



UNIVERSIDAD DE MONTERREY

Vicerrectoría

Ciencias de la Salud

Licenciatura en Enfermería

**Conocimiento de los padres sobre el asma bronquial de sus
hijos**

Autor

298608 Cinthia Daniela Cuéllar Tamez

San Pedro Garza García, Nuevo León., 2018.



UNIVERSIDAD DE MONTERREY

Vicerrectoría

Ciencias de la Salud

Licenciatura en Enfermería

**Conocimiento de los padres sobre el asma bronquial de sus
hijos**

Autor

298608 Cinthia Daniela Cuéllar Tamez

Asesor

MCE. María Tiburcia Martínez Mata

San Pedro Garza García, Nuevo León., 2018.

**CONOCIMIENTO DE LOS PADRES SOBRE EL ASMA
BRONQUIAL DE SUS HIJOS**

Aprobación de Tesis;

Lic. María Tiburcia Martínez Mata, MCE.

Asesor de Tesis

Lic. Patricia Addarith Magaña Lozano, MCE.

Presidente

Lic. Alma Patricia Aguilar Obregón, MGDS.

Secretaria

Lic. Josefina Saraí Candia Arredondo, MAAE, DCE.

Vocal

Lic. Patricia Addarith Magaña Lozano, MCE.

Director Escuela de Enfermería

Agradecimientos

A la Escuela de Enfermería Christus Muguerza UDEM por darme la oportunidad de realizar mi formación profesional.

A la Directora MCE. Patricia Addarith Magaña Lozano y a las Coordinadoras MCE. Carolina Solano Vázquez y la Dra. Josefina Saraí Candia Arredondo por su apoyo incondicional y guía durante mi formación académica.

A la Dra. Sandra Paloma Esparza Dávila y a mi asesora MCE. María Tiburcia Martínez Mata por su guía, orientación, docencia y tiempo brindado durante la realización de éste estudio de investigación.

A la MCE. Francisca Pérez Camacho por su apoyo y asesoría.

Al Dr. Carlos Rodríguez Martínez por darme el permiso y la oportunidad de utilizar su Cuestionario de conocimientos acerca del asma en este estudio de investigación.

A la Lic. Francisca Dolores Mendoza de la Rosa, Coordinadora de Enseñanza y al Personal de Enfermería del área de Consulta Pediatría de la Clínica Hospital ISSSTE Constitución por abrirme las puertas para realizar parte de la recolección de información para este estudio de investigación.

A la Lic. Lizeth Lozano Castillo por su apoyo y guía durante mi estancia en la Clínica Hospital ISSSTE Constitución, así como a cada uno de mis compañeros de distintos semestres de Licenciatura en Enfermería y Bachillerato en Enfermería General, que me apoyaron durante la recolección de información para este estudio de investigación.

Dedicatoria

A Dios y a la Virgen de Guadalupe por sus bendiciones, darme la oportunidad de llegar hasta este momento, darme fuerza, valor, ganas de salir adelante y guiarme en cada una de mis acciones y decisiones durante toda mi vida.

A mis padres, por su inmenso amor, buenos consejos, apoyo incondicional en cada una de las etapas de mi vida y las situaciones difíciles, por impulsarme a ser una mejor mujer y profesionista y por permitirme seguir estudiando y no dejar que me dé por vencida.

A mi abuelita María Guadalupe Oviedo González, por su amor, cuidado y por impulsarme a estudiar esta Licenciatura en Enfermería.

A mis hermanos Julio y Samantha, por su inmenso amor y siempre apoyarme en todo.

A mi mejor amiga, Ing. Claudia Nallely Alonso, por su apoyo y cariño incondicional y por impulsarme a echarle ganas y ser mejor cada día.

A mi compañera y gran amiga Serena Esthela de la Cruz, por ayudarme y apoyarme en gran parte de este estudio de investigación.

RESUMEN

Cinthia Daniela Cuéllar Tamez

Escuela de Enfermería UDEM Campus CHRISTUS
MUGUERZA Hospital General Conchita

Título del Estudio: CONOCIMIENTO DE LOS
PADRES SOBRE EL ASMA BRONQUIAL DE SUS
HIJOS

Número de Páginas: 60 páginas

Área de Estudio: Clínica

Fecha de

Graduación:

25 mayo 2018

Candidato para
obtener el grado
de Licenciatura
en Enfermería

Propósito y Método de Estudio: Estudio descriptivo y transversal que tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimiento de los padres sobre el asma bronquial de sus hijos. Se entregó una Cédula de datos sociodemográficos y se aplicó el Cuestionario de conocimientos acerca del asma de Rodríguez & Sossa (2004). La muestra final fue de 49 padres de niños y adolescentes entre 0 y 17 años, 11 meses y 29 días, con diagnóstico de asma bronquial.

Contribución y conclusiones: Entre los resultados obtenidos se encontró que el conocimiento de los padres sobre el asma bronquial de sus hijos fue bajo en un 87.8% y alto en un 12.2%. Estos resultados pueden ser perjudiciales ya que no existe un tratamiento específico que cure la enfermedad. Es importante que los padres, principalmente de niños pequeños sean educados y puedan desarrollar habilidades para el correcto manejo y control de la enfermedad lo que disminuye la posibilidad de que haya una exacerbación asmática.

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS: _____

SUMMARY

Cinthia Daniela Cuéllar Tamez

Escuela de Enfermería UDEM Campus
CHRISTUS MUGUERZA Hospital General
Conchita

Graduation date:

May 25th 2018

Study Title: PARENTAL KNOWLEDGE ABOUT
THE BRONCHIAL ASTHMA OF THEIR CHILDREN

Candidate to obtain
the bachelor's
Degree in Nursing

Number of Pages: 60 pages

Study area: Clínic

Purpose and study method: Descriptive and transversal study to determine the knowledge level parents have about the bronchial asthma of their children. Sociodemographic data card and the Rodríguez & Sossa (2004) Asthma Knowledge Questionnaire was applicate. The final sample was of 49 parents of children and teenagers between 0 and 17 years, 11 months and 29 days, with bronchial asthma diagnosis.

Contribution and conclusions: About the results, it was found that the parental knowledge about their children's bronchial asthma was low by 87.8% and high by 12.2%. These results can be detrimental because there is not a specific treatment to cure it. It is so important that parents, especially of young children, train and be able to develop skills for a proper management and control of the disease. This decreases the possibility of an asthmatic exacerbation.

THESIS DIRECTOR SIGN: _____

Tabla de contenido

Contenido	Página
1. Capítulo I. Introducción	
1.2 Antecedentes	3
1.3 Marco conceptual	8
1.4 Justificación	14
1.5 Definición del problema	16
1.6 Objetivos	18
2. Capítulo II. Material y métodos	19
2.1 Diseño del estudio	19
2.2 Definición del Universo	19
2.3 Tamaño de la muestra y tipo de muestreo	19
2.4 Unidades de observación	19
2.5 Criterios de selección	20
2.6 Definición de variables y unidades de medida	21
2.7 Recolección de información	23
2.7.1 Selección de fuentes y métodos	23
2.7.2 Técnicas y procedimientos en la recolección de la información	24
2.7.3 Plan de procesamiento y presentación de la Información	25
2.8 Aspectos éticos	25
3. Capítulo III. Resultados	29
3.1 Normalidad de los datos	29
3.2 Alfa de Cronbach	29

Tabla de contenido

Contenido	Página
3.3 Características sociodemográficas de los padres de niños y adolescentes con diagnóstico de asma bronquial	30
3.4 Estadística descriptiva	32
4. Capítulo IV. Discusión	34
4.1 Limitaciones del estudio	37
4.2 Conclusiones	38
4.3 Recomendaciones	38
Referencias	40
Apéndices	49
Apéndice A. Autorización para la aplicación del Cuestionario	50
Apéndice B. Consentimiento informado	51
Apéndice C. Cédula de datos sociodemográficos	53
Apéndice D. Cuestionario de conocimientos acerca del asma (Rodríguez & Sossa, 2004)	54
Apéndice E. Carta Comité de Ética en Investigación	59
Resumen Autobiográfico	60

Lista de Tablas

Tabla	Página
1. Definición de variables y unidades de medida	21
2. Alfa de Cronbach del Cuestionario de conocimientos acerca del asma	29
3. Características sociodemográficas de los padres de niños y adolescentes con diagnóstico de asma bronquial	30
4. Características de los niños y adolescentes con asma bronquial	31
5. Conocimiento de los padres sobre el asma bronquial por factores	32
6. Calificaciones más frecuentes	33
7. Nivel de conocimiento de los padres sobre el asma bronquial de sus hijos	33

Capítulo I

Introducción

El asma bronquial se caracteriza por la inflamación de las vías respiratorias. Esta inflamación provoca que la vía aérea se encuentre en constante actividad causando síntomas como sibilancias, tos, dificultad respiratoria y dolor torácico, principalmente por la noche o en la mañana (Global Initiative for Asthma [GINA], 2018).

Las patologías respiratorias crónicas se han presentado cada vez con más frecuencia en el mundo, por lo que se requiere de un mayor enfoque en su prevención ya que éstas afectan la calidad de vida de quien la padece, así como su entorno laboral, social y/o educativo (Chaurant, Hernández & Maestre, 2010). El asma bronquial en la niñez es de considerable morbilidad, limita al niño a realizar actividades comunes y es un deber tanto para los familiares como para los profesionales que la atienden, sobre todo cuando no está controlada (Rodríguez-Martínez, Melo-Rojas, Restrepo-Gualteros, Sossa-Briceño, & Nino 2014).

Mundialmente, esta patología es un problema mayor ya que aproximadamente 300 millones de personas la padecen. En México, se ha encontrado que existen 24,154 casos nuevos de asma bronquial, de los cuales 12,902 (53.4%) son en niños y adolescentes de entre 0 y 19 años de edad. En Nuevo León, en el año 2017, se encontró que existen 4,105 casos nuevos de asma bronquial sin mencionar grupo de edad. (Secretaría de Salud, 2018; Secretaría de Salud, 2017; González, Arias, González, Félix, & Macías, 2010).

En varios países se ha demostrado que los padres de niños y/o adolescentes asmáticos aún carecen de información sobre la

enfermedad. Al mismo tiempo, no se reconocen fácilmente los síntomas de una crisis, existe resistencia a la inhaloterapia, entre otros problemas. Es importante mencionar que cuando no se tiene un conocimiento adecuado de la enfermedad, existen otros factores que intervienen negativamente en el manejo y control de ésta como lo son los mitos relacionados al diagnóstico, cuidado, pronóstico y tratamiento, así como los factores de riesgo asociados a las exacerbaciones como son la exposición al humo del cigarro y el ejercicio (Rodríguez, s.f; Larenas et al., 2017; Curbelo, Pinchak, & Gutiérrez, 2010).

La educación sobre el asma bronquial y su manejo es de tipo preventivo y tiene como principal propósito que tanto los padres como el niño o adolescente con el diagnóstico logren ser conscientes del mismo, desarrollen conocimientos sobre la enfermedad, así como sus factores asociados y ayuden a mejorar el estilo y calidad de vida del paciente disminuyendo el número de hospitalizaciones y consultas (Florian, Mamani, Maldonado & Sánchez, 2017).

La función de enfermería en esta patología no solo consiste en realizar revisiones constantes y educación sobre las técnicas inhalatorias, sino en brindar información individualizada sobre la patología, así como sus medidas preventivas lo que ayuda a facilitar la aceptación del diagnóstico y un adecuado apego al tratamiento médico (Florian, Mamani, Maldonado & Sánchez, 2017; Valverde, 2009).

Por lo tanto, el objetivo general de este estudio de investigación es determinar el nivel de conocimiento de los padres sobre el asma bronquial de sus hijos.

1.2 Antecedentes

Miranda y Recabarren (2017) realizaron un estudio observacional prospectivo en el Hospital III Yanahuara de Arequipa, Perú con una muestra de 200 padres de niños con asma, su objetivo fue determinar el nivel de conocimientos sobre el asma en los padres de niños asmáticos que acuden a consulta externa del Programa de Asma. Como resultado se obtuvo que el 62% tiene un conocimiento regular, el 27.5% un conocimiento bueno y el 10.5% un conocimiento deficiente. En cuanto a las generalidades, las crisis, el tratamiento controlador y los mitos, los conocimientos fueron regulares en un 66.5%, 63%, 54% y 48%, respectivamente.

Concepción, Sánchez, Sagaró, William y Márquez (2016) realizaron un estudio descriptivo y transversal en el Hospital Infantil Docente Sur "Dr. Antonio María Béguez César" de Santiago de Cuba con una muestra de 50 padres de niños asmáticos, su objetivo fue determinar el nivel de conocimientos relacionados con el asma bronquial. Los conocimientos generales resultaron ser inadecuados en un 64%, principalmente en cuanto a las medidas preventivas de las crisis, sus agentes desencadenantes (58%), manifestaciones clínicas (68%), factores intradomiciliarios (58%) y el objetivo del tratamiento (64%).

Kuti y Omole (2016) realizaron un estudio transversal en el Hospital Wesley Guild de Ilesa, Nigeria con una muestra de 52 diadas cuidador-hijo, sus objetivos fueron evaluar el conocimiento de los padres y cuidadores de niños con asma y determinar los factores asociados con estos niveles de conocimiento. Los resultados según el cuestionario fueron significativamente más altos en las preguntas

relacionadas con los desencadenantes de la exacerbación y la calidad de vida de los asmáticos (38.5%). El buen conocimiento sobre el asma infantil fue observado entre cuidadores con antecedentes familiares de asma (13.6%), hospitalización previa relacionada con el asma en el niño (32.7%), y en aquellos con educación postsecundaria (48.1%).

Bhagavatheeswaran, Kasav, Singh, Mohan y Joshi (2016) realizaron un estudio piloto transversal en el Saveetha Medican College de Chennai, India con una muestra conveniente de 100 padres de niños asmáticos. Su objetivo fue evaluar el conocimiento del asma en los padres de los niños asmáticos y entender la actitud y las prácticas de los padres al tratar con una exacerbación del asma en sus hijos. Sus resultados fueron que el 80% de los padres no sabían que corticosteroides inhalados se utilizaban y el 86% no sabían su funcionamiento, el 41% conocía la terapia con aerosoles, el 87% nunca había realizado un cuestionario como prueba de control infantil y el 78% dijo que no obtuvieron algún plan de acción en caso de que su hijo tuviese un ataque de asma.

Gajanan, Padbidri y Chaudhury (2016) realizaron un estudio transversal en el Departamento de Medicina Pulmonar de la KLE University's J.N. Medical College en Belgaum, India con una muestra de 150 niños con asma y sus padres. Uno de sus objetivos fue evaluar el conocimiento sobre el asma bronquial en los padres de niños diagnosticados con esta enfermedad. Como resultados obtuvieron que el 77% de los padres ignoraba la etiología de la enfermedad, el 41% pensaba que es una enfermedad fatal y el 54% se mostró resistente a aceptar el diagnóstico.

Awan y Munir (2014) realizaron un estudio descriptivo de corte transversal en la clínica de asma y las salas médicas del hospital infantil del Instituto de Ciencias Médicas de Pakistán con una muestra de 100 niños con asma y sus cuidadores. Uno de sus objetivos fue evaluar el conocimiento, la actitud y las prácticas entre los cuidadores de niños asmáticos. Como resultado se obtuvo que solo el 13% recibía medicamentos controladores, el 76% de los cuidadores aceptaba el diagnóstico, el 67% reconocía correctamente la etiología, el 50% ignoraba la terapia de aerosol y solo el 26% la prefería; la conciencia del asma es inadecuada.

Leonardo, Sancho, García, Pérez y Cabero (2014) realizaron un estudio descriptivo y transversal en la Consulta de Neumología infantil del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla de Santander, España con una muestra de 344 padres y familiares de niños asmáticos. Su objetivo fue determinar el grado de conocimiento sobre el tratamiento médico del asma entre los padres y familiares de niños asmáticos.

Los resultados indicaron que en cuanto al manejo de la crisis aguda, 39.2% identificaron correctamente los fármacos indicados, 33.4% sabe que los medicamentos inhalados tienen menos efectos secundarios, 63.7% conoce que los ciclos cortos de corticoesteroides no tienen efectos secundarios importantes, 66% afirma que el Ventolín no daña el corazón; respecto al tratamiento de mantenimiento del asma, 57% no son capaces de indicar dos tratamientos de mantenimiento para el asma, el 95% sabe que con el tratamiento adecuado el niño con asma puede llevar una vida normal y finalmente, el 82.6% afirma que los niños con síntomas frecuentes requieren tratamiento preventivo.

Rais, Arif y Santosh (2014) realizaron un estudio descriptivo transversal en el Departamento de Emergencias y la Unidad pediátrica del Hospital Civil de Karachi, Pakistán con una muestra de 120 padres de niños asmáticos. Su objetivo fue determinar el conocimiento y la práctica de los padres de niños con asma. Como resultado se obtuvo que el conocimiento y la práctica del asma de los padres fue adecuado en un 16.7%, inadecuado en un 39.3% y promedio en un 45%.

Coro (2013) realizó una investigación explicativa, observacional, de caso-control y transversal en el área de salud Pedro Borrás de Pinar del Río, Cuba con 26 pacientes asmáticos severos persistentes en edad escolar y 26 pacientes asmáticos no severos persistentes en edad escolar. Su objetivo fue evaluar la influencia de la familia en la severidad del asma bronquial en escolares clasificados como severos persistentes. En el grupo de los pacientes con asma severa persistente el 92% no poseían conocimientos suficientes, el 88.8% no cumplían con las medidas de control ambiental, el 50% incumplían el tratamiento anticrisis y el 76.9% realizaba la técnica inhalatoria incorrectamente.

Leonardo et al. (2013) realizaron un estudio descriptivo y transversal en el departamento de Neumología Infantil del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla en Santander, España con una muestra de 344 cuestionarios contestados por los padres o cuidadores de los niños con asma. Su objetivo fue determinar el grado de conocimiento sobre asma de los padres de niñas y niños asmáticos. Los resultados acerca de los conocimientos generales, crisis agudas, tratamiento de mantenimiento y lo relacionado con los mitos del asma

se tiene conocimiento de un 65.95%, 38.15 %, 76.92% y 75.95%, respectivamente.

Ortiz, Cano-Fragoso, Lazcano-Ortiz, Romo-Hernández y Escamilla-Acosta (2012) realizaron un estudio prospectivo, transversal, observacional y descriptivo en el Servicio de Urgencias del Hospital del Niño DIF Pachuca, Hidalgo con una muestra de 53 padres de pacientes que acudieron con una crisis asmática. Uno de sus objetivos fue determinar el grado de conocimiento que tienen los padres sobre los factores de riesgo pre-existentes antes de que la enfermedad se manifieste y su evolución. Como resultado se descubrió que el grado de conocimientos de los padres es bajo.

1.3 Marco conceptual

El conocimiento se define como el acto de conocer, el cual es un medio para entender la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas (*Significados.com*, 2017). Otra definición que se le puede dar al concepto de conocimiento es como un conjunto de experiencias, valores y contextos que unidos ayudan a la evaluación e incorporación de información a la mente de una persona (Zabala, 2012).

El conocimiento puede ser de tipo tácito o explícito. Se le conoce como conocimiento tácito al más complejo de expresar formalmente, ya que lo que se aprende es por medio de la experiencia personal basándose en las creencias, valores y punto de vista propio; el conocimiento explícito es más formal ya que comprende gramática, matemáticas, especificaciones, entre otras cosas, lo que hace que el conocimiento sea más sencillo de transmitir (Artiles & Pumar, 2013).

En cuanto al asma bronquial, conocer más sobre la patología, adquirir habilidades y tener buena actitud y comportamiento ante la enfermedad son aspectos fundamentales que sirven de apoyo para llevar a cabo un adecuado apego al tratamiento y mejorar el control de los síntomas y de la enfermedad (Leonardo et al., 2014). En distintos países del mundo, se ha demostrado que los padres y cuidadores de niños o adolescentes con asma bronquial aún carecen de información sobre la enfermedad, principalmente por la poca aceptación del diagnóstico, la dificultad para reconocer síntomas, resistencia a la inhaloterapia, entre otros (Vega & Alvarado, 2012).

Es importante que los padres adquieran conocimientos sobre la patología ya que son los principales participantes en el manejo de la

enfermedad. Esta información ayudará a que se acepte la enfermedad y se desarrolle la capacidad de cuidar a sus hijos correctamente (Vega & Alvarado, 2012).

En el asma bronquial, la inflamación de las vías respiratorias provoca que el aire no pase adecuadamente a los pulmones. En este proceso intervienen células y mediadores que provocan la inflamación, obstrucción e hiperrespuesta bronquial (García & Pérez, 2016).

Los síntomas más característicos del asma bronquial son la dificultad respiratoria, dolor torácico, la tos y las sibilancias (GINA, 2018). Muchos pacientes pueden presentar síntomas leves, mientras que otros pueden presentar síntomas más graves y de larga duración, en este caso, la función ventilatoria de los pulmones puede verse afectada y causar cianosis o la muerte del paciente (Chaurant et al., 2010).

El asma bronquial se puede clasificar en: asma intermitente, donde las exacerbaciones son cortas y sus síntomas pocos o nulos; asma persistente leve, donde las exacerbaciones pueden afectar la actividad o el sueño y hay presencia de síntomas más de 1 vez por semana además de síntomas nocturnos al menos 3 veces por mes; en el asma moderada persistente, existen exacerbaciones que afectan la actividad y el sueño, los síntomas son diarios y los síntomas nocturnos se presentan 1 vez por semana.

En el asma severa persistente, se presentan exacerbaciones, síntomas nocturnos frecuentes y síntomas diarios durante el día (Ministerio de Salud, 2010). Al mismo tiempo, por su nivel de control,

el asma bronquial se clasifica en bien controlada, parcialmente controlada o no controlada (GINA, 2018).

La hiper resistencia de las vías aéreas, normalmente de aquellas situadas en la periferia, es la alteración funcional más común del asma. Es importante mencionar que unas de principales razones por la que su luz disminuye son por los broncoespasmos, el aumento de secreciones mucosas (suelen ser muy adherentes y en casos de asma grave puede ocasionar taponamiento de la vía aérea) y el engrosamiento de la pared a causa de la inflamación. Otros factores que pueden causar el cierre de la vía aérea en esta patología son: el surfactante alterado a consecuencia de la inflamación y la baja presión transpulmonar (Vargas, 2009).

Uno de los principales factores que causan broncoconstricción en los pacientes asmáticos es el ejercicio ya que existe hiperosmolaridad de la vía aérea producida por el enfriamiento y pérdida de agua a consecuencia del aumento de la frecuencia e intensidad respiratoria durante la actividad. Sin embargo, el que los niños asmáticos no realicen actividades físicas puede ocasionar obesidad causando que la enfermedad se descontrole. Es recomendable que se entrene, se caliente previamente al ejercicio y después de la actividad el cuerpo se vaya enfriando lentamente, esto provocará que el riesgo de una broncoconstricción sea menor (Larenas et al., 2017; Segura, 2017).

Otro factor de riesgo para una exacerbación asmática es la mala técnica inhalatoria, lo que interrumpiría el ciclo de medicación correcta, cumplimiento del tratamiento y factores no habituales como la exposición a alérgenos. Actualmente, el asma solo se puede

controlar mediante tratamiento farmacológico y el control del medio ambiente familiar. Posiblemente la principal causa de las exacerbaciones asmáticas sea por el desbalance entre el tratamiento que se requiere y el que se recibe (Hinojos et al., 2010).

Los mitos sobre el diagnóstico, cuidado, pronóstico y tratamiento del asma bronquial también son una de las principales razones por las que, en los niños, el diagnóstico es tardado y el manejo de la enfermedad no es el correcto. Cuando los padres del niño asmático rechazan el diagnóstico médico, usualmente, tampoco llevan a cabo el tratamiento de manera correcta "...esos inhaladores van a volver dependiente a mi hijo..."; este y otros mitos más son impedimentos y/o factores que influyen en la continuidad de la sintomatología y sus consecuencias (Rodríguez, s.f).

Una de las acciones de prevención del asma bronquial es por medio de la reducción a la exposición al humo de cigarro. Exponer a un niño o adolescente con asma al humo del cigarro causa que la función de los pulmones se vea afectada y genere un incremento en la frecuencia de infecciones respiratorias. Es importante mencionar que un punto alarmante es que ciertos adolescentes, a pesar de ser asmáticos, comienzan a fumar, es decir, pasan de la clasificación de fumadores pasivos a fumadores activos y una de las razones por las que puede suceder lo anterior es por las ganas de imitar a otras personas como amigos o adultos (Larenas et al., 2017; Medina-Páez, Chahín-Ojeda, Díaz-Serrano, Pinilla-Monsalve, & Bolivar-Grimaldos 2014; Pellegrini & Arriba de, 2013).

El objetivo del tratamiento en esta patología es lograr su control y mejorar la calidad de vida del niño y adolescente asmático ya que

actualmente no existe cura para la enfermedad (Valverde, 2009). El tratamiento del asma según su estadio consiste en:

1. Asma Intermitente: El tratamiento de rescate consiste en Agonistas Beta2 inhalados de acción corta en MDI (Inhalador de dosis medida), en todos los niveles; no se requiere tratamiento preventivo.

2. Asma Persistente Leve: El tratamiento preventivo consiste en corticoesteroides inhalados en MDI (beclometasona, budesonida o fluticasona) y Antileucotrienos (montelukast sódico).

3. Asma Moderada Persistente: El tratamiento preventivo consiste en corticoesteroides inhalados en MDI (en niños menores de 6 años se asocia con Agonistas Beta2 de acción larga), Adrenérgicos Beta2 de acción prolongada (salmeterol o formoterol), corticoides asociados a antileucotrienos o dosis bajas de corticoides inhalados asociados a teofilina de liberación lenta.

4. Asma Severa Persistente: El tratamiento preventivo consiste en corticoides inhalados a dosis altas, agonistas beta2 (salmeterol), teofilina de acción prolongada, antileucotrienos o se puede considerar la inmunoterapia (Ministerio de salud, 2010).

En esta patología, el uso de inhaladores sirve de gran apoyo para la administración de los medicamentos ya que los envía de forma directa a las vías respiratorias, principalmente los broncodilatadores. Al mismo tiempo, este tipo de administración permite que se puedan reducir las dosis del medicamento sin perturbar el efecto que se requiere. Es importante señalar que es el uso del dispositivo llamado inhalocámara es uno de los elementos fundamentales en ésta técnica de administración de fármacos (López-Silvarrey et al., 2012; Pedraza, Stand, Castaño, & Ruiz, s.f).

Los servicios y profesionales de salud, recientemente, han elaborado guías clínicas para el manejo de la enfermedad las cuales promueven la educación como un concepto más en la atención del paciente con asma bronquial; elaborando programas de educación con el propósito de lograr la mejora de la atención sanitaria, reducción de morbilidad y disminución de costos por atención. Esta educación también pretende lograr que el niño o adolescente con asma y sus padres desarrollen habilidades, conocimientos, actitudes y creencias necesarias para el control adecuado de la enfermedad (Valverde, 2009).

1.4 Justificación

Actualmente, los profesionales de salud hacen un gran esfuerzo por brindar una buena educación a los niños y adolescentes asmáticos, así como a sus padres o cuidadores ya que el manejo de un paciente asmático no sólo consta de un tratamiento farmacológico individualizado sino también de educar y explicar el proceso de la enfermedad. Es de vital importancia hacer conciencia de que se deben continuar las revisiones clínicas periódicamente, así como el aprendizaje del automanejo de la enfermedad, lo que ayuda a controlar los factores externos que causan las crisis (García-Luzardo, Aguilar-Fernández, Rodríguez-Calines, & Pavlovic-Nesic, 2011).

La Secretaría de Salud (2011) menciona en el documento Perfil Epidemiológico de la Infancia en México 2010, que en la última década, la incidencia del asma bronquial en la población de 1 a 4 años aumentó 32.2% en comparación con la tasa registrada en el 2000. En el último reporte de casos de asma en Nuevo León, se encuentra que existen aproximadamente 8,436 casos de asma en niños menores de 10 años, de los cuales 714 (8.4%) son en menores de 1 año, 3,850 casos (45.6%) en niños de entre 1 y 4 años y 3,872 casos (45.8%) en niños de entre 5 y 9 años.

Recientemente, en el documento Notificación Semanal Casos Nuevos de Enfermedades, la Secretaría de Salud (2017) menciona que a nivel nacional existen 24,154 casos nuevos de asma bronquial, de los cuales 711(2.9%) son en menores de 1 año, 3,938 (16.3%) en niños de entre 1 y 4 años, 4,223 (17.4%) casos en niños de entre 5 y 9 años, 2,601 (10.7%) casos en la edad de entre 10 y 14 años y,

finalmente en los adolescentes de 15 a 19 años existen 1,429 casos más(5.9%).

La cercanía de los pacientes asmáticos y los alérgenos pueden causar que se presenten crisis asmáticas más frecuentemente, por lo que se debe llevar a cabo el tratamiento farmacológico indicado, así como el cuidado adecuado lo cual es parte importante del control de las crisis (Secretaría de Salud, 2011).

Los padres de los niños y/o adolescentes asmáticos son parte importante en el manejo de la enfermedad, ya que son quienes brindan el principal apoyo y control psicológico a sus hijos durante esta etapa (Vega & Alvarado, 2012).

Al mismo tiempo, el personal de enfermería es fundamental para la educación sanitaria ya que es quien se encargará de educar al niño o adolescente con asma y sus familiares a lo largo de la enfermedad complementando la información brindada por el médico pediatra. Su participación es de suma importancia ya que anima al paciente en cuanto al automanejo de la enfermedad, aclarando que el principal responsable de los cuidados es el mismo paciente, o en este caso sus padres (Valverde, 2009).

1.5 Definición del problema

El asma bronquial, enfermedad respiratoria crónica, en los últimos años, ha incrementado su frecuencia a nivel mundial ya que afecta a cualquier persona, sin importar su raza, edad o género. El asma no solo afecta directamente a la persona enferma si no que se incrementa la frecuencia de internamientos hospitalarios, los costos de la atención médica y aumenta las ausencias escolares y laborales, por consiguiente, se va deteriorando la vida cotidiana (Larenas et al., 2017).

En el asma bronquial, más del 50% de los casos en adultos y del 80% de los casos en niños son a causa de alergias y afectan entre el 5 y 15% de la población pediátrica del mundo (World Health Organization [WHO], 2002).

La frecuencia del asma bronquial aumenta debido a que en ocasiones los padres, principales encargados del cuidado de los niños, no cuentan con el conocimiento adecuado sobre el control y manejo de la enfermedad, incrementando el riesgo de que no la puedan controlar y que se presenten exacerbaciones. A pesar de contar con buena información e investigaciones avanzadas las cuales nos permiten saber más acerca de la enfermedad, tanto clínica y epidemiológicamente, aún se carece de un recurso terapéutico que permita la curar la enfermedad (Vega & Alvarado, 2012).

Larenas et al. (2017) en su documento llamado Guía Mexicana del Asma (GUIMA) mencionan que la Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere que el 7% de la población mexicana, es decir, aproximadamente 8.5 millones de personas, padecen de asma bronquial, a su vez, la Dirección General de Información en Salud

(DGIS) señaló que en el año 2013 se registraron 25,630 egresos hospitalarios solamente en pacientes con asma bronquial, dañando principalmente a niños de entre 0 y 14 años.

En este contexto se busca realizar un estudio para evaluar el conocimiento de los padres de niños o adolescentes de entre 0 y 17 años, 11 meses y 29 días, con diagnóstico de asma bronquial, por lo que se realiza la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el nivel de conocimiento de los padres sobre el asma bronquial de sus hijos?

1.6 Objetivos

Objetivo General:

Determinar el nivel conocimiento de los padres sobre el asma bronquial de sus hijos.

Objetivos Específicos:

1. Describir las características sociodemográficas de los padres de niños o adolescentes con diagnóstico de asma bronquial.
2. Identificar la edad, el sexo y el tiempo con el diagnóstico de los niños o adolescentes con asma bronquial.
3. Describir el conocimiento de los padres sobre el asma bronquial por factores (mitos y creencias, conocimiento del asma y aspectos asociados al asma).

Capítulo II

Material y métodos

A continuación, se describe el diseño del estudio, la definición del universo, el tamaño de la muestra y tipo de muestreo, unidades de observación, criterios de selección (inclusión, exclusión y eliminación), definición de variables y unidades de medida, recolección de información, así como los aspectos éticos para la investigación.

2.1 Diseño del estudio

En esta investigación cuantitativa se utilizó un diseño descriptivo transversal ya que se realizará una sola medición en un solo momento (Hernández, Fernández & Baptista, 2010).

2.2 Definición del Universo

El universo de este estudio fueron 53 padres con hijos con diagnóstico de asma bronquial.

2.3 Tamaño de la muestra y tipo de muestreo

Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia debido a que se buscó que el encuestado fuera el padre o la madre de un niño o adolescente con diagnóstico de asma bronquial. La muestra calculada fue de 47 participantes, sin embargo, se recolectaron 52 encuestas (34 en línea y 18 en físico) de las cuales 3 fueron eliminadas ya que los cuestionarios estaban incompletos (Herrero, 2017).

2.4 Unidades de observación

Padres de niños o adolescentes de entre 0 y 17 años, 11 meses y 29 días, con diagnóstico de asma bronquial.

2.5 Criterios de selección

Inclusión

Se incluyó a los padres de niños o adolescentes de entre 0 y 17 años, 11 meses y 29 días, con diagnóstico de asma bronquial, que contaran con escolaridad primaria mínima.

Exclusión

Se excluyó a los padres de niños o adolescentes con asma bronquial cuyo idioma principal fuese externo al español.

Eliminación

Se eliminaron los cuestionarios que tuvieran datos incompletos, que no se pudieron analizar o estaban mal contestados, como respuestas dobles.

2.6 Definición de variables y unidades de medida

Tabla 1

Definición de Variables

Tipo de variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Fuente de información
Conocimiento de los padres sobre el asma bronquial Dependiente	Se refiere al nivel de información relacionada con la enfermedad en cuestión (Coro, 2013)	Información que los padres poseen o dominan acerca del asma bronquial	Cuantitativa Ordinal Bajo 17-60 Alto 61-85	Cuestionario de conocimientos acerca del asma (Rodríguez & Sossa, 2004)
VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS				
Edad del padre o madre	Tiempo que ha vivido una persona (Real Academia Española [RAE], 2014)	Tiempo en años desde el nacimiento del padre o madre	De intervalo Menos de 18 años, 18 a 23 años, 24 a 29 años, 30 a 35 años, 36 a 41 años, 42 a 47 años y 48 o más años	Cédula de datos sociodemográficos
Sexo del padre o madre	Características fisiológicas y sexuales con las que nacen mujeres y hombres (United Nations International Children's Emergency Fund [UNICEF], s.f.)	Características fisiológicas que establecen al padre o madre como hombre o mujer	Nominal Hombre Mujer	Cédula de datos sociodemográficos

(continúa)

Tabla 1

Definición de Variables (continuación)

Tipo de variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Fuente de información
Escolaridad del padre o la madre	Grados que la población, en un grupo de edad, ha aprobado dentro del sistema educativo (Instituto Nacional para la Evaluación de la educación [INEE], 2008)	Último grado escolar aprobado por el padre o madre	Ordinal Primaria, Secundaria, Bachillerato o Universitaria	Cédula de datos sociodemográficos
Tiempo transcurrido desde el diagnóstico de asma, mencionado por el padre o madre	Tiempo transcurrido desde el diagnóstico de la enfermedad a la fecha (Máspero, 2015)	Cantidad de tiempo que el niño tiene con el diagnóstico de asma	De intervalo 0 a 2 años, 3 a 5 años, 6 a 8 años, 9 o más años	Cédula de datos sociodemográficos
Edad del niño(a) o adolescente, mencionado por el padre o madre	Tiempo que ha vivido una persona (RAE, 2014)	Tiempo en años desde el nacimiento del niño o adolescente	De intervalo Menos de 1 año, 2 – 4 años, 5 – 7 años, 8 – 10 años, 11 – 14 años y 15 – 17 años	Cédula de datos sociodemográficos
Sexo del niño(a) o adolescente mencionado, por el padre o madre	Características fisiológicas y sexuales con las que nacen mujeres y hombres (UNICEF, s.f.)	Características fisiológicas que establecen al niño o adolescente con asma bronquial como hombre o mujer	Nominal Hombre Mujer	Cédula de datos sociodemográficos

2.7 Recolección de información

2.7.1 Selección de fuentes y métodos

El instrumento utilizado fue el "Cuestionario de conocimientos acerca del asma", realizado y validado por Rodríguez y Sossa en el año 2004. Éste cuestionario se encarga de medir el grado de conocimiento acerca del asma y consta de 17 preguntas divididas en 3 factores: el primer factor incluye preguntas relacionadas con los mitos y creencias del asma (1,2,3,4,5,6 y 10), el segundo factor incluye preguntas relacionadas con conocimientos acerca del asma (7, 11, 12, 15, 16 y 17) y el tercer factor incluye preguntas sobre los aspectos asociados al asma (8, 9, 13 y 14).

Cada pregunta se califica por los padres mediante una escala de tipo Likert de 5 puntos: muy de acuerdo, de acuerdo, indeciso, en desacuerdo y muy en desacuerdo. Se estableció una graduación de las respuestas para cada pregunta desde 1 a 5 y se asignó una puntuación mayor a las respuestas correctas, es decir, con una afirmación verdadera que tuvo la respuesta "muy de acuerdo" se le asignó una puntuación de 5 y así sucesivamente hasta una puntuación de 1 cuando la respuesta de la misma pregunta era "muy en desacuerdo". De la misma manera, a una pregunta con una afirmación falsa respondida como "muy en desacuerdo" se le asignó una puntuación de 5, y así sucesivamente hasta una puntuación de 1 cuando esta misma pregunta fue respondida como "muy de acuerdo". La puntuación total del cuestionario varía entre los 17 y 85 puntos; el conocimiento será bajo si se obtiene una puntuación de 17 a 60 puntos y alto si el puntaje está entre los 61 y 85 puntos. El cuestionario tiene un alfa de Cronbach de 0.73 y para cada uno de los

factores que lo componen varía entre 0.60 y 0.77. La validez de éste cuestionario es de apariencia, de contenido y de criterio (Rodríguez & Sossa, 2004).

2.7.2 Técnicas y procedimientos en la recolección de la información

Para la recolección de la información se solicitó a la dirección de la Escuela de Enfermería Christus Muguerza UDEM su aprobación y autorización del protocolo.

Una vez aceptado el protocolo, se solicitó el permiso a varias Instituciones que por distintas situaciones no otorgaron el permiso para la aplicación de las encuestas; por lo tanto, se decidió realizar una encuesta en línea con toda la información requerida: criterios, consentimiento informado, cédula de datos sociodemográficos y el cuestionario de conocimientos acerca del asma.

La encuesta en línea fue compartida en redes sociales esperando encontrar a la población necesaria, posteriormente un Hospital Público de Monterrey, Nuevo León otorgó el permiso para la aplicación de encuestas dejando en claro que no se poseía un número identificado de pacientes con diagnóstico de asma bronquial por lo que se tuvo que estar buscando y preguntando por la población necesitada en el área de consulta.

En el área hospitalaria el investigador se presentó con el sujeto de estudio, explicándole el propósito de la investigación, solicitando su participación y aclarando que el cuestionario era anónimo, la información confidencial y que se encontraba en libertad de negarse a participar. Una vez aceptada la colaboración del participante se

entregó el consentimiento informado el cual debía ser leído y firmado por el participante.

Posteriormente, se entregó la cédula de datos sociodemográficos, así como el Cuestionario de conocimientos acerca del asma y se dio el tiempo necesario para que el participante contestara.

Una vez terminado el instrumento, se revisó que no faltara ningún dato ni pregunta por contestar y se agradeció la participación del sujeto.

Como no se contaba con un indicador para poder obtener la muestra se investigaron las muestras de estudios similares al de ésta investigación, la cual en promedio daba una población de 53 sujetos.

Por lo tanto la muestra necesaria era de 47 sujetos. Se reunieron un total de 34 encuestas en línea y 18 encuestas en físico, es decir 52 encuestas en total, de las cuales se eliminaron 3 por datos incompletos. La muestra final fue de 49 padres de niños entre 0 y 17 años, 11 meses y 29 días de edad.

2.7.3 Plan de procesamiento y presentación de la información

Los análisis se realizaron utilizando el programa estadístico llamado SPSS versión 22.0. En el mismo, se ejecutaron análisis descriptivos de los datos clínicos y demográficos, usando frecuencias y porcentajes.

2.8 Aspectos éticos

Este estudio se apegó a los principios establecidos en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, específicamente en el Título Primero de Disposiciones

Generales y Título Segundo de Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos.

En el artículo 3º del Título Primero, Capítulo Único, fracciones I, II, III, IV, V y VI, se establece que la investigación para la salud debe comprender el desarrollo de acciones que contribuyan al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos; al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social; a la prevención y control de los problemas de salud; al conocimiento y evaluación de los efectos nocivos del ambiente en la salud; al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud, y a la producción de insumos para la salud.

Del Título Segundo Capítulo I, el artículo 14º, fracciones I, V, VI, VII y VIII, establece que la investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases: se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen; contará con el consentimiento informado; deberá ser realizada por profesionales de la salud; contará con el dictamen favorable de las Comisiones de Investigación, Ética y la de Bioseguridad, en su caso, y, finalmente, se llevará a cabo cuando se tenga la autorización del titular de la institución de atención a la salud.

El artículo 16º menciona que en las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

El artículo 17º, fracción I, establece que la investigación se considera sin riesgo cuando son estudios que emplean técnicas y

métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

En el artículo 18° se menciona que el investigador principal suspenderá la investigación de inmediato, al advertir algún riesgo o daño a la salud del sujeto en quien se realice la investigación. Así mismo, será suspendida de inmediato cuando el sujeto de investigación así lo manifieste.

Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito mediante el cual el sujeto de investigación autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna; todo esto establecido en el artículo 20°.

En el artículo 21°, fracciones I, II, III, IV, VI, VII, VIII, IX, X y XI, se establece que para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación deberá recibir una explicación clara y completa sobre los siguientes aspectos : justificación y objetivos de la investigación; procedimientos que vayan a usarse y su propósito; molestias o los riesgos esperados; beneficios que puedan observarse; garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta; libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio; seguridad de anonimato y confidencialidad; compromiso de proporcionarle información

actualizada; disponibilidad de tratamiento médico; y, que si existen gastos adicionales, éstos serán absorbidos por el presupuesto de la investigación.

Finalmente, el artículo 22º, fracciones I, II y IV, menciona que el consentimiento informado deberá formularse por escrito y reunir los siguientes requisitos: ser elaborado por el investigador principal, ser revisado y aprobado por la Comisión de Ética de la Institución de Atención a la Salud y, ser firmado por dos testigos y por el sujeto de investigación. Si el sujeto de investigación no supiere firmar, imprimirá su huella digital y en su nombre firmará otra persona que él designe, y se extenderá por duplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal (Ley General de Salud, 2014).

Capítulo III

Resultados

3.1 Normalidad de los datos

Se realizó la prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov con corrección Lilliefors la cual indicó que los datos tienen una puntuación de $p=0.200$ lo que demuestra que son normales.

3.2 Alfa de Cronbach

La confiabilidad del instrumento tuvo un Alfa de Cronbach de 0.65 el cual según George y Mallery (2003) se considera cuestionable, sin embargo para esta investigación se considera aceptable (Universidad de Valencia, s.f.) Es importante mencionar que los Alfa de Cronbach obtenidos por factores fueron bajos (Tabla 2).

Tabla 2

Alfa de Cronbach del Cuestionario de conocimientos acerca del asma

Factores	Alfa de Cronbach	Número de preguntas
1 "Mitos y creencias del asma"	0.65	7
2 "Conocimientos acerca del asma"	0.13	6
3 "Aspectos asociados al asma"	0.43	4
General		
Cuestionario de conocimiento acerca del asma	0.65	17

Nota: Adaptado de "Validación de un cuestionario de conocimientos acerca del asma entre padres o tutores de niños asmáticos" por C. Rodríguez & M.P. Sossa, 2004, *Archivos de Bronconeumología*, 41(8), p.419-424.

La muestra final estuvo conformada por 49 padres de niños con diagnóstico de asma bronquial de entre 0 y 17 años, 11 meses y 29 días de edad.

3.3 Características sociodemográficas de los padres de niños y adolescentes con diagnóstico de asma bronquial

Para dar respuesta al objetivo 1 de esta investigación el cual consistió en describir las características sociodemográficas de los padres de niños o adolescentes con diagnóstico de asma bronquial, se obtuvo lo siguiente (Tabla 3): El rango más frecuente de edad de los padres fue de 36 a 41 años en un 30.6%, seguido del rango de 24 a 29 años en un 22.4%. El 87.8% de los participantes fueron mujeres en un y el 12.2% fueron hombres. De los padres el 61.2% era de escolaridad universitaria, siguiendo con los de bachillerato en un 22.4%.

Tabla 3

Características sociodemográficas de los padres de niños y adolescentes con diagnóstico de asma bronquial

Característica	f	%
Edad del padre o madre		
18 – 23 años	2	4.1
24 – 29 años	11	22.4
30 – 35 años	10	20.4
36 – 41 años	15	30.6
42 – 47 años	6	12.2
48 o más años	5	10.2
Sexo del padre o madre		
Hombre	6	12.2
Mujer	43	87.8
Escolaridad del padre o madre		
Primaria	1	2
Secundaria	7	14.3
Bachillerato	11	22.4
Universitaria	30	61.2

Nota: n=49 padres

Características de los niños y adolescentes con asma bronquial

Como respuesta al objetivo 2 que consistió en identificar la edad, el sexo y el tiempo con el diagnóstico de los niños o adolescentes con asma bronquial (Tabla 4), el 57.1% eran hombres y el 42.9% eran mujeres. El rango de edad más frecuente fue el de 2 a 4 años en un 26.5%, seguido por los del rango de 11 a 14 años en un 22.4%. Finalmente, el intervalo del tiempo transcurrido desde el diagnóstico de asma que predominó fue de entre 0 a 2 años con un 49%, seguido del rango de entre 9 o más años en un 24.5%.

Tabla 4

Características de los niños y adolescentes con asma bronquial

Característica	<i>f</i>	%
Sexo del niño(a) o adolescente, mencionado por el padre o madre		
Hombre	28	57.1
Mujer	21	42.9
Edad del niño(a) o adolescente, mencionado por el padre o madre		
Menos de 1 año	3	6.1
2 – 4 años	13	26.5
5 – 7 años	5	10.2
8 – 10 años	8	16.3
11 – 14 años	11	22.4
15 – 17 años	9	18.4
Tiempo transcurrido desde el diagnóstico de asma, mencionado por el padre o madre		
Entre 0 – 2 años	24	49
Entre 3 – 5 años	7	14.3
Entre 6 – 8 años	6	12.2
Entre 9 o más años	12	24.5

Nota: $n=49$ niños

3.4 Estadística descriptiva

Dando respuesta al objetivo 3 que consistió en describir el conocimiento de los padres sobre el asma bronquial por factores, se encontró que del factor 1 "mitos y creencias del asma" solamente el 2% de los padres tenía un alto conocimiento, mientras que el 98% tenía un bajo conocimiento; del factor 2 "conocimientos acerca del asma" se encontró que el 6.1% tenían un alto conocimiento y el 93.9% restante tenía un bajo conocimiento, por último, del factor 3 "aspectos asociados al asma" el 14.3% tenían un alto conocimiento, mientras que el 85.7% contaba con un bajo conocimiento (Tabla 5).

Tabla 5

Conocimiento de los padres sobre el asma bronquial por factores

Nivel de conocimiento	<i>f</i>	%
Factor 1 "Mitos y creencias del asma"		
Alto	1	2
Bajo	48	98
Factor 2 "Conocimientos acerca del asma"		
Alto	3	6.1
Bajo	46	93.9
Factor 3 "Aspectos asociados al asma"		
Alto	7	14.3
Bajo	42	85.7

Nota: 49 padres

Finalmente, dando respuesta al objetivo general que consistió en determinar el nivel conocimiento de los padres sobre el asma bronquial de sus hijos, se encontró que las puntuaciones más frecuentes fueron: 52 puntos en un 14.3%, seguidos de una igualdad

del 12.2% en los 56 y 59 puntos y continuando con el 8.2% que obtuvo un puntaje de 60 (Tabla 6).

Tabla 6

Calificaciones más frecuentes

Calificación	<i>f</i>	%
52	7	14.3
56	6	12.2
59	6	12.2
60	4	8.2

Nota: n=49 padres

Por lo tanto, el 87.8% de los padres de los niños o adolescentes asmáticos tienen un conocimiento bajo y solo el 12.2% tienen un conocimiento alto (Tabla 7).

Tabla 7

Nivel de conocimiento de los padres sobre el asma bronquial de sus hijos

Nivel	<i>f</i>	%
Alto	6	12.2
Bajo	43	87.8

Nota: n=49 padres

Capítulo IV

Discusión

Ésta investigación tuvo como principal objetivo determinar el nivel de conocimiento de los padres sobre el asma bronquial de sus hijos. A continuación se discuten los resultados obtenidos.

Primeramente, en cuanto a las características sociodemográficas de los padres se encontró que el rango más frecuente de edad fue de 36 a 41 años coincidiendo con algunas investigaciones realizadas en India, en las cuales el promedio de edad de los padres fue de aproximadamente 37 años; en España, Egipto, Arabia Saudita y Cuba las edades de los padres eran de menos de 34 años, lo cual difiere con los resultados de esta investigación. Esta diferencia se puede deber a las distintas culturas, año de estudio y poblaciones de cada una de las investigaciones (Bhagavatheeswaran, Kasav, Singh, Mohan, & Joshi 2016; Concepción et al., 2016; Ramesh, Nisha, & Jose, 2014; Amin, Elsamman, & Hussein, 2014; García-Luzardo et al., 2011; Al-Binali, Mahfouz, Al-Fifi, Naser & Al-Gelban, 2008).

El sexo predominante en esta investigación fue el de las mujeres, éste coincide con los resultados de investigaciones realizadas en Polonia, Perú, Nigeria, Arabia Saudita y México. Esto principalmente puede ser debido a que por naturaleza el cuidado de los hijos está en manos de las madres y no tanto de los padres (Miranda & Recabarren, 2017; Kuti & Omole, 2016; Al-Anazi et al., 2015; Langier & Czarny-Dzialak, 2013; Ortiz et al., 2012).

La Escolaridad predominante de los padres en esta investigación fue la Universitaria, este resultado coincide con los de investigaciones realizadas en España y Pakistán; en otra investigación de Pakistán se

difiere con éstos resultados ya que en su población predominaba el nivel secundario de educación. Al mismo tiempo, en una investigación de India, se encontró que predominó el nivel de Bachillerato. Esto puede deberse a los distintos tamaños de población de las investigaciones y que los grados de educación y la cultura es distinta en cada país (Awan & Munir, 2014; Rais, Arif, & Santosh, 2014; Leonardo et al., 2013; Roach & Bhaskaranand, 2012).

Referente a las características de los niños y adolescentes con asma bronquial se encontró que en cuanto al sexo predominaban los hombres, esto concuerda con la mayoría de las investigaciones, como algunas realizadas en Uruguay, China, Chile y Estados Unidos. Esto se puede deber a que según ciertos estudios, en la niñez, la prevalencia de asma bronquial así como las exacerbaciones asmáticas son más comunes en los hombres (Amin et al., 2014; Galdames, Álvarez, Barrios, Paredes, & Rodríguez 2014; Mendes & Barros, 2013; Zhao et al., 2010; Vargas, 2009).

El rango de edad predominante de los niños o adolescentes en esta investigación fue el de 2 a 4 años, esto coincide con algunas investigaciones de Perú y Egipto en las cuales los casos de más frecuencia eran en niños menores de 5 años. Esto puede ser debido a que el asma bronquial es una de las enfermedades respiratorias crónicas que se presenta principalmente en la infancia. Es importante mencionar que en una de las investigaciones realizadas en Arabia Saudita la edad difería a la de los resultados de esta investigación ya que la frecuencia era superior en mayores de 7 años. Esto puede deberse a los distintos tamaños de muestra y que según otras investigaciones, en Arabia Saudita aún existe información errónea en

cuanto al asma bronquial infantil, lo cual puede intervenir en el manejo y control de la enfermedad. (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018; Helmy, Alsulaimani, Mahmoud, Al-Malki & Maroof, 2017; Miranda & Recabarren, 2017; Amin et al., 2014)

El tiempo con el diagnóstico de asma que más se presentó fue el de 0 a 2 años, este resultado es similar a los de algunas investigaciones realizadas en Nigeria y Colombia en los cuales igualmente, el tiempo con el diagnóstico era menor a dos años; sin embargo, existen investigaciones de India, Portugal y Arabia Saudita que difieren con estos resultados ya que el tiempo con el diagnóstico era mayor a 5 años. Esto se puede deber a la importancia que le dan los padres a la enfermedad y al conocimiento que tienen sobre el control y manejo de la misma (Helmy, Alsulaimani, Mahmoud, Al-Malki & Maroof, 2017; Bhagavatheeswaran et al., 2016; Mendes & Barros, 2013; Kuti & Omole, 2016; Rodríguez & Sossa, 2004).

Con respecto al conocimiento de los padres por factores (mitos y creencias, conocimiento del asma y aspectos asociados) se encontró que en los tres factores, los participantes de esta investigación poseían bajos conocimientos, principalmente en lo relacionado con mitos y creencias del asma; esto se asemeja a investigaciones realizadas en India y Pakistán. Un estudio realizado en Pachuca, el cual utilizó el mismo cuestionario a esta investigación, tuvo un resultado positivo en el factor de conocimiento del asma ya que sus participantes obtuvieron un conocimiento alto.

Esto se puede deber al tipo de situación en la que se encontraban los participantes en el momento de estudio, ya que específicamente eran padres de niños asmáticos que acudían con

dificultad respiratoria al Servicio de Urgencias y a la valoración sobre factores de riesgo, antecedentes del paciente y familiares (Gajanan, Sandeep, & Chaudhury, 2016; Awan & Munir, 2014; Ortiz et al., 2012).

Finalmente, en cuanto al nivel de conocimiento de los padres sobre el asma bronquial de sus hijos, el resultado obtenido de esta investigación fue de un conocimiento bajo, el cual coincide con investigaciones de España, India, Pakistán, China, Cuba, entre otros países. Esto puede ser a consecuencia de una baja educación sobre el asma bronquial, por lo que los padres aún carecen de información sobre la enfermedad, es decir, se les dificulta reconocer las manifestaciones de una crisis, existe resistencia al diagnóstico por lo que no hay un buen apego al tratamiento, entre otros problemas (Concepción et al., 2016; Gajanan et al., 2016; Awan & Munir, 2014; Zhao et al., 2013; Leonardo et al., 2013; García-Luzardo et al., 2012; Curbelo, Pinchak, & Gutiérrez, 2010).

4.1 Limitaciones del estudio

En cuanto a la técnica de recolección de datos, al ser en línea no se tuvo un buen control de quién contestaba la encuesta y al mismo tiempo se manejó un muestreo por conveniencia.

No se indagó si los participantes habían sido previamente capacitados sobre el manejo y/o control de la enfermedad de sus hijos.

Existe inconsistencia en cuanto al Alfa de Cronbach del factor de "conocimientos acerca del asma" del instrumento utilizado llamado Cuestionario de conocimientos acerca del asma.

4.2 Conclusiones

En cuanto a las características de los padres, la edad más frecuente fue de 36 – 41 años, la mayoría fueron mujeres y la escolaridad más presentada fue la Universitaria.

De los niños y adolescentes la mayoría eran hombres, la edad más frecuente fue de 2 – 4 años y el tiempo transcurrido desde el diagnóstico de asma, mencionado por el padre o madre, fue de entre 0 – 2 años.

El nivel de conocimiento fue bajo en cada factor del cuestionario (mitos y creencias, conocimiento del asma y aspectos asociados). El nivel de conocimiento de los padres sobre el asma bronquial de sus hijos fue bajo.

4.3 Recomendaciones

En caso de investigaciones futuras similares, es importante indagar si los participantes del estudio pertenecen a algún grupo de apoyo sobre el asma lo cual puede ayudar a estimar un nivel de conocimientos previo a la aplicación del cuestionario.

En cuanto a enfermería, específicamente en el área pediátrica, es importante capacitar al personal para aumentar su conocimiento y habilidades sobre la enfermedad ya que gran parte de su práctica es la valoración de necesidades de educación sanitaria; con esto se puede asegurar una buena aceptación, manejo y control de la enfermedad por parte de los pacientes y sus familias (Solís-Flores, Acuña-Rojas, López-Medina & Meléndez-Mier, 2017).

Al mismo tiempo, fortalecer y aumentar la educación sobre la enfermedad, fomentando el control ambiental y el apego al

tratamiento. Así mismo, realizar grupos específicos que ayuden tener un mejor control clínico u hospitalario de los casos de asma.

Igualmente, impulsar a los padres a aprender más sobre la enfermedad ya que ésta se presenta principalmente en la niñez y ellos son los principales responsables del cuidado de los niños. En el caso de los padres de los adolescentes se podrían implementar programas en donde se instruya a evitar el consumo de tabaco u otros factores que puedan desarrollar en ellos alguna exacerbación asmática.

Referencias

- Al-Anazi, A., Al-Moamary, M. A., Ismaeli, T., Alanazi, A. N., Olayan, L., Alanazi, A. M., Noarh, H. Y. A., & Qureshi, S. (2015). Asthma in the pediatric population: Level of perception among the parents and guardians. *International Journal of Medicine and Public Health*, *5*, 14-18. doi:10.4103/2230-8598.151240
- Al-Binali, A. M., Al-Fifi, S., Naser, S. M., & Al-Gelban, K. S. (2008). Asthma knowledge and behaviors among mothers of asthmatic children in Aseer, south-west Saudi Arabia. *Eastern Mediterranean Health Journal*, *16(11)*, 1153-1158.
- Amin, G. M., Elsamman, G. A., & Hussein, H. A. (2014). Knowledge of Mothers of Children with Bronchial Asthma. *The Medical Journal of Cairo University*, *82(2)*, 63-70.
- Artiles, S. M., & Pumar, M. (2013). Gestión del Conocimiento: Elementos para Mejorar el Proceso de Identificación en las Organizaciones. *Revista Internacional de Gestión del Conocimiento y la Tecnología*, *1(2)*, 34.
- Awan, A. S., & Munir, S. S. (2014). Asthmatic children; Knowledge, Attitude and Practice Among Caregivers. *The Professional Medical Journal*, *22(1)*, 134-140.
- Bhagavatheeswaran, K. S., Kasav, J. B., Singh, A. K., Mohan, S. K., & Joshi, A. (2016). Asthma-related knowledge, attitudes, practices (KAP) of parents of children with bronchial asthma: A hospital-based study. *Annals of Tropical Medicine and Public Health*, *9(1)*, 23-30. doi: <https://doi.org/10.1016/j.bmhix.2017.05.008>

- Chaurant, B., Hernández, E., & Maestre, J. (2010). *Intervención del profesional de enfermería en la prevención del asma bronquial en niños de 3 a 5 años, en la Clínica Cantaura, Anzoátegui*. (Tesis de pregrado, Universidad Central de Venezuela). Recuperada de: <http://saber.ucv.ve/bitstream/123456789/9614/1/Tesis%20Asma%20Bronquial%20pdf.pdf>
- Concepción, L., Sánchez, C., Sagaró, N., William, M., & Márquez, A. (2016). Conocimiento en padres acerca del asma padecida por sus hijos. *MEDISAN*, 21(5), 548-555.
- Coro, Z. (2013). Conocimientos y modos de actuación de la familia en escolares con asma bronquial. *Revista de Ciencias Médicas*, 17(4), 11-23.
- Coronel-Carvajal, C. (2017). Influencia del conocimiento de los padres acerca del asma en el control del niño asmático. *Revista Mexicana de Pediatría*, 84(6), 222-229.
- Curbelo, N., Pinchak, C., & Gutiérrez S. (2010). Conocimiento del asma enfermedad por parte de los padres de niños asmáticos. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 81(4), 225-230.
- En *Significados.com*. (2017). Recuperado de: <https://www.significados.com/conocimiento/>
- Florian, L. Y., Mamani, M. Y., Maldonado, L. E., & Sánchez, N. (2017). *Efectividad del programa "Mis pulmoncitos limpios" en el conocimiento del asma en padres de niños hospitalizados del servicio de Pediatría del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolome", 2016*. (Tesis de Posgrado, Universidad Peruana Unión). Recuperada de: <http://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/835/Lidi>

a_Trabajo_Investigaci%C3%B3n_2017.pdf?sequence=7&isAllowed=y

- Gajanan, G., Sandeep, V., & Chaudhury, A. (2016). Assesment of Knowledge and Attitude of Parents Towards the Allergy and Bronchial Asthma in Their Children. *International Journal of Medicine and Public Health*, 6(3), 121-125.
doi:10.5530/ijmedph.2016.3.5
- Galdames, S., Álvarez, L., Barrios, M., Paredes, V., & Rodríguez, V. (2015). Creencias de padres e hijos sobre el asma: implicancias para la adherencia al tratamiento. *Cuidados de Enfermería y Educación en Salud*, 2(1), 7-21.
- García, S. & Pérez, S. (2016). Asma: concepto, fisiopatología, diagnóstico y clasificación. *Pediatría Integral*, 20(2), 80-93.
- García-Luzardo, M. R., Aguilar-Fernández, A. J., Rodríguez-Calzines, N., & Pavlovic-Nesic, S. (2011). Conocimientos acerca del asma de los padres de niños asmáticos que acuden a un servicio de urgencias. *Acta Pediátrica Española*, 70(5), 196-203.
- Global Initiative for Asthma [GINA]. (2018). *Global strategy for asthma management and prevention*. Recuperado de: <http://ginasthma.org/2018-gina-report-global-strategy-for-asthma-management-and-prevention/>
- González, S. N., Arias, A., González, A. Y., Félix, J. A., & Macías, A. (2010). Validación de un cuestionario de conocimientos acerca del asma aplicado a maestros de educación primaria de Monterrey, México. *Revista Alergia México*, 57(2), 44-49.
- Helmy, F. F., Alsulaimani, A. A., Mahmoud, S., Al-Malki, A., & Maroof, Y. (2015). Knowledge and Attitude of Care-Givers about Their

Childrens Bronchial Asthma in Taif Region KSA. *International Journal of Science and Research (IJSR)*, 6(2), 358-362. doi: 10.21275/16011701

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. México D.F.: McGraw-Hill.

Herrero, L. (2017). Mi Muestra (Versión 3.5) [Aplicación móvil] iTunes.

Hinojos, L. C., Figueroa, E., Miranda, E., Martínez, I., Tagle, J. R., Silva, M., & Fuentes, C. (2010). Factores implicados en la exacerbación del asma en niños. *Revista Mexicana de Pediatría*, 77(1), 22-26.

Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación [INEE]. (2008). *Escolaridad media de la población*. Recuperado de: http://www.inee.edu.mx/bie/mapa_indica/2010/PanoramaEducativoDeMexico/CS/CS03/2010_CS03__a-vinculo.pdf

Kuti, B. P., & Omole, K. O. (2016). Factors associated with caregiver's knowledge about childhood asthma in Ilesa, Nigeria. *Annals of Nigerian Medicine*, 10, 30-36. doi:10.4103/0331-3131.189806

Langier, K. & Czarny-Dzialak, M. (2013). Knowledge of parents and guardians about children's bronchial asthma. Participation of a nurse in health education of parents or guardians and a sick child. *Studia Medyczne*, 29(2), 171-176.

Larenas, D., Salas, J., Vázquez, J. C., Ortiz, I., Fernández, M., Rio del, B. E.,...Castro, R. (2017). *Guía Mexicana de Asma [GUIMA]*. Recuperada de: https://www.researchgate.net/publication/322345403_Guia_Mexicana_del_Asma_GUIMA_2017

Leonardo, M. T., Oceja-Setien, E., García, L., Cabero, M. J., Pérez, E., & Gómez-acebo, I. (2013). Assessment of parental asthma

- knowledge with the Newcastle Asthma Knowledge Questionnaire. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 15, 26-117.
- Leonardo, M. T., Sancho, R., García, L., Pérez, E., & Cabero, M. J. (2014). Conocimientos sobre el tratamiento médico del asma en padres de niños asmáticos. *Boletín de Pediatría*, 54(229), 168-172.
- Ley General de Salud (2014). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud*. Diario Oficial de la Federación, 7 de Febrero de 1984. Recuperado de: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
- López-Silvarrey, A., & Korta, J. (2012). *El asma en la infancia y adolescencia*. España: Ibersaf Industrial, S.L. Recuperado de: https://w3.grupobbva.com/TLFU/dat/ASMA_INTERACTIVO1.pdf
- Máspero, J. (2015). *Asma Bronquial Ocupacional*. Recuperado de: <http://www.fundaler.org.ar/publicaciones/otros-folletos-de-fundaler/asma-bronquial-ocupacional/>
- Medina-Páez, J. A., Chahín-Ojeda, D. O., Díaz-Serrano, N. T., Pinilla-Monsalve, G. D., & Bolívar-Grimaldos, F. (2014). Asma y tabaquismo, ¿Una asociación bidireccional? *Revista de la Universidad Industrial de Santander*, 46(3), 287-295.
- Mendes, C., & Barros, L. (2013). Asthma knowledge, subjective assessment of severity and symptom perception in parents of children with asthma. *Journal of Asthma*, 50(9), 1002-1009. doi:10.3109/02770903.2013.822082

- Ministerio de Salud. (2010). *Asma Bronquial en Pediatría*. Recuperado de: <http://studylib.es/doc/5777186/asma-bronquial-en-pediatria>
- Miranda, P., & Recabarren, A. (2017). Nivel de conocimientos sobre el asma en padres de niños asmáticos que acuden a consulta externa especializada del Hospital III Yanahuara-Arequipa. *Revista Peruana de Pediatría*, 69(1), 10-19.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2018). *Asma*. Recuperado de: <http://www.who.int/respiratory/asthma/es/>
- Ortiz, M. I., Cano-Fragoso, C. I., Lazcano-Ortiz, M., Romo-Hernández, G., & Escamilla-Acosta, M. A. (2012). Factores de riesgo en niños asmáticos. Conocimiento que tienen sus padres sobre asma. *Acta Pediatrica de México*, 33(3), 126-132.
- Pedraza, A. M., Stand, I., Castaño, S., & Ruiz, J. P. (s.f). *Asma Infantil*. Recuperado de: https://scp.com.co/precop-old/precop_files/modulo_10_vin_2/Asma_infantil_10-2.pdf
- Pellegrini, J. & Arriba de, S. (2013). El asma en el adolescente. *Revista de Formación Continuada de la Sociedad española de Medicina de la Adolescencia*, 1(3), 7-27.
- Rais, H., Arif, F., & Santosh, S. (2014). Asthmatic children; Knowledge and practices in the parents. *The Professional Medical Journal*, 21(4), 739-744.
- Ramesh, N., Nisha, C., & Jose, S. K. (2014). Knowledge Regarding Childhood Asthma among Mothers of Asthmatic Children Presenting to a Selected Hospital, Bangalore, South India. *National Journal of Research in Community Medicine*, 3(3), 224-229.

- Real Academia Española [RAE]. (2014). *Edad*. Recuperado de:
<http://dle.rae.es/?id=EN8xffh>
- Roach, E. & Bhaskaranand, N. (2012). A Study on the Effectiveness of an Educational Package on the Knowledge of Mothers of Asthmatic Children on Bronchial Asthma. *Journal of Biology, Agriculture and Healthcare*, 2(10), 24-31.
- Rodríguez, C. & Sossa, M. P. (2004). Validación de un cuestionario de conocimientos acerca del asma entre padres o tutores de niños asmáticos. *Archivos de Bronconeumología*, 41(8), 23-424.
- Rodríguez, C. (s.f). *Mitos y Verdades del Asma*. Recuperado de:
<http://neumologia-pediatrica.com/documentospdf/ASMA.pdf>
- Rodríguez-Martínez, C., Melo-Rojas, A., Restrepo-Gualteros, S. M., Sossa-Briceño, M. P., & Nino, G. (2014). Validation of the Spanish version of the childhood asthma control test (cACT) in a population of Hispanic children. *Journal of Asthma*, 51(8), 855-862. doi: 10.3109/02770903.2014.921197
- Secretaría de Salud. (2011). *Perfil Epidemiológico de la Infancia en México 2010*. Recuperado de: https://epidemiologiatlax.files.wordpress.com/2012/10/p_epi_de_la_infancia_en_mexico_2010.pdf
- Secretaría de Salud. (2017). *Notificación Semanal Casos Nuevos de Enfermedades 2017*. Recuperado de:
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/192770/1.-_Reporte_de_Enero_de_2017.pdf
- Secretaría de Salud. (2018). *Boletín Epidemiológico. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica Sistema Único de Información*. Recuperado de:

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/322292/BSEMANAL_16.pdf

- Segura, P. (2017). *Asma Bronquial: Mitos y Evidencia*. Recuperado de: <http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/1114/FAMURP%20Asma%20Bronquial.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Solís-Flores, L., Acuña-Rojas, R., López-Medina, L., & Meléndez-Mier, G. (2017). La consejería de enfermería disminuye la sintomatología y recaídas en pacientes pediátricos con rinitis alérgica. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 74(5), 349-356. doi: 10.1016/j.bmhmx.2017.05.008
- Statistical Package for the Social Sciences [SPSS] (Versión 22) [Software de computación]. IBM: Corporation.
- United Nations International Children's Emergency Fund [UNICEF]. (s.f.) *¿Qué es sexo?*. Recuperado de: https://www.unicef.org/honduras/Aplicando_genero_agua_saneamiento.pdf
- Universidad de Valencia (s.f.) *Alfa de Cronbach y consistencia interna de los ítems de un instrumento de medida*. Recuperado de: <https://www.uv.es/~friasnav/AlfaCronbach.pdf>
- Valverde, J. (2009). *Educadores en Asma*. Murcia, España: Mediprint Ediciones.
- Vargas, M. H. (2009). Epidemiología del asma. *Neumología y Cirugía de Tórax*, 68(2), 91-97.
- Vargas, M. H. (2009). Fisiopatología del asma. *Neumología y Cirugía de Tórax*, 68(2), 111-115.
- Vega, D. A. & Alvarado, A. (2012). *Características familiares y nivel de conocimientos de los padres de niños sobre el control del asma* (Tesis de posgrado, Instituto Mexicano del Seguro Social).

Recuperado de: <https://www.uv.mx/blogs/favem2014/files/2014/06/TESIS-Dora.pdf>

World Health Organization. (2002). *Prevention of Allergy and Allergic Asthma*. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/68361/1/WHO_NMH_MNC_CRA_03.2.pdf

Zabala, M. (2012). La gestión de conocimientos en las organizaciones proveedoras de servicios de telecomunicaciones. *TELEMATIQUE*, (11). Recuperado de: <http://publicaciones.urbe.edu/index.php/telematique/article/viewArticle/1662/html>

Zhao, J., Shen, K., Xiang, L., Zhang, G., Xie, M., Bai, J., & Chen, Q. (2013). The knowledge, attitudes and practices of parents of children with Asthma in 29 cities of China: a multi-center study. *BioMed Central*, 13(20), 1-6.

APÉNDICES

Apéndice A

Autorización para la aplicación del cuestionario



UDEM

Oficio: Solicitud para desarrollo de prueba definitiva

Patricia Addarith Magaña Lozano
Escuela de Enfermería CHRISTUS MUGUERZA-UDEM.

Lic. Francisca Dolores Mendoza de la Rosa
Coordinadora de Enseñanza
ISSSTE Constitución
Monterrey, N. L.

Monterrey, N. L. a marzo de 2018

Estimada Lic. Mendoza

Tengo el agrado de dirigirme a Usted, en virtud de solicitar su apoyo para que la alumna Cinthia Daniela Cuéllar Tamez, del Programa de Licenciatura en Enfermería de octavo semestre, desarrolle la prueba definitiva de su **Proyecto de Evaluación Final**, como requisito parcial para obtener el título de la Licenciatura en Enfermería que lleva por tema: "**CONOCIMIENTO DE LOS PADRES SOBRE EL ASMA BRONQUIAL DE SUS HIJOS MENORES DE ONCE AÑOS**" que tiene como principal objetivo determinar el conocimiento de los padres sobre el asma bronquial de sus hijos menores de once años en una institución de Monterrey, Nuevo León.

Se aplicará el **Cuestionario de conocimientos acerca del asma por Rodríguez y Sossa (2004)**, dicho cuestionario ha sido sometido a revisión por el Comité de Investigación de la Escuela de Enfermería CHRISTUS MUGUERZA-UDEM, es un cuestionario aprobado y conscientes de que su aplicación no representa ningún tipo de riesgo y de que todos los datos serán manejados con estricta confidencialidad y en apego a los principios de ética profesional, el uso de la información solo será para fines de la investigación, educativos y de apoyo a la profesionalización. Me dirijo hacia Usted ya que la institución a su digno cargo representa una población similar a la descrita en el protocolo de investigación.

Agradezco de antemano su atención al presente y apoyo proporcionado a los alumnos antes mencionados ya que representa sin duda alguna un sustento muy importante para el desarrollo y continuidad de su **Proyecto de Evaluación Final**.

Atentamente

Patricia Addarith Magaña Lozano

Dirección

pmagana@christus.mx

patricia.magana@udem.edu



ISSSTE

Francisca

Jefe de Enseñanza

Lic. Francisca D. Mendoza de la Rosa

(3-Abril-18)

Apéndice B

Consentimiento informado

Folio: _____

Monterrey, N.L. a ____ de ____ de 2018

Título del proyecto: Conocimiento de los padres sobre el asma bronquial de sus hijos.

Investigador principal: Lic. Cinthia Daniela Cuéllar Tamez.

Objetivo: En el presente estudio se tiene por objetivo determinar el nivel de conocimientos de los padres sobre el asma bronquial de sus hijos.

Criterios de selección: He sido seleccionado(a) a participar en este estudio ya que soy padre o madre de un niño o adolescente de entre 0 y 17 años, 11 meses y 29 días, con diagnóstico de asma bronquial y cuento con escolaridad primaria mínima.

Procedimiento del estudio: Si acepta participar en el estudio, deberá llenar con pluma una cédula de datos sociodemográficos y un cuestionario de conocimientos acerca del asma el cual tiene un tiempo aproximado de 10 minutos, no debe quedar ningún dato ni pregunta sin contestar.

Confidencialidad: La información que se recaude en esta investigación por medio de las encuestas contestadas se mantendrá en total confidencialidad y será puesta fuera del alcance público. Sólo el investigador tendrá acceso a ella para los fines de la investigación y los resultados que sean expuestos serán en forma grupal cuidando su integridad personal.

Riesgos: No se le expondrá a ningún riesgo ya que esta investigación solo consta en responder una encuesta.

Beneficios: A través de su participación en el llenado de la encuesta ayudará a determinar el conocimiento de los padres sobre el asma bronquial y podrá conocer más aspectos importantes sobre la enfermedad de su hijo.

Preguntas: En caso de presentar alguna duda puede contactar a la Escuela de Enfermería Christus Muguerza UDEM con la directora MCE. Patricia Addarith Magaña Lozano, con la Coordinación de Investigación a cargo de la Dra. Sandra Paloma Esparza Dávila al Tel. 81228122 Ext.6553 o con la investigadora Cinthia Daniela Cuéllar Tamez al correo: cinthia.cuellar@udem.edu.

Renuncia o retiro: En esta investigación no se le obligará a participar involuntariamente. Si lo desea, puede abandonar su participación en esta investigación sin repercusión alguna.

Conclusión: A través de este documento en donde he leído toda la información mencionada y mis dudas han sido aclaradas, he aceptado participar en éste estudio de investigación el cual me ayudará a comprender más la enfermedad de mi hijo.

Consentimiento: Yo acepto libremente participar en este estudio de investigación ya que sé que no existen riesgos que puedan dañarme y ayudará a que se colecte la información requerida.

Si acepto No acepto

Firma del participante: _____

Firma del testigo 1: _____

Firma del testigo 2: _____

Apéndice C
Cédula de datos sociodemográficos

Folio: _____

Instrucciones: Conteste con una (X) y complete los siguientes datos según corresponda.

a) Datos del Padre o la Madre:

Edad (años): () 1. Menos de 18 () 2. 18 - 23
 () 3. 24 - 29 () 4. 30 - 35
 () 5. 36 - 41 () 6. 42 - 47
 7. 48 o más

Sexo: () 1. Hombre () 2. Mujer

Escolaridad: () 1. Primaria () 2. Secundaria
 () 3. Bachillerato () 4. Universitaria

b) Datos del niño(a) o adolescente:

Sexo: () 1. Hombre () 2. Mujer

¿Qué edad tiene su hijo?

() 1. Menos de 1 año () 2. 2 - 4 años
 () 3. 5 - 7 años () 4. 8 - 10 años
 () 5. 11 - 14 años () 6. 15 - 17 años

Años aproximados con el diagnóstico de asma:

() 1. Entre 0 - 2 () 2. Entre 3 - 5
 () 3. Entre 6 - 8 () 4. Ente 9 o más

Apéndice D
Cuestionario de conocimientos acerca del asma (Rodríguez y Sossa, 2004)

A continuación se le presentan una serie de preguntas que debe contestar. No es necesario que escriba su nombre ya que la información que dará es confidencial. Los datos sólo serán conocidos por el investigador principal. Por favor, lea con atención las siguientes indicaciones:

Instrucciones:

1. Conteste cada una de las siguientes preguntas, según su criterio.
2. Marque con una (X) su respuesta:
 - MDA: Muy de acuerdo.
 - DA: De acuerdo
 - I: Indeciso
 - ED: En desacuerdo
 - MED: Muy en desacuerdo.
3. No deje preguntas ni datos sin contestar.

Preguntas	MDA	DA	I	ED	MED
1. Los inhaladores pueden producir dependencia o adicción					
2. Los inhaladores pueden afectar o dañar el corazón					

Las opiniones de respuesta son las siguientes:

MDA: Muy de acuerdo.

DA: De acuerdo

I: Indeciso

ED: En desacuerdo

MED: Muy en desacuerdo.

Preguntas	MDA	DA	I	ED	MED
3. Es perjudicial aplicarles los inhaladores mucho tiempo a los niños					
4. Después de que a un(a) niño(a) le da una crisis de asma hay que suspenderle los inhaladores y los medicamentos cuando le pase la tos					
5. Los niños que tienen asma deben usar medicamentos para el tratamiento del asma sólo cuando tengan síntomas (tos, congestión o sonido en el pecho)					
6. Es mejor usar los inhaladores directamente, sin inhalocámara, para que el medicamento llegue más directo a los pulmones					
7. La principal causa del asma es la inflamación de las vías respiratorias					

Las opiniones de respuesta son las siguientes:

MDA: Muy de acuerdo.

DA: De acuerdo

I: Indeciso

ED: En desacuerdo

MED: Muy en desacuerdo.

Preguntas	MDA	DA	I	ED	MED
8. Es recomendable pedir al médico un justificante para que los niños con asma no hagan ejercicio o educación física					
9. Los niños que tienen asma no deberían practicar deportes en los cuales tengan que correr mucho					
10. Cuando un niño tiene una crisis de asma es mejor ir a urgencias aunque los síntomas sean leves					
11. Las crisis de asma se pueden evitar si se toman medicamentos en los momentos en que no hay síntomas (entre las crisis)					
12. Las gripes son los principales causantes o desencadenantes de crisis de asma					

Las opiniones de respuesta son las siguientes:

MDA: Muy de acuerdo.

DA: De acuerdo

I: Indeciso

ED: En desacuerdo

MED: Muy en desacuerdo.

Preguntas	MDA	DA	I	ED	MED
13. Es recomendable no fumar ni dejar que nadie fume cerca de los niños con asma					
14. Si los padres de los niños con asma fuman fuera de la casa no afecta al niño(a)					
15. A los niños con problemas de asma, cuando les empieza una gripe, hay que aplicarles los inhaladores aunque no tengan tos o sonido en el pecho					
16. A los niños que tienen asma les pueden dar crisis tan fuertes que pueden llegar a requerir una hospitalización en la unidad de cuidados intensivos o incluso pueden llegar a morir debido a una crisis					

Las opiniones de respuesta son las siguientes:

MDA: Muy de acuerdo.

DA: De acuerdo

I: Indeciso

ED: En desacuerdo

MED: Muy en desacuerdo.

Preguntas	MDA	DA	I	ED	MED
17. Algunos medicamentos para el tratamiento del asma no funcionan a menos que se administren todos los días					

Apéndice E

Carta Comité de Ética en Investigación



UNIVERSIDAD
DE MONTERREY

**UNIVERSIDAD DE MONTERREY
VICERRECTORÍA DE CIENCIAS DE LA SALUD
COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN (CEI)
COMITÉ DE INVESTIGACIÓN (CI)**

San Pedro Garza García, N.L. 26 de febrero de 2018

MCE. María Tiburcia Martínez Mata y Cinthia Daniela Cuéllar Tamez
Investigadoras de Protocolo de Investigación

Estimadas investigadoras

Ref.: 26022018b-CEI

A los efectos del cumplimiento de las Buenas Prácticas Clínicas, **el Comité de Investigación y el Comité de Ética en Investigación de la Vicerrectoría de Ciencias de la Salud de la Universidad de Monterrey (CIE), Aprueban** luego de haber examinado el plan, diseño y consideraciones científicas y éticas, el protocolo de investigación intitulado:

"Conocimiento de los padres sobre el asma bronquial de sus hijos menores de once años"

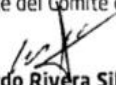
El protocolo fue sometido a evaluación por los **Comités** mencionados con antelación, encontrando que cumple con todos los lineamientos a los que deben sujetarse las investigaciones biomédicas en humanos.

Le requerimos se realicen reportes trimestrales firmados por usted donde se consignen los resultados, incidentes, efectos secundarios y complicaciones que se presenten durante la investigación, y que se reporte en forma inmediata cualquier evento adverso que ponga en riesgo la vida de los participantes en el estudio.

Asimismo, declaramos que todos los datos contenidos en la presente solicitud y la documentación revisada y analizada, corresponden a información verídica, exacta y completa.

Atentamente,


Dr. Pablo Villarreal Guerra
Presidente del Comité de Ética en Investigación


Dr. Gerardo Rivera Silva PhD
Presidente del Comité de Investigación

Av. Morones Prieto 4500 Pte.
San Pedro Garza García, N. L.
México, C. P. 66238

Tel +52 (81) 8215-1000
01 800 801 UDEM
udem.edu.mx

Resumen Autobiográfico

Cinthia Daniela Cuéllar Tamez

Candidato para obtener el grado de Licenciatura en Enfermería

Tesis: Conocimiento de los padres sobre el asma bronquial de sus hijos.

Área de estudio: Clínico.

Biografía:

Nacida en Monterrey, Nuevo León; México, el día 06 de Julio de 1995. Hija primogénita del Sr. Julio César Cuéllar López y la Sra. Rosario Tamez Oviedo.

Educación:

Instituto Bilingüe Stanford, de agosto de 1998 a junio de 2003.

Instituto Regiomontano Cumbres, de agosto de 2003 a junio de 2007.

Colegio Cultural Mexicano Americano, A.C, de agosto de 2007 a junio de 2010.

Preparatoria No. 2 de la Universidad Autónoma de Nuevo León, de agosto de 2010 a junio de 2012.

Actualmente cursando el 8vo Semestre de la Licenciatura en Enfermería en la Escuela de Enfermería Christus Muguerza UDEM desde agosto de 2014 a la fecha.

Experiencia laboral: Sin experiencia laboral en el área.

Contacto: cinthia.cuellar@udem.edu