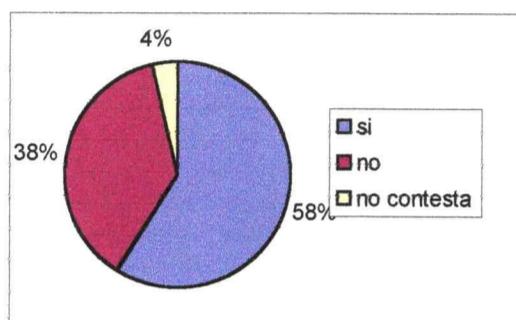


En la realización del registro por escrito de la medicación en planillas de control de los niños de 8 a 10 años que poseen las capacidades para realizarlo, se encontró que el 98 % de los niños no lo realiza. Gráfico N° 3.

Entre los niños que manifestaron administrarse solos la medicación, el 58,70 % reconoció tener olvidos.

Respecto al reconocimiento por parte de los niños de los tipos de medicación preventiva o para la crisis, en los niños ninguno supo reconocer la diferencia, mientras que el 37,50 % reconoció no saber nada acerca de los efectos de la misma. El resto, mencionó algunas de sus características.

GRÁFICO N° 4: Conocimiento de la respiración correcta en el niño de 6 a 10 años con diagnóstico de Asma Bronquial que concurre al servicio de Neumonología del Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil, Mar del Plata, Argentina, diciembre 1998 - enero 1999.



Un 37,50 % de los niños no sabe respirar correctamente siendo éste un hábito fundamental para la salud del niño asmático. Gráfico N° 4.

El 83,75 % de los niños manifestó no conocer sobre las técnicas de relajación y respiración profunda, y quienes mencionan conocerlas, ninguno las practica en forma diaria.

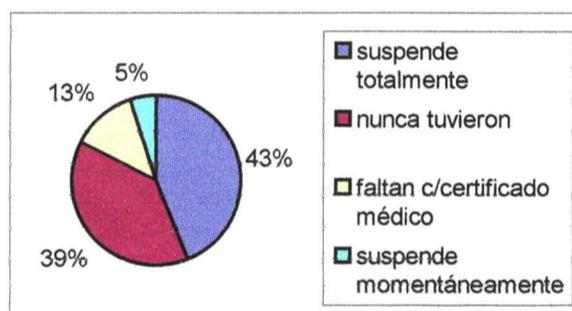
TABLA N° 5: Ausentismo a clases de educación física por año del niño de 6 a 10 años con diagnóstico de Asma Bronquial que concurre al servicio de Neumonología del Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil, Mar del Plata, Argentina, diciembre 1998 - enero 1999.

<i>Ausentismo a clases de educación física por año</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>
Menos de 5 veces al año	43	53,75
Más de 5 veces al año	37	46,25
TOTAL	80	100,00

TABLA N° 6: Ausentismo escolar por año del niño de 6 a 10 años con diagnóstico de Asma Bronquial que concurre al servicio de Neumonología del Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil, Mar del Plata, Argentina, diciembre 1998 - enero 1999.

<i>Ausentismo escolar por año</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>
Menos de 10 veces	45	56,25
Más de 10 veces	35	43,75
TOTAL	80	100,00

GRÁFICO N° 7: Actitud frente a síntomas en la clase de educación física adoptada por el niño de 6 a 10 años con diagnóstico de Asma Bronquial que concurre al servicio de Neumonología del Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil, Mar del Plata, Argentina, diciembre 1998 - enero 1999.



El 46,25 % de los niños presenta ausentismo por asma a las clases de Educación Física, más de 5 veces por año, y el resto, menos de 5 veces por año. Tabla N° 5. En el desarrollo de las mismas, el 61,25 % de los niños reconoce limitaciones en el desempeño de su rutina normal. Gráfico N° 7.

En relación al ausentismo escolar por asma, el 43,75 % de los niños manifestó ausentarse mas de 10 veces por año y el resto, menos de 10 veces por año. Tabla N° 6 .

GRÁFICO N° 8: Tipo de actividades realizadas por el niño de 6 a 10 años con diagnóstico de Asma Bronquial que concurre al servicio de Neumonología del Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil, Mar del Plata, Argentina, diciembre 1998 - enero 1999.

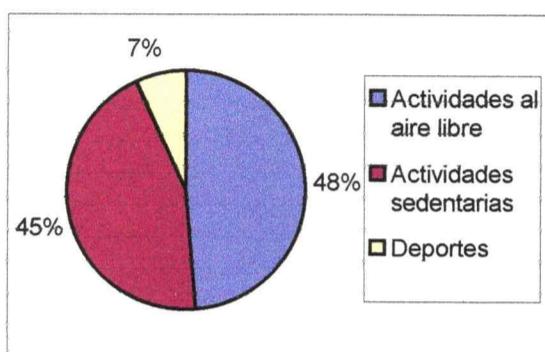


TABLA N°9: Actividades limitadas por la enfermedad según el niño de 6 a 10 años con diagnóstico de Asma Bronquial que concurre al servicio de Neumonología del Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil, Mar del Plata, Argentina, diciembre 1998 - enero 1999.

Actividades limitadas	N°	%
Correr	26	24,07
Nada	24	22,22
Jugar a la pelota	17	15,74
Jugar afuera	15	13,89
Tomar cosas frías	6	5,56
Natación	6	5,56
Andar en bicicleta	5	4,63
Jugar basket	3	2,78
Jugar con el perro	2	1,85
Jugar con peluche	1	0,93
Ir a la escuela	1	0,93
Taller de pintura	1	0,93
Viajes – campamentos	1	0,93

TABLA N° 10: Actividades limitadas en los períodos asintomáticos según los padres en el niño de 6 a 10 años con diagnóstico de Asma Bronquial que concurre al servicio de Neumonología del Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil, Mar del Plata, Argentina, diciembre 1998 - enero 1999.

<i>Actividades limitadas</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>
No suspende	48	54,55
Ejercicios	12	13,64
Jugar la aire libre después de las 16:00 hs.	9	10,23
Suspende todas las actividades los días fríos	7	7,95
Sociales	6	6,82
Actividades limitadas por falta de abrigo	4	4,55
Tomar cosas frías	1	1,14
Jugar con agua	1	1,14

En cuanto a las actividades extraescolares, el 44,56 % de los niños manifiesta realizar actividades de tipo sedentarias y sólo el 6,82 % de los niños practica deportes. Gráfico N° 8.

En el desarrollo de sus actividades cotidianas, el 24,07 % de los niños refirió sentirse limitado en poder correr, el 15,74 % en jugar a la pelota, el 13,89 % en jugar afuera, entre otros. Tabla N° 9.

Los padres reconocieron limitar a sus hijos, aun en períodos asintomáticos, en la realización de algunas de sus actividades cotidianas. Tabla N°10.

El 78,75 % de los niños manifestó no disponer de indicaciones por escrito de lugares o personas a donde recurrir, en caso de tener una crisis y encontrarse solos.

El 97,50 % de los niños no concurreó a talleres, charlas o conferencias sobre la enfermedad.

TABLA N° 11: Situaciones que generan miedo a las crisis en el niño de 6 a 10 años con diagnóstico de Asma Bronquial que concurre al servicio de Neumonología del Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil, Mar del Plata, Argentina, diciembre 1998 - enero 1999.

<i>Situaciones</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>
no contesta	31	35,23
a los síntomas (ej: vómitos)	16	18,18
operaciones - inyecciones - internación	12	13,64
a no poder respirar	11	12,50
límites	5	5,68
estar solo	5	5,68
a la muerte	4	4,55
no saber que hacer	2	2,27
no tener medicamento a mano	1	1,14
que sea de noche	1	1,14

TABLA N° 12: Sentimientos originados por las crisis en el niño de 6 a 10 años con diagnóstico de Asma Bronquial que concurre al servicio de Neumonología del Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil, Mar del Plata, Argentina, diciembre 1998 - enero 1999.

<i>Sentimientos</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>
Ninguno	20	23,26
Miedo	19	22,09
no saben expresar su miedo	16	18,60
Bronca	9	10,47
Tristeza	6	6,98
rechazo a los remedios	5	5,81
Aburrimiento	3	3,49
Nervios	3	3,49
caída – cansada	2	2,33
Pereza	1	1,16
Vergüenza	1	1,16
Otros	1	1,16

TABLA N° 13: Dudas manifestadas sobre la enfermedad en el niño de 6 a 10 años con diagnóstico de Asma Bronquial que concurre al servicio de Neumonología del Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil, Mar del Plata, Argentina, diciembre 1998 - enero 1999.

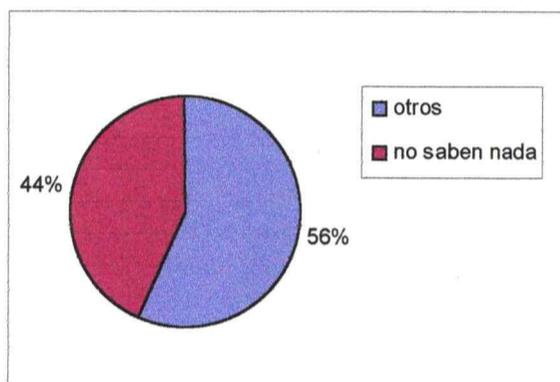
<i>Dudas</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>
ninguna duda	58	68,24
Etiología	7	8,24
factores desencadenantes	4	4,71
Pronóstico	4	4,71
negaron estar enfermos	4	4,71
Medicación	3	3,53
Límites	3	3,53
posibilidad de intervenciones quirúrgicas	1	1,18
Automanejo	1	1,18

Más de la mitad de los niños reconocen sentir miedo a las crisis de asma, dudas (Tabla N° 13), y diversidad de sentimientos, (Tablas N° 11 y 12), con respecto a como viven y sienten su condición de padecer dicha enfermedad.

RESULTADOS PADRES

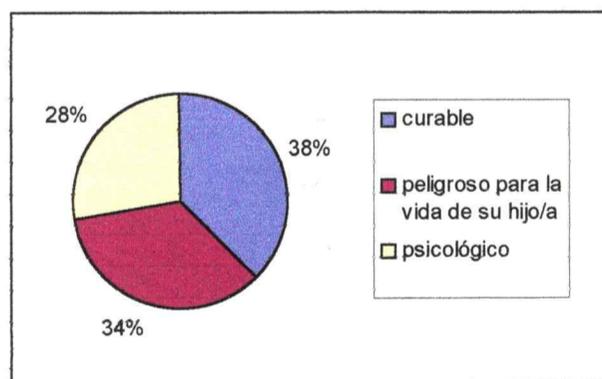
A continuación se detallan características del manejo familiar, que de acuerdo a lo desarrollado en el marco teórico, pueden influir en el desarrollo de habilidades de automanejo del Asma Bronquial, en el niño asmático de 6 a 10 años.

GRÁFICO N° 14: Conocimiento de la enfermedad según el Tutor o Encargado del niño de 6 a 10 años con diagnóstico de Asma Bronquial que concurre al servicio de Neumonología del Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil, Mar del Plata, Argentina, diciembre 1998 - enero 1999.



En relación al conocimiento que poseen los padres sobre la enfermedad, el 43,56 % no sabe qué es el asma y el resto reconoce sólo algunas de sus características. Gráfico N° 14.

GRÁFICO N° 15: Creencias sobre la enfermedad según el Tutor o Encargado del niño de 6 a 10 años con diagnóstico de Asma Bronquial que concurre al servicio de Neumonología del Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil, Mar del Plata, Argentina, diciembre 1998 - enero 1999.



Los padres que poseen creencias propias respecto a la enfermedad, el 28,04 % cree que es psicológico, el 37,37 % curable, y el 34,39 % que puede ser peligroso para la vida de su hijo. Gráfico N° 15.

Sobre el conocimiento de los factores desencadenantes del asma, se encontró que el 2,86 % de los padres presentan dudas o no los conocen y que sólo el 1,71% reconoce al humo del cigarrillo, el 1,71% a los animales, y el 2,29 % a los peluches, como factores.

GRÁFICO N° 16: Mascotas dentro del hogar del niño de 6 a 10 años con diagnóstico de Asma Bronquial que concurre al servicio de Neumonología del Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil, Mar del Plata, Argentina, diciembre 1998 - enero 1999.

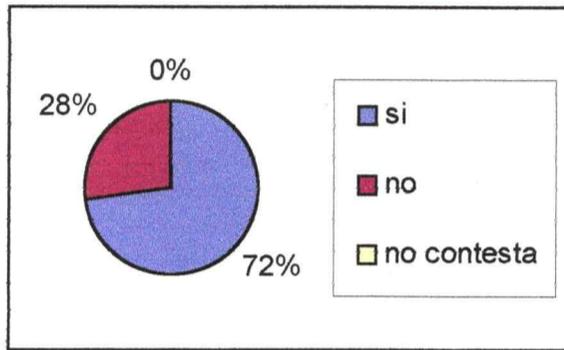
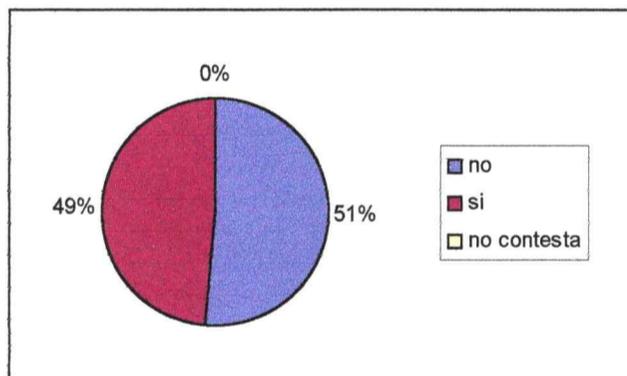


GRÁFICO N° 17: Familias fumadoras dentro del hogar del niño de 6 a 10 años con diagnóstico de Asma Bronquial que concurre al servicio de Neumonología del Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil, Mar del Plata, Argentina, diciembre 1998 - enero 1999.



En el análisis de las medidas de control ambiental que implementan las familias de los niños asmáticos se encontró que: en el 72,50 % de los hogares se convive con mascotas (Gráfico N° 16), que en el 48,75 % de los hogares hay presencia de fumadores (Gráfico N° 17), el 13,71% de los niños posee bibliotecas o cajas con libros en sus dormitorios, y el 19,73 % tiene juguetes de peluche. El 47,50 % de los hogares tienen piso de cemento. El tipo de calefacción es de un 22,22 % a leña, de 14,44 % a kerosén, el 5,56 % no tiene ningún tipo de calefacción.

Según las actividades que desarrolla el grupo familiar, los padres expresaron sentirse limitados aún en los periodos asintomáticos del niño en las vacaciones un 5 %, vida social el 11,25 %, calidad del sueño 10 % y con respecto a la jornada laboral, no manifestaron limitación, pero cabe aclarar que el 95,5 % de los padres encuestados son amas de casa.

GRÁFICO N° 18: Decisiones tomadas sobre la medicación según el Tutor o Encargado del niño de 6 a 10 años con diagnóstico de Asma Bronquial que concurre al servicio de Neumonología del Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil, Mar del Plata, Argentina, diciembre 1998 - enero 1999.

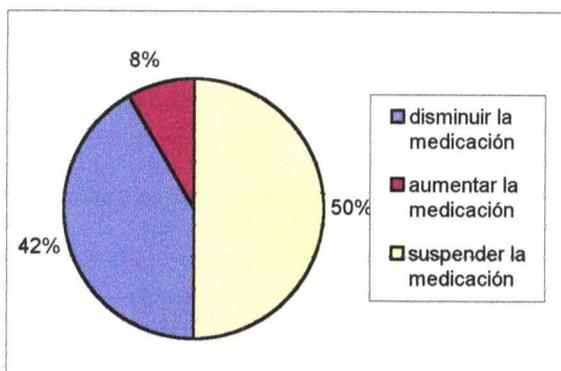


TABLA N° 19: Temor de la medicación reconocido por el Tutor o Encargado del niño de 6 a 10 años con diagnóstico de Asma Bronquial que concurre al servicio de Neumonología del Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil, Mar del Plata, Argentina, diciembre 1998 - enero 1999.

<i>Temor de la medicación</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>
A que afecte al corazón	28	30,11
No temen nada	23	24,73
Provoque adicción	14	15,05
Engorde	8	8,60
Taquicardia	8	8,60
Provoque problemas de crecimiento	4	4,30
No sabe	4	4,30
Afecte pulmones	1	1,08
Osteoporosis	1	1,08
Otras enfermedades	1	1,08
Provoque temblor	1	1,08

Un alto porcentaje no se adhiere a la prescripción médica (Gráfico N°18) y en igual medida presentan miedos respecto a los efectos secundarios que la medicación pueda provocar en los niños (Tabla N° 19). El 83, 75 % de los padres no conoce la diferencia entre la medicación preventiva y la que es para las crisis y sólo reconocen algunos de sus efectos.

El 25% de los padres reconoció utilizar medicamentos caseros.

TABLA N° 20: Motivos por los cuales necesita ayuda en la administración de la medicación, según el Tutor o Encargado del niño de 6 a 10 años con diagnóstico de Asma Bronquial que concurre al servicio de Neumonología del Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil, Mar del Plata, Argentina, diciembre 1998 - enero 1999.

Motivos	N°	%
No sabe	23	25,56
Es chico	15	16,67
Temor a la sobredosis	14	15,56
Por costumbre	12	13,33
Porque se puede olvidar	10	11,11
Por sobreprotección	9	10,00
Para controlar	4	4,44
Porque dijo el doctor	2	2,22
No le gusta hacerlo	1	1,11

Los padres que no admiten que sus hijos se mediquen solos, argumentaron diferentes motivos. Tabla N° 20.

El 12,5 % de los padres manifestó haber realizado consultas no médicas. El 70 % manifestó haber recibido diferentes criterios entre los profesionales a los cuales consultó por la enfermedad de su hijo.

De las indicaciones que tienen por escrito de cómo resolver una situación de crisis (plan de acción), reconocieron no tener direcciones ni teléfonos a donde recurrir, pero afirman contar con la medicación necesaria para administrar en el momento.

El 63,75% de los padres reconoció no poseer adecuada comunicación con otros miembros de la familia y/o cuidadores acerca de los cuidados que requiere el niño sobre su enfermedad.

RELACIONES SIGNIFICATIVAS

En la población de estudio se detectó presencia de factores que influyen en el desarrollo de un automanejo adecuado del asma bronquial, en el niño asmático, hallándose relación significativa entre las que a continuación detallaremos:

Padres y/o Tutores

- Falta de participación en talleres de educación sobre asma, por parte de los padres, con el tipo de actividad que desarrolla el niño asmático de 6 a 10 años en horario extraescolar ($t = -2,38$; $p = 0,0196$).
- Falta de participación en talleres de educación sobre asma, por parte de los padres, con la administración del nebulizador con ayuda del adulto, en el niño asmático de 8 a 10 años ($t = -2,44$; $p = 0,0392$).
- Carencia de material por escrito sobre la enfermedad con el tipo de actividad que desarrolla el niño asmático de 6 a 10 años, en horario extraescolar ($t = 2,18$; $p = 0,0322$).
- La creencia de que el asma es peligroso para la vida de los niños asmáticos de 6 a 10 años, en los padres, con el sentimiento de limitación reconocido por los niños, en el desempeño de sus actividades (correr) ($t = 3,03$; $p = 0,0034$).
- El temor a la práctica deportiva de los niños asmáticos de 6 a 10 años, en los padres, con el sentimiento de limitación reconocido por los niños, en el desempeño de sus actividades (jugar a la pelota) ($t = -1,96$; $p = 0,0526$).

TABLA N° 21: Temor a los efectos de la medicación que presenta el tutor y/o encargado del niño asmático de 6 a 10 años con diagnóstico de Asma Bronquial que concurre a consultorio externo del Servicio de Neumonología del Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil, según conocimiento que poseen sobre la medicación, Mar del Plata, Argentina, diciembre 1998 - enero 1999.

<i>CONOCIMIENTO</i>	<i>TEMORES</i>				
	<i>SI</i>		<i>NO</i>		<i>TOTAL</i>
	N°	%	N°	%	N°
SI CONOCEN	8	61,5	5	38,5	13
NO CONOCEN	58	86,6	9	13,4	67
TOTAL	66	82,5	14	17,5	80

$$\chi^2 = 4,72$$

$$p = 0,029$$

El 86,6 % de los padres que no poseen conocimiento sobre la medicación, manifestaron tener temores a los efectos de la misma, frente a un 61,5 % de los padres que poseen conocimiento sobre la medicación y reconocen tener temor a sus efectos.

TABLA N° 22: Adherencia a la prescripción médica del tutor y /o encargado del niño asmático de 6 a 10 años con diagnóstico de Asma Bronquial que concurre a consultorio externo del Servicio de Neumonología del Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil, según los temores a la medicación, Mar del Plata, Argentina, diciembre 1998 - enero 1999.

TEMORES	ADHERENCIA				
	SI ADHIEREN		NO ADHIEREN		TOTAL
	N°	%	N°	%	N°
SI	34	59,6	23	40,4	57
NO	21	91,3	2	8,7	23
TOTAL	55	68,8	25	31,3	80

$$\chi^2 = 7,64$$

$$p = 0,005$$

El 91,3 % de los padres que reconocen no tener temor a la medicación presentan mayor adherencia a la prescripción médica, frente al 59,6% de los padres que reconocen tener temores y presentan menor adherencia a la prescripción médica.

TABLA N°23: Ausentismo a clases de Educación Física en el niño asmático de 6 a 10 años con diagnóstico de Asma Bronquial que concurre a consultorio externo del Servicio de Neumonología del Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil, según el temor ala práctica deportiva, reconocido por el tutor y/o encargado, Mar del Plata, Argentina, diciembre 1998 - enero 1999.

<i>TEMOR A LA PRÁCTICA DEPORTIVA</i>	<i>AUSENTISMO A CLASES DE EDUCACIÓN FÍSICA</i>				
	<i>MENOS DE 5 VECES AL AÑO</i>		<i>MÁS DE 5 VECES AL AÑO</i>		<i>TOTAL</i>
	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Nº</i>
SI	12	38,7	19	61,3	31
NO	30	62,5	18	37,5	48
TOTAL	42	53,2	37	46,8	80

$$\chi^2 = 4,28$$

$$p = 0,038$$

Existe un 62,5 % de los padres que reconocen no sentir temor a la práctica deportiva, de los cuales sus hijos se ausentan menos de 5 veces al año, a clases de Educación Física, frente a un 38,7 % de los padres que reconocen sentir temor a la práctica deportiva.

TABLA N° 24: Mascotas dentro del hogar del niño asmático de 6 a 10 años con diagnóstico de Asma Bronquial que concurre a consultorio externo del Servicio de Neumonología del Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil, según creencia de que el asma es curable, reconocida por el tutor y/o encargado, Mar del Plata, Argentina, diciembre 1998 - enero 1999.

CREENCIAS	PRESENCIA DE MASCOTAS				
	SI		NO		TOTAL
	N°	%	N°	%	N°
SI	9	100,0	0,0	0,0	9
NO	49	69,0	22	31,0	71
TOTAL	58	72,5	22	27,5	80

$$\chi^2 = 3,85$$

$$p = 0,049$$

El 100 % de los padres que creen que el asma es curable tienen presencia de mascotas dentro del hogar, frente a un 69,0 % de padres que cree que el asma no es curable.

Niños Asmáticos

- La falta de conocimiento del humo de cigarrillo como factor desencadenante de asma, por parte de los niños asmáticos de 6 a 10 años, con la actitud pasiva de los mismos ante la presencia de un fumador en el hogar ($t = 2,49$; $p = 0,0145$).

CONCLUSIONES

Con el desarrollo del presente trabajo de investigación logramos cumplimentar nuestros objetivos, perfilando nuestras unidades de estudio de la siguiente forma:

En un 38,75 % son niños entre 6 y 7 años y el resto se encuentra distribuido dentro de la franja etaria de 8 a 10 años. Un 67,50 % son de sexo masculino y el 88,75 % de los niños presenta antecedentes hereditarios directos.

De acuerdo a los datos recogidos de las Historias Clínicas de los niños asmáticos, no se pudo obtener el Diagnóstico de Asma según Grado de Severidad (Leve – Moderado – Severo), encontrando equivalentes asmáticos tales como: “crisis de bronco espasmo”, “alergia bronquial”, entre otros. De la misma forma, durante la encuesta se relevó el diagnóstico según los padres y/o tutores, hallándose que casi la totalidad de la población de estudio utiliza equivalentes asmáticos para denominar la enfermedad.

Se detectaron indicadores de automanejo inadecuado del asma bronquial, en lo que se refiere a:

- La noción de enfermedad en los niños, considerando que es importante que adquiera dicha noción, como un primer paso en el proceso de aprendizaje y desarrollo de habilidades de automanejo de la enfermedad.
- Al conocimiento que poseen sobre la enfermedad.
- Las habilidades para reconocer y evitar los factores desencadenantes importantes.
- El conocimiento y uso del medidor pico flujo, que creemos sería beneficioso como medida preventiva en el manejo de la enfermedad.
- Al reconocimiento de los efectos de la medicación que se administran y a la utilización según prescripción médica de dicha medicación, en cuanto a la frecuencia y a la realización del registro diario, por escrito, en planillas personales de control.
- Al cumplimiento de las pautas de tratamiento, tales como, la práctica diaria de técnicas de relajación y respiración profunda.
- A la disposición por escrito de un plan de acción para los momentos de crisis.
- A la participación en actividades escolares y extraescolares, entendiéndose que el automanejo adecuado de la enfermedad le permite al niño desarrollar una vida normal y de ese modo ser participe activo en cualquier tipo de actividad que desempeñe, ya sea recreativa, deportiva, y/o social. Por otra parte, pensamos que es fundamental que conozcan la importancia del desarrollo de actividades deportivas, entre otras, y de su realización en ambientes favorables a su condición de asmáticos.
- A la participación en talleres de educación sobre asma.
- Con respecto a la administración en forma independiente de la medicación destacamos la importancia de que se le permita al niño desarrollar dichas habilidades, en forma independiente, incluyendo como adecuado, dentro del proceso educativo, que reciba supervisión del adulto, lo cual contribuiría a aumentar la confianza en sí mismos y daría mayor tranquilidad a los padres, teniendo en cuenta el nivel de responsabilidad que son capaces de asumir, de acuerdo a su edad cronológica, para desarrollar dicha habilidad.

También se ha detectado la presencia de factores familiares que interfieren en el desarrollo de habilidades de automanejo adecuado del Asma Bronquial del niño, tales como:

- La falta de participación en talleres educativos sobre asma.
- La carencia de material por escrito sobre la enfermedad.

- Los temores a los efectos de la medicación y a la realización de prácticas deportivas en el niño.
- Las creencias que poseen acerca de la enfermedad.
- La falta de conocimiento sobre la medicación prescrita por el médico.
- El grado de severidad reconocido por los padres en el cuidado de sus hijos.

Estos datos corroboran la necesidad de que estos niños y sus familiares sean partícipes activos de un proceso educativo que les permita manejar adecuadamente la enfermedad y así poder desarrollar un estilo de vida lo más saludable y normal posible.

Desde Terapia Ocupacional, luego de analizar las características de la población de estudio, se esbozó un posible plan de abordaje preventivo terapéutico, el cual se sugiere, ajustar a las características que presente la población definitiva a la cual sea destinado, para lo cual se debería implementar una exhaustiva evaluación individual, grupal y/o familiar, según se requiera.

Es de nuestro interés señalar lo importante que sería para nuestra disciplina, que se desarrollen futuras investigaciones en la temática, dado que es un área sin explorar aún.

PROPUESTA DE ABORDAJE PREVENTIVO-TERAPÉUTICO

Partiendo del análisis de los datos obtenidos y enmarcándonos dentro de los conceptos anteriormente desarrollados acerca del abordaje desde T.O., sobre la prevención y promoción de la salud, la educación, consideramos valioso y de mayor aporte pasar del desarrollo teórico de lo que podemos aportar como disciplina, a la propuesta de acciones más específicas para trabajar con dicha población u otra con similares características.

Es así como esbozamos un plan de abordaje preventivo terapéutico posible de ser implementado, considerando necesario realizar previamente una entrevista y evaluación más exhaustiva tanto al niño asmático como a su grupo familiar, con el fin de ajustar el mismo a las necesidades o características particulares del niño (edad, diagnóstico, nivel de desarrollo cognitivo, psicológico, social y emocional) y de su familia (dinámica familiar, nivel socioeconómico, educativo, cultural).

La modalidad de abordaje será a través del desarrollo de Talleres de Educación para niños asmáticos, con un enfoque tanto preventivo como terapéutico. Teniendo como premisa básica que el niño debe ser un participante activo en el proceso de su curación y que la familia debe servirle de soporte, asumiendo cada uno el nivel de compromiso y responsabilidad que le corresponda. Es por esto que creemos importante también la inclusión de los padres en la dinámica de los talleres, siendo nuestros objetivos generales con ellos: informar, educar, concientizar y contener. Los mismos podrán llevarse a cabo no sólo dentro del encuadre de los talleres sino también a través de visitas domiciliarias, las cuales nos permitirían trabajar directamente con el entorno y con otros miembros de la familia y pudiendo también realizar una evaluación más objetiva de su ambiente.

OBJETIVOS GENERALES:

- Desarrollar comportamientos y estilos de vida más saludables.
- Fomentar actividades y programas que refuercen seguridad, autoestima, autoimagen y nivel de independencia adecuado.
- Desarrollar actividades recreativas y artísticas que no comprometan la salud del niño.
- Facilitar su participación normal en actividades recreativas y deportivas.
- Apoyar e instruir al niño y su familia respecto a su enfermedad y tratamiento.
- Participar de experiencias que le ayuden a promover un cambio conductual.
- Proponer alternativas para mejorar el control ambiental.
- Desarrollar habilidades que le permitan un mejor automanejo del Asma Bronquial.
- Estimular y favorecer la expresión de sentimientos.

Será de particular importancia en los talleres tanto la puesta en práctica de las habilidades aprendidas como la expresión de sentimientos acerca de lo que viven, piensan y sienten los participantes.

Los objetivos se llevarán a cabo con la implementación de diferentes actividades, previamente analizadas y seleccionadas para tal fin, utilizando para ello técnicas lúdicas, dramáticas, y de expresión corporal.

Los temas que consideramos de importancia abordar son: ¿qué es el asma?, conceptos de crisis y de prevención, control ambiental, medicación y medicamentos caseros, aplicación de técnicas de relajación y respiración, uso de inhalador, nebulizador y medidor pico flujo, repercusiones del asma en la familia, autopercepción del niño, importancia de la elección y práctica adecuada de actividades , recreativas , deportivas y / o sociales y también de acuerdo a los hallazgos obtenidos en el desarrollo de la investigación , consideramos necesario abordar conceptos acerca de las pautas madurativas del niño , con el objeto de que los padres puedan reconocer sus posibilidades y limitaciones , favoreciendo así la independencia de su hijo .

Se reforzará con material escrito y enseñanza práctica de algunos procedimientos.

Se desarrollarán evaluaciones y acciones de seguimiento, para asegurar que los pacientes estén adquiriendo y usando sus nuevas estrategias de automanejo, en su vida cotidiana.

BIBLIOGRAFÍA

- BARAVALLE, R. y otros. Revista Archivos Argentinos Alergia e Inmunología Clínica. "TECEA, Tabla de Evaluación del Compromiso Emocional en Asma". Volumen 26. 1995.
- BELAUSTEGUI, M.; GIANNINI; GIARDINO. "Prevención Primaria en Salud desde Terapia Ocupacional en madres adolescentes y sus hijos en un medio social adverso". Tesis de grado de la Licenciatura en Terapia Ocupacional. Escuela de Ciencias de la Salud y el Comportamiento. Universidad Nacional de Mar del Plata. 1995.
- BLESSING-MOORE, J. "Does Asthma education change behaviour? Toknow is not to do. Chest 1996. 109 (1).
- BOXER, G. y otros. Child Abuse & Neglect. "Neglect contributing to tertiary hospitalization in childhood asthma". Vol. 12. Pág. 491-501. USA 1998.
- BRANDT, D.; HASSOL, J. Psicología Evolutiva. Editorial Interamericana. Mc Graw - Hill. México. 1985.
- BRAZIL, K.; Mc Lean, L. y otros. "La influencia de la educación de la salud en el manejo familiar del niño asmático". Canadá. 1997.
- BRAZIL, Kevin; Mc Lean, L. y otros. Patient Education and Counseling. "The influence of health education on family management of childhood asthma. Vol. 30. N° 2, pág. 107-18. 1997. EE.UU..
- BRONWN, J. y otros. Journal of Asthma. "Asthma Management by Preschool children and their families: A. Developmental Framework". Vol. 33. N° 5, pág. 299-311. Atlanta. USA. 1996.
- CANALES, FRANCISCA, H. de, ALVARADO EVA LUZ de PINEDA, ELIA BEATRIZ. Metodología de la Investigación, manual para el desarrollo de Personal de Salud. 2ª Edición, OPS/OMS; 1994.
- CARABAJAL, M. y otros. Proyecto PRO.R.RES. Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur. Mar del Plata 1996.
- CHADWICK, S.. Child: care, health an development. "The impact of asthma in am inner city general practice". Vol. 22. N° 3, pág. 175-187. Montpelier Health Centre, Bristol, UK. 1996.
- CHURIO, A.; INCHAURRONDO, A. "Investigación de la Población atendida en el Servicio de Neumonología del HIEMI y propuesta para una intervención transformadora del Servicio Social en el tratamiento del niño asmático". Tesis de grado de Servicio Social. Universidad Nacional de Mar del Plata. 1983.
- COLL, R.; PRITO, H. y otros. Revista Archivos de Bronconeumonología. "Terapia Ocupacional en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica". Volumen 30 N° 2. Biblioteca Hospital del Tórax, Dr. A, Cetrancolo. España. 1994.
- DAY A. Robert. "Cómo escribir y publicar trabajos científicos". Organización Panamericana de la Salud. Publicación científica. N° 558. Año 1988.
- ENGELMAYER OTTO. Psicología Evolutiva de la Infancia y de la Adolescencia. Editorial Kapeluz. Bs. As. 1993.

- FALLIERS, C. y otros. Jornal of Asthma. "The children's Asthma Research Institute and Hospital". Vol. 25. Nº 6. Pág. 377-380. USA. 1988.
- GABARRA JUNQUEIRA, F. y otros. "Abordaje Fisioterápico Ambulatorio del Asma Bronquial Infantil". Brasil, Sao Pablo. 1990.
- GALLARDO, G. y otros. "Prevalencia de Asma Bronquial y Equivalentes Asmáticos y su relación con Antecedentes Hereditarios de Alergia en niños escolares". Instituto nacional Epidemiología. Mar del Plata. 1991.
- GARCIA SICILIA. Psicología Evolutiva y Educación Infantil. Editorial Santillana. Aula XXI. Bs. As. 1995.
- GAVITO DE LA TORRE, Psicóloga; ORTEGA-SOTO, H., Dr. Revista Nacional de Enfermedades Respiratorias. "Aspectos Psicológicos en el Asma Bronquial Infantil". Volumen 6 Nº 4. México. 1993.
- GESSELL ARNOLD y otros. El Niño de 5 a 10 años. Editorial Paidós. Bs. As. 1963.
- GINA: US. Department of Health and Human Services. Public Health Service. National Institutes of Health. National Heart, Lung, and Blood Institute. "Pocket Guide for Asthma Management and Prevention. Global Initiative for Asthma". EE.UU. Dic. 1995.
- GONZALEZ PINEDA, R., Dra.; ERVIN, L., Fisioterapeuta. "Asma, todo lo que usted debe saber". San José, Costa Rica. 1994.
- GREICK, E. Revista TIME. "Ávido por respirar". Editorial: Latin American. EE.UU. Sep. 1997.
- GRENOVILLE, M., Dr. y otros. Revista Archivos Argentinos de Pediatría. "Consenso Nacional. Asma Bronquial en la Infancia. Criterios de Diagnóstico y Tratamiento". Volumen 93. Editorial: Sociedad Argentina de Pediatría. Bs. As. 1995.
- GRIMBERG. Revista Archivos Argentinos Alergia e Inmunología. "La Terapia Familiar como profilaxis del acceso asmático". Volumen 18 Nº 4. 1986.
- GUNDEGA, F., OTR y otros. The American Journal of Occupational Terapy. "Un Programa de Terapia Ocupacional para el paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica". Volumen XXIV. Nº 3. EE.UU. 1970.
- HORNER, S.. Pediatric Nursing. "A family care aproach for managing childhood asthma". Vol. 7. Nº 5. Pág. 221-227. Universidad Texas. USA. 1995.
- Incumbencias Profesionales correspondientes al título de Licenciado en Terapia Ocupacional. Resolución Nº 147 y Anexo II, Ordenanza Consejo Superior, Nº 510. Universidad Nacional Mar del Plata. Ministerio de Educación y Justicia.
- ILSON, S. R.; MITCHELL, H. J.; ROLNICK. Journal of Pediatric Psychology. "Effective and Ineffective Management Behaviors of parents of infants and young children with asthma". Volumen 18 Nº 1. Instituto Americano de Investigación. Palo Alto, California, EE.UU. 1993.
- KROEGER, A.; LUNA, R. Atención Primaria de la Salud. Capítulo 1. OPS-OMS. Serie Paltex. 2ª Edición. México 1992.
- LABBASSE y otros. Revista Salud Ocupacional. "Asma Ocupacional". Nº 53. Año XI. Editorial: Sociedad de Medicina del Trabajo de la Provincia de Bs. As. 1993.
- LAURECKIS, CARMEN LIA MALLA. Revista Archivos Argentinos Alergia e Inmunología Clínica. "Aspectos preventivos en el tratamiento del paciente asmático". 1979.

- LAURIA, JOSÉ, Dr. Revista Archivos Argentinos de Alergia e Inmunología Clínica. "El Asma Bronquial. Diferentes Respuestas de los Alérgicos frente a los estímulos". Bs. As. 1986.
- LENFANT, C., MD.; MURPHY, S, MD. y otros. Asthma Memo. "Nuevo encuentro de expertos panelistas: Pautas para ser actualizadas". Editorial: National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI) and National Asthma Educación and Prevention Program (NAEP). EE.UU. Summer 1996.
- MAKINISTIAN; MUÑOZ, E. Revista Archivos Argentinos Alergia e Inmunología Clínica. "El niño asmático y su familia". 1986.
- MAZZEI, J, A. "Asma Bronquial". Programa de Medicina Preventiva. N° 21. Biblioteca de la Salud. Centro Editor: Fundación Favalaro. Bs. As. Dic. 1994.
- MAZZEI, J. A. Diario La Prensa. "¿Qué es el Asma?". Suplemento: Salud para la Familia. Bs. As. 1998.
- MAZZEI, J. A. y otros. Viviendo como asmático. Editorial Celcius. Bs. As. 1991.
- MAZZEI, J.; JOLLY, E. Viviendo como asmático. Editorial Celcius. Bs. As. 1990.
- MAZZEI, J. "Programa de Educación para pacientes asmáticos". Editorial: Fundación Favalaro. Bs. As. 1994.
- MENEGHELLO, Y. y otros. Pediatría. 5ª Edición. Capítulo 205. Editorial Médica Panamericana. Bs. As. 1997.
- MORANO, J. y otros. Tratado de pediatría. 2ª Edición. Capítulo 71. Editorial Atlante. Bs. As. 1997.
- NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH, NATIONAL HEART, LUNG, AND BLOOD INSTITUTE. "Nurses: Partners in Asthma Care".
- NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH, NATIONAL HEART, LUNG, AND BLOOD INSTITUTE. "Asthma Management kit for Emergency Departments". 1994, EE.UU..
- O' NEILL Marie, S.. Enviromental Health Perspectives. "Helping Schoolchildren with Asthma Breathe Easier; Partnerships in Community-based Enviromental Health Education". Vol. 104. N° 5, pág. 464-467. Indoor Enviroments Division, U.S. Environmental Protection Agency; Washington, USA. 1996.
- ORLANDI, EVA, B. Revista Archivos Argentinos Alergia e Inmunología Clínica. "Enfoques y características psicológicas del enfermo asmático". Volumen 14 N° 1. 1980.
- PADUR, J. y otros. Journal of Asthma. "Psychosocial Adjustment and the role of functional status for children with asthma". Vol. 32. N° 5. Pág. 345-353. Kansas. USA. 1995.
- PAGANIZZI, L. y otros. Terapia Ocupacional: del Hecho al Dicho. Psicoterapias Integradoras Editores. Bs. As. 1991.
- PALAZZI, ADALBERTO, E. Revista Archivos Argentinos Alergia e Inmunología Clínica. "El Pediatra junto a una familia asmática". Volumen 18 N° 4. 1986.
- PIAGET JEAN. Seis Estudios de Psicología. 3ª Edición. Editorial Biblioteca Sudamericana Planeta. Bs. As. 1986.
- POLIT, DENISE, F. y HUNGLER, BERNARDETTE, P.; Investigación Científica en ciencias de la Salud. Editorial: Interamericana, S A DE C. V; 4ª Edición; OPS/QMS. México. 1994.
- POMERANTZ PHYLIS y otros. The American Journal of Occupational Therapy. "Terapia Ocupacional para enfermedad obstructiva crónica de pulmón." Volumen 29 N° 7. EE.UU. 1975.

- REYES. ARISTIZABAL. LEAL. Neumonología Pediátrica. Infecciones, Alergia y Enfermedades Respiratorias en el niño. 3ª Edición. Capítulo 65 al 71. Editorial Médica Panamericana. Bs. As. 1998.
- RIOS, S . Diario La Nación. "Asma: La nueva paradoja que agita a los científicos". Suplemento Salud. Sección 6 Bs. As. 11/3/98.
- SAMPIERI, R.; FERNANDEZ COLLADO, C.; BAPTISTA, LUCIO, P.; Metodología de la Investigación. Editorial: Mc Giaw Hill. México.
- SANCHEZ, C. y otros . Revista VIVA. "Porque no puedo Respirar" . Nº 1117. Edición N 18556. Editorial: Diario Clarín. Bs. As. Sep. 1997.
- SBRILLER LILIANA. Introducción a Terapia Ocupacional. Marcos Conceptuales. 2ª Edición. Editorial Catálogos. Bs. As. 1997.
- SIROKY, A.; RAMSEY, A. Revista Enfermería Pediátrica. "Uso de títeres como educación a niños en edad escolar con asma". Volumen 14, Nº 3 EE.UU. 1988.
- SPACKMAN; WILLAR y otros. Terapia Ocupacional. Editorial Medica Panamericana. 3ª Edición. España. 1998.
- STEMPEL , D y otros . Pediatric Clinics of North America. EE.UU. 1992.
- SUPPO, S.; YUINOVSKY, N. La Ocupación, lo Social y el Manicomio. T.O. Avances. Series Complementarias 1, COLTOA. Grupo Editor. Bs. As. 1997.
- VALIENTE, Stella Maris y PASCUAL, Mónica L.. Temas de Estadística y Probabilidades". Argentina. Junio 1999. Parte III. Pág. 169.
- VERMEER, A.. Disability and Rehabilitation. "The consequences of asthma in terms of de ICIDH an de role of physical activities". Vol. 17. Nº 7. Páginas 386-390. Oct. 1995.

ANEXO

ENCUESTA A LOS PADRES

DATOS PERSONALES:

TUTOR O ENCARGADO:

EDAD..... NIVEL EDUCATIVO

OCUPACIÓN

NIÑO:

DIAGNÓSTICO.....

Nº DE HOSPITALIZACIONES POR AÑO

Nº CONSULTAS A EMERGENCIA POR AÑO

1. FACTORES DESENCADENANTES

1.1. ¿Cuáles son los factores desencadenantes del asma de su hijo/a?

.....

..... a ítem 1.2

1.2. ¿Tienen mascotas dentro del hogar?

1 SI a ítem 1.3

2 NO a ítem 1.3

3 NO CONTESTA a ítem 1.3

1.3. ¿En la habitación de su hijo/a tienen alguno de los siguientes elementos?

1.3.1. JUGUETES DE PELUCHE a ítem 1.3.2

1.3.2. ALFOMBRA a ítem 1.3.3

1.3.3. COLCHÓN DE PLUMA O LANA a ítem 1.3.4

1.3.4. ALMOHADA DE PLUMA O LANA a ítem 1.3.5

1.3.5. HUMEDAD a ítem 1.3.6

1.3.6. EMPAPELADO a ítem 1.3.7

1.3.7. VENTANAS CON CORRIENTE DE AIRE a ítem 1.3.8

1.3.8. TIPO DE PISO a ítem 1.3.9

1.3.9. TIPO DE CALEFACCIÓN a ítem 1.3.10

1.3.10. BIBLIOTECA a ítem 1.3.11

1.3.11. OTROS MUEBLES

MENOS DE CUATRO a ítem 2.1

MÁS DE CUATRO a ítem 2.1

2 ACTIVIDAD.

2.1. ¿El asma de su hijo/a limita a su familia en alguna actividad?

2.1.1. VIDA SOCIAL

2.1.1.1. PERÍODO SINTOMÁTICO a ítem 2.2

2.1.1.2. PERÍODO ASINTOMÁTICO a ítem 2.2

2.1.2. VACACIONES

2.1.2.1. PERÍODO SINTOMÁTICO a ítem 2.2

2.1.2.2. PERÍODO ASINTOMÁTICO a ítem 2.2

2.1.3. JORNADA LABORAL a ítem 2.2

2.1.3.1. PERÍODO SINTOMÁTICO a ítem 2.2

2.1.3.2. PERÍODO ASINTOMÁTICO a ítem 2.2

2.1.4. SUEÑO

2.1.4.1. PERÍODO SINTOMÁTICO a ítem 2.2

2.1.4.2. PERÍODO ASINTOMÁTICO a ítem 2.2

2.2. ¿Le genera temor que su hijo/a realice deportes?

1 SI a ítem 2.5

2 NO a ítem 2.3

3 NO CONTESTA a ítem 2.3

2.3. ¿Su hijo/a deja de realizar alguna actividad en los períodos sintomáticos?

..... a ítem 2.4

2.4. ¿Su hijo/a deja de realizar alguna actividad en los períodos asintomáticos?

..... a ítem 2.6

2.5. En el caso de responder afirmativamente se les pregunta ¿por qué?

..... a ítem 2.6

2.6. ¿Cuántas veces faltó su hijo/a a la escuela por su asma?

1 MÁS DE 10 VECES AL AÑO a ítem 2.7

2 MENOS DE 10 VECES AL AÑO a ítem 2.7

2.7. ¿Cuántas veces faltó a educación física por su asma?

1 MÁS DE 5 VECES AL AÑO a ítem 2.8

2 MENOS DE 5 VECES AL AÑO a ítem 2.8

2.8. ¿Su hijo/a lleva la medicación a la escuela?

- 1 SI a ítem 3.1
- 2 NO a ítem 2.9
- 3 NO CONTESTA a ítem 3.1

2.9. En el caso de responder negativamente se les pregunta ¿por qué?

..... a ítem 3.1

3. MANEJO DEL ASMA

3.1. ¿Hubo diferentes criterios entre los profesionales a los cuales consultó por el asma de su hijo/a?

- 1 SI a ítem 3.2
- 2 NO a ítem 3.2
- 3 NO CONTESTA a ítem 3.2

3.2. ¿Realizó alguna consulta no médica por la enfermedad de su hijo/a?

- 1 SI a ítem 3.3
- 2 NO a ítem 3.3
- 3 NO CONTESTA a ítem 3.3

3.3. ¿Tienen información por escrito sobre la enfermedad?

- 1 SI a ítem 3.4
- 2 NO a ítem 3.4
- 3 NO CONTESTA a ítem 3.4

3.4. ¿Qué indicaciones tienen por escrito sobre qué hacer en el momento de las crisis?

- 1 MEDICACIÓN a ítem 3.5
- 2 DIRECCIONES a ítem 3.5
- 3 TELÉFONOS DE EMERGENCIA a ítem 3.5

3.5. ¿Conocen cuál es el efecto de la medicación?

- 1 SI a ítem 3.6
- 2 NO a ítem 3.6
- 3 NO CONTESTA a ítem 3.6

3.6. ¿Cómo se medica su hijo/a?

- 1 SOLO a ítem 3.8
- 2 CON AYUDA a ítem 3.7

3 NO CONTESTA a ítem 3.8

3.7. En el caso de responder con ayuda, se les pregunta ¿por qué?

..... a ítem 3.8

3.8. ¿Cree usted capaz a su hijo de medicarse solo?

1 SI a ítem 3.9

2 NO a ítem 3.9

3 NO CONTESTA a ítem 3.9

3.9. ¿Alguna vez decidió usted mismo?

3.9.1 DISMINUIR LA MEDICACIÓN a ítem 3.10

3.9.2 AUMENTAR LA MEDICACIÓN a ítem 3.10

3.9.3 SUSPENDER LA MEDICACIÓN a ítem 3.10

3.10. ¿Utilizan baños de inhalación de eucalipto?

1 SI a ítem 3.11

2 NO a ítem 3.11

3 NO CONTESTA a ítem 3.11

3.11. ¿Asistieron a alguna charla sobre asma?

1 SI a ítem 3.12

2 NO a ítem 3.12

3 NO CONTESTA a ítem 3.12

3.12. ¿Cuentan con los recursos económicos para realizar los traslados en el momento de las crisis?

1 SI a ítem 3.13

2 NO a ítem 3.13

3 NO CONTESTA a ítem 3.13

3.13. ¿Cuentan con los recursos económicos para disponer en forma permanente de:?

3.13.1 NEBULIZADOR

SI a ítem 3.15

NO a ítem 3.14

3.13.2 INHALADOR

SI a ítem 3.15

NO a ítem 3.14

3.13.3 MEDICACIÓN DE REPUESTO

SI a ítem 3.15

NO a ítem 3.14

3.13.4 OTRAS MEDICACIONES

SI a ítem 3.15

NO a ítem 3.14

3.14. En el caso de responder negativamente se les pregunta ¿cómo lo resuelven?

..... a ítem 3.15

3.15. ¿Reciben tratamiento psicológico?

1 SI a ítem 3.16

2 NO a ítem 3.16

3 NO CONTESTA a ítem 3.16

3.16. ¿Queda alguna vez su hijo/a solo en casa?

1 SI a ítem 3.17

2 NO a ítem 3.17

3 NO CONTESTA a ítem 3.17

3.17. ¿Cree que la maestra de su hijo/a es capaz de manejar una situación de crisis?

1 SI a ítem 4.1

2 NO a ítem 3.18

3 NO CONTESTA a ítem 4.1

3.18. En el caso de responder negativamente se les pregunta ¿por qué?

..... a ítem 4.1

4. GRUPO FAMILIAR

4.1. ¿Algún familiar ha tenido o tiene asma?

1 SI a ítem 4.2

2 NO a ítem 4.3

3 NO CONTESTA a ítem 4.3

4.2. ¿Quién? a ítem 4.3

4.3. ¿Se comunican con su pareja y/o familiares sobre el cuidado de su hijo/a?

1 TODOS LOS ASPECTOS a ítem 5.1

2 ALGUNOS ASPECTOS a ítem 5.1

- 3 NO SE COMUNICAN a ítem 5.1

5. SENTIMIENTOS Y TEMORES:

5.1. ¿Qué sentimientos le ocasiona el asma de su hijo/a?
..... a ítem 5.2

5.2. ¿Cómo consideran que son en el cuidado sobre su hijo/a?

- 1 SOBREPTECTORES a ítem 5.3

- 2 EXIGENTES a ítem 5.3

- 3 SEVEROS a ítem 5.3

- 4 OTROS a ítem 5.3

5.3. ¿Qué les provoca temor de la medicación?

..... a ítem 6.1

6. CREENCIAS:

6.1. ¿Qué es el asma?

..... a ítem 6.2

6.2. ¿Creen que el asma es:?

- 6.2.1. PELIGROSO PARA LA VIDA DE SU HIJO/A

- 6.2.2. PSICOLÓGICO

- 6.2.3. CURABLE

ENCUESTA AL NIÑO ASMÁTICO

DATOS PERSONALES:

EDAD..... SEXO ESCOLARIDAD

1. NOCIÓN DE ENFERMEDAD

1.1. ¿Vos tenés asma?

- 1 SI a ítem 1.2
- 2 NO a ítem 2.1
- 3 NO CONTESTA a ítem 1.2

1.2. ¿Sabés qué es asma? a ítem 2.1

2. FACTORES DESENCADENANTES

2.1. Nombrame las cosas o situaciones que te pueden provocar una crisis.

..... a ítem 2.2

2.2. ¿En tu casa fuman?

- 1 SI a ítem 2.3
- 2 NO a ítem 2.3
- 3 NO CONTESTA a ítem 2.3

2.3. ¿Qué hacés si alguien fuma delante tuyo?

- 2.3.1. SE QUEDA a ítem 3.1
- 2.3.2. SE ALEJA a ítem 3.1
- 2.3.3. PIDE QUE DEJEN DE FUMAR a ítem 3.1

3. MEJ IDOR PICO FLUJO

3.1. ¿Conocés el medidor pico flujo?

- 1 SI a ítem 3.2
- 2 NO a ítem 4.1
- 3 NO CONTESTA a ítem 4.1

3.2. Contame todos los pasos que hacés cuando lo usás.

..... a ítem 4.1

4. MEDICACIÓN

4.1. ¿Cómo te administrás la medicación?

- 4.1.1. INHALADOR.

- 4.1.1.1. SOLO a ítem 4.2
- 4.1.1.2. CON AYUDA a ítem 4.3
- 4.1.2. PASTILLAS
 - 4.1.2.1. SOLO a ítem 4.2
 - 4.1.2.2. CON AYUDA a ítem 4.3
- 4.1.3. NEBULIZADOR
 - 4.1.3.1. SOLO a ítem 4.2
 - 4.1.3.2. CON AYUDA a ítem 4.3
- 4.1.4. JARABE
 - 4.1.4.1. SOLO a ítem 4.2
 - 4.1.4.2. CON AYUDA a ítem 4.3

4.2. ¿Alguna vez te pasó que te olvidaste de tomar la medicación?

- 1 SI a ítem 4.3
- 2 NO a ítem 4.3
- 3 NO CONTESTA a ítem 4.3

4.3. ¿Sabés para qué te sirve la medicación?

..... a ítem 4.4

4.4. ¿Anotás la medicación que tomás?

- 1 SI a ítem 5.1
- 2 NO a ítem 5.1
- 3 NO CONTESTA a ítem 5.1

5. PAUTAS DE TRATAMIENTO

5.1. ¿Sabés cuál es la respiración correcta?

- 1 SI a ítem 5.2
- 2 NO a ítem 5.2
- 3 NO CONTESTA a ítem 5.2

5.2. ¿Te enseñaron técnicas de respiración y relajación?

- 1 SI a ítem 5.3
- 2 NO a ítem 6.1
- 3 NO CONTESTA a ítem 6.1

5.3. ¿Las practicás todos los días?

- 1 SI a ítem 6.1
- 2 NO a ítem 6.1
- 3 NO CONTESTA a ítem 6.1

6. ACTIVIDADES ESCOLARES:

6.1. ¿Qué hacés cuando te sentís mal en la clase de educación física?
a ítem 7.1

7. ACTIVIDADES EXTRAESCOLARES

7.1. ¿Qué actividades hacés después de la escuela?
a ítem 7.2

7.2. ¿Hay actividades que te gustaría hacer y no hacés por tu asma?
a ítem 7.3

7.3. ¿Concurriste a algún taller de educación sobre asma?

- 1 SI a ítem 8.1
- 2 NO a ítem 8.1
- 3 NO CONTESTA a ítem 8.1

8. AUTOMANEJO DE LAS CRISIS

8.1. ¿Tenés indicaciones por escrito de lugares a donde concurrir por ayuda en caso de estar solo?

- 1 SI a ítem 8.2
- 2 NO a ítem 8.2
- 3 NO CONTESTA a ítem 8.2

8.2. ¿Alguna vez tuviste una crisis y estabas solo?

- 1 SI a ítem 8.3
- 2 NO a ítem 9.1
- 3 NO CONTESTA a ítem 9.1

8.3. En caso de responder afirmativamente se le pregunta ¿Cómo lo resolvió?
a ítem 9.1

9. INTERROGANTES Y TEMORES

9.1. ¿Tenés miedo a tener una crisis?

- 1 SI a ítem 9.2
- 2 NO a ítem 9.3
- 3 NO CONTESTA a ítem 9.3

9.2. En caso de responder afirmativamente se le pregunta ¿A qué le tenés miedo?

.....a ítem 9.3

9.3. ¿Qué sentimientos te provocan las crisis?

.....a ítem 9.4

9.4. ¿Qué dudas tenés sobre tu enfermedad?

.....

TESIS

Nombre:

T.OCCUPACIONAL en el Asma Bronquial

Autores:

CERDA Mirela
BOCCHIERI Patreia

Integrantes del Jurado:

Ferrarotti
Quintas
Salinas

Fecha de defensa:

6-10-99

Calificación:

8 (ocho)