

EVALUACION DE PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE ASMA CON ENFOQUE
TRANSPERSONAL DIRIGIDO A LOS PADRES DE NIÑOS DE 3 A 12 AÑOS
CON ASMA QUE ACUDEN AL AMBULATORIO URBANO
TIPO II DE CERRITOS BLANCOS
OCTUBRE 2.000. – JULIO 2.001

MARBELLA RODRIGUEZ MELENDEZ

UNIVERSIDAD CENTROCCIDENTAL “LISANDRO ALVARADO”

BARQUISIMETO, 2.002

EVALUACION DE PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE ASMA CON ENFOQUE
TRANSPERSONAL DIRIGIDO A LOS PADRES DE NIÑOS DE 3 A 12 AÑOS
CON ASMA QUE ACUDEN AL AMBULATORIO URBANO
TIPO II DE CERRITOS BLANCOS
OCTUBRE 2.000. – JULIO 2.001

Por

Marbella Rodríguez Meléndez

Trabajo de Grado para optar al Grado de Magister
en Scientiarum en Educación Mención
Ciencias de la Salud

UNIVERSIDAD CENTROCCIDENTAL “LISANDRO ALVARADO”
Decanato de Medicina “Dr. Pablo Acosta Ortiz”

BARQUISIMETO, 2.002

EVALUACION DE PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE ASMA CON ENFOQUE
TRANSPERSONAL DIRIGIDO A LOS PADRES DE NIÑOS DE 3 A 12 AÑOS
CON ASMA QUE ACUDEN AL AMBULATORIO URBANO
TIPO II DE CERRITOS BLANCOS
OCTUBRE 2.000 – JULIO 2.001

Por

Marbella Rodríguez Meléndez

Prof. Heberto Fonseca

Tutor

BARQUISIMETO, 2.002

EVALUACION DE PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE ASMA CON ENFOQUE
TRANSPERSONAL DIRIGIDO A LOS PADRES DE NIÑOS DE 3 A 12 AÑOS
CON ASMA QUE ACUDEN AL AMBULATORIO URBANO
TIPO II DE CERRITOS BLANCOS
OCTUBRE 2.000 – JULIO 2.001

Por

Marbella Rodríguez Meléndez

Trabajo de Grado Aprobado

Prof. Heberto Fonseca
Tutor

Jurado

Jurado

BARQUISIMETO, 2.002

DEDICATORIA

A Jesús, Al Espíritu Santo y a la Virgen
María por acompañarme siempre en el
sendero de mi vida.

A mi familia, especialmente a mi esposo
y mis hijos por su apoyo y confianza.

AGRADECIMIENTO

A los padres y niños con asma que ha sido la inspiración de esta investigación.

Al Dr. Heberto Fonseca por sus orientaciones claves en los lineamientos del estudio.

A mi querida amiga Carmen Cecilia Mendoza por su asesoría acertada.

A mis colegas Paula Manzano y Gloria Mireya Meléndez por su estímulo constante.

A mi coordinadora de la maestría Isabel Madrid por su bondad y comprensión.

A Maribel de Artuza por su paciencia en la elaboración manuscrita.

A todas aquellas personas que estuvieron presentes para estimularme en la prosecución de esta investigación, va mi más sincera gratitud.

CURRÍCULUM VITAE

Marbella Rodríguez Meléndez

Candidato para obtener el grado de Magíster Scientiarum en Educación Mención Ciencias de la Salud con el Trabajo titulado: Evaluación de un programa educativo sobre asma con enfoque transpersonal dirigido a los padres de niños de 3 a 12 años con asma que acuden al Ambulatorio Urbano tipo II de Cerritos Blancos octubre 2000 julio 2001.

Egresado de la Universidad Centroccidental “Lisandro Alvarado” con el Título de Médico Cirujano (1977). Se desempeñó como Médico Rural en el Centro de Salud J.E. Landínez. Aroa, Distrito Bolívar, Estado Yaracuy. Médico Residente del Hospital Central “Placido Rodríguez”, San Felipe. Médico Especialista en Pediatría en la Universidad Centroccidental “Lisandro Alvarado”. Docente de Pregrado en la Asignatura Medicina Integral en el Medio Urbano. Decanato de Medicina de la Universidad Centroccidental “Lisandro Alvarado”.

EVALUACION DE PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE ASMA CON ENFOQUE
TRANSPERSONAL DIRIGIDO A LOS PADRES DE NIÑOS DE 3 A 12 AÑOS
CON ASMA QUE ACUDEN AL AMBULATORIO URBANO
TIPO II DE CERRITOS BLANCOS
OCTUBRE 2.000. – JULIO 2.001

Autor : Marbella Rodríguez Meléndez

Tutor: Heberto Fonseca.

RESUMEN

La presente investigación se inscribe en la modalidad de investigación de campo tipo experimental con diseño cuasi-experimental para determinar la viabilidad de un programa educativo sobre asma con enfoque transpersonal dirigido a los padres de niños de 3 a 12 años con asma, que acuden al ambulatorio urbano tipo II de Cerritos Blancos desde Octubre 2000 hasta Julio 2001, para modificar afirmaciones y creencias negativas hacia el asma, para lo cual se seleccionaron pacientes asmáticos con signos y síntomas durante 3 meses que acudían a la consulta del ambulatorio urbano tipo II de Cerritos Blancos, escogiéndose dos grupos, por criterios opináticos causales, uno control y el otro experimental, con aplicación de pre-test y post-test a los dos grupos y un post-test tres meses después de aplicado el programa, al grupo experimental. El instrumento utilizado constó de 8 preguntas cerradas con varios ítems cada una. A los datos obtenidos se les aplicaron estudios de correlación (ANCOVA) obteniéndose resultados estadísticamente significativos, cuando los sujetos del grupo experimental con grado de severidad de Asma Leve-Persistente, Asma Moderada-Persistente y Asma Severa-Persistente disminuyeron a grado de Asma Leve-Intermitente.

Descriptores: Niño, Asma-Enfoque Transpersonal

INDICE

Capitulo	Página
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
CURRÍCULUM VITAE	vi
RESUMEN	vii
GRAFICOS	x
CUADROS	xi
INTRODUCCIÓN	1
I. PROBLEMA	4
A. Planteamiento del problema.....	4
B. Objetivos.....	9
C. Justificación y utilidad del Estudio.....	10
D. Alcances y Limitaciones.....	11
II. MARCO TEORICO	12
A. Antecedentes.....	12
B. Bases Teóricas.....	18
Sistema de Hipótesis	35
Operacionalización de las variables.....	36
III MARCO METODOLÓGICO	37
A. Tipo de Investigación.....	37
B. Población y Muestra.....	38
C. Técnicas de Recolección de Datos.....	39
D. Validez y confiabilidad del Instrumento.....	40
E. Procedimiento.....	42
F. Análisis e interpretación de Datos.....	43
IV ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS	46

V	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	67
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	68
	ANEXOS.....	74

INDICE DE CUADROS

Número		Página
Cuadro 1	OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	*
Cuadro 2	DESCRIPCIÓN DEL GRADO DE SEVERIDAD DEL ASMA, SEGÚN ESCALA DE GINA, EN NIÑOS DEL GRUPO CONTROL Y EXPERIMENTAL, AMBULATORIO URBANO TIPO II, CERRITOS BLANCOS, BARQUISIMETO 2002	*
Cuadro 3	DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS CONDUCTAS NO OPERATIVAS COGNOSCITIVAS Y SOCIOAFECTIVAS EN LOS PADRES ANTE SUS HIJOS CON ASMA EN LOS GRUPOS CONTROL Y EXPERIMENTAL. AMBULATORIO URBANO TIPO II, CERRITOS BLANCOS, BARQUISIMETO 2002	*
Cuadro 4	DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS CONDUCTAS NO OPERATIVAS COGNOSCITIVAS Y SOCIOAFECTIVAS EN LOS PADRES ANTE SUS HIJOS CON ASMA EN LOS GRUPOS CONTROL Y EXPERIMENTAL. AMBULATORIO URBANO TIPO II, CERRITOS BLANCOS, BARQUISIMETO 2002	*
Cuadro 5	DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS CONDUCTAS NO OPERATIVAS COGNOSCITIVAS Y SOCIOAFECTIVAS EN LOS PADRES ANTE SUS HIJOS CON ASMA EN LOS GRUPOS CONTROL Y EXPERIMENTAL. AMBULATORIO URBANO TIPO II, CERRITOS BLANCOS, BARQUISIMETO 2002	*
Cuadro 6	DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS CONDUCTAS NO OPERATIVAS COGNOSCITIVAS Y SOCIOAFECTIVAS EN LOS PADRES ANTE SUS HIJOS CON ASMA EN LOS GRUPOS CONTROL Y EXPERIMENTAL. AMBULATORIO URBANO TIPO II, CERRITOS BLANCOS, BARQUISIMETO 2002	*
Cuadro 7	DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS CONDUCTAS NO OPERATIVAS COGNOSCITIVAS Y SOCIOAFECTIVAS EN LOS PADRES ANTE SUS HIJOS CON ASMA EN LOS GRUPOS CONTROL Y EXPERIMENTAL. AMBULATORIO URBANO TIPO II, CERRITOS BLANCOS, BARQUISIMETO 2002	*
Cuadro 8	DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS CONDUCTAS NO OPERATIVAS COGNOSCITIVAS Y SOCIOAFECTIVAS EN LOS PADRES ANTE SUS HIJOS CON ASMA EN LOS GRUPOS CONTROL Y EXPERIMENTAL. AMBULATORIO URBANO TIPO II, CERRITOS BLANCOS, BARQUISIMETO 2002	*

INTRODUCCIÓN

En Reunión de Consenso Nacional (1998), se ha reafirmado que el asma es una enfermedad inflamatoria crónica de las vías aéreas caracterizada por la dificultad para la expulsión del aire contenido en los pulmones y que se traduce por disnea, silbidos y tos particularmente por las noches y temprano por la mañana, reversible espontáneamente o con tratamiento. En los individuos susceptible, la inflamación causa un aumento de la hiperreactividad bronquial que constituye una propensión de las vías aéreas a estrecharse en exceso y muy fácilmente, siendo un rasgo importante, pero no único del asma. Esta hiperreactividad conduce a síntomas clínicos de sibilancias y disnea después de la exposición a una variedad de factores desencadenantes como alérgenos del ácaro del polvo doméstico, de animales con pelajes y cucarachas, polen extradomiciliario, hongos extradomiciliarios, actividad física, infecciones, factores emocionales y psicológicos, ciertos alimentos, drogas (anti-inflamatorios no esteroideos como aines, B₂ bloqueantes y otros), cambio de temperatura e irritantes como el humo. Igualmente se refiere en dicha reunión que hasta ahora la investigación indica que la hiperreactividad de las vías aéreas es importante en la patogénesis del asma y que el nivel de hiperreactividad de las vías aéreas usualmente se correlaciona con la severidad clínica del asma y si no se establece un tratamiento y control adecuado, se produce un proceso crónico obstructivo que puede llevar a la muerte.

Para GINA. (Global Initiative for Asthma 1995), el asma es una causa frecuente de pérdida de salud y responsable de un gran número de consultas ambulatorias, emergencias y hospitalizaciones, especialmente en la niñez. Afecta a individuos de todas las edades, pero especialmente a los niños, y en este grupo etáreo la padecen no menos de 4 de cada 100 niños menores de 14 años. Según estudios recopilados en dicho programa (GINA), su prevalencia va en aumento en todos los

países del mundo, en los cuales se cree que existen unas 100 millones de personas que sufren la enfermedad.

Según la Organización Panamericana de la Salud (1999), el aumento de su morbilidad ha sido explicado probablemente por falta de diagnóstico, por tratamientos inadecuados y el insuficiente conocimiento de la enfermedad por parte de la familia del niño, así como, la supervisión inadecuada de los tratamientos prescritos para tratar el asma. Para otros como Fonseca y col. (1989), su alta morbilidad puede ser explicada por el desarrollo creciente de las ciudades y de su población y de los cambios físicos y psico-sociales negativos que estos conllevan. Otros como Luskin (1998), considera un enfoque fragmentado del manejo de la enfermedad, dejando a un lado la antigua noción holística de la comunicación interpersonal médico-paciente.

En Venezuela de acuerdo a reportes epidemiológicos del Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS), el asma fue la segunda causa de motivo de consulta médica, en los últimos años. Esta gran repercusión y alta morbilidad llevó a considerar el asma como problema serio de salud pública, lo cual originó que varias instituciones norteamericanas como: The National Heart, Lung and Blood Institute of Health y, más tarde la Organización Mundial de la Salud (OMS), a convocar un grupo de expertos quienes realizaron el consenso internacional sobre el diagnóstico y tratamiento del asma, publicado por el NHLBI en 1992. Dentro de sus lineamientos se estableció el estudio y evaluación de todos los trabajos de investigación en asma a nivel mundial, dando origen para 1995 al programa GINA (Global Initiative for Asthma), dirigido sobre todo a médicos de atención primaria. En dicho programa se establecen los lineamientos para el diagnóstico y manejo del asma y se especifican cuatro componentes básicos: (1) Diagnóstico correcto de la enfermedad, (2) Control de los factores desencadenantes (ambiente), (3) Terapia Farmacológica y (4) Educación; siendo considerada esta última como “una piedra angular en el manejo del

asma y debería ser impulsada por los encargados de la salud relacionados con esta enfermedad. La educación para un auto cuidado en el asma debiera ser diseñado de acuerdo a las necesidades de cada paciente.

De acuerdo a lo anterior, para lograr un manejo y control del asma, al igual que otras enfermedades crónicas, es necesario un enfoque integral del individuo (bio – psico – social) y no en forma parcelar como se ve en la práctica. Para Montoya (2002), este enfoque puede ir más allá de lo visible, hacia lo transpersonal (espiritual) debido a la tendencia mundial de la actual generación de niños a tener más conflictos emocionales que la anterior; a ser más solitarios y deprimidos, más airados y propensos a preocuparse, más impulsivos y agresivos; y con ellos las personas que los tienen a su cargo, los padres o familiares.

Todo lo expuesto origina la inquietud de esta investigación cuyo objetivo plantea evaluar un programa educativo sobre asma con enfoque transpersonal dirigido a los padres de niños de 3 a 12 años con asma que acuden al Ambulatorio Tipo II de Cerritos blancos Octubre 2.000 Julio 2.001. Su propósito básico es controlar la sintomatología de esta enfermedad y ayudar a los pacientes a llevar una vida productiva y físicamente activa a través de la conformación de un equipo entre el médico (o personal de salud), paciente y familia.

La investigación constará de un primer capítulo donde se describe el planteamiento del problema, objetivos de la investigación, justificación y utilidad del estudio, alcances y limitaciones; en el segundo capítulo se describe el marco teórico expresado en antecedentes de la investigación y bases teóricas y en el tercer capítulo el marco metodológico que hace referencia al tipo de investigación, población, muestra, procedimiento, recolección y análisis de los datos. El IV capítulo para darle explicación a los resultados productos de la aplicación del instrumentos y un V capítulo dedicado a las conclusiones y recomendaciones.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

A. Planteamiento del Problema

Son muchas las acepciones que se le vienen dando al asma que, en sus definiciones, tienen mucho en común al coincidir todos que es una entidad clínica cuyo reconocimiento data de milenios y continua representando, aun hoy, un desafío para la ciencia moderna. De acuerdo a la Reunión de Expertos en Asma y Tuberculosis (1.997), el asma es una enfermedad inflamatoria crónica caracterizada por obstrucción variable de las vías aéreas que se manifiesta por episodios (exacerbaciones) de tos y/o disnea y/o sibilancia, desencadenadas por múltiples estímulos externos. La obstrucción bronquial puede ceder espontáneamente o con tratamiento adecuado.

Hindi (1.984), sostiene que la naturaleza interactiva y multidireccional del modelo de aprendizaje social sobre el asma indica que hay que tratar de modificar los diferentes elementos que caracterizan la expresión de la enfermedad, como son las variables ambientales (que lo afectan a través de los precipitantes o desencadenantes, los cuales son controlables), la herencia, y el medio social del niño conformado por padres, hermanos, otros familiares y la escuela.

Para Fonseca y col. (1989), la frecuencia del asma en las poblaciones universalmente se ha ido incrementando a lo largo de los años, especialmente en las ultimas décadas, quizás debido al desarrollo vertiginoso de las grandes ciudades y los consecuentes cambios físicos, sociales y psicológicos negativos que esto conlleva.

Según Pérez (1991), el asma es una enfermedad en la que el éxito de su tratamiento y por consecuencia, control de la enfermedad, está directamente relacionado con la participación activa y responsable del paciente y su entorno familiar en el cuidado de su salud. Para que esto sea posible debe poseer los conocimientos, actitudes y habilidades necesarias para actuar de manera efectiva en el control de su enfermedad. Para Adams, P.F. (1994), el asma afecta a individuos de todas las edades, especialmente a los niños y es responsable de un gran número de consultas ambulatorias, de emergencia y hospitalizaciones.

Para Acosta (1998), el medio social funciona basándose en un sistema de creencias, necesidades que orientan y afectan su conducta y en este marco de referencia va conformando su personalidad y comportamiento hacia la vida. Esta visión implica que la socio-cultura, además del factor genético y ambiental, entra en el análisis clínico de esta enfermedad.

Como se puede apreciar en esta postura subyace toda una búsqueda de atención integradora al paciente con asma que parte de un proceso de reestructuración cognitiva de falsos conceptos, creencias, hábitos que son parte de su saber habitual y convertirlo en conocimientos racionales, manejo pertinente del asma como enfermedad controlable, no solo al nivel medicamentoso, sino en la atención psicosociocultural, carencia de valores, tabúes, emociones, sentimientos negativos, lo que puede hacer o no un sujeto que sufre de asma, es decir, atacando todos los factores.

Para Latinoamérica en el Internacional Study of Asthma and Allergy in Children (ISAAC), presentado en Caracas (1999) se encontró que un 15.4% de los niños entre 6 y 7 años de Buenos Aires (Argentina) y un 17.4% de Rosario (Argentina) habían presentado sibilancias en el último año del estudio, igualmente en San José (Costa Rica) un 32.1%, en la ciudad de Lima (Perú) un 18%, en Montevideo

(Uruguay) un 18%, en la ciudad de Panamá (Panamá) un 23% , en Sao Paulo (Brasil) un 21.3%, en Curitiba (Brasil) un 22.9% y en Nueva Esparta (Venezuela) un 31.2%.

Para el Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS), el asma en Venezuela fue la segunda causa de consulta médica para 1998 con un promedio de 600 mil consultas al año. En Lara se encontró una prevalencia acumulada de 19.5% en la población general, con predominio en aquella de 0 a 18 años y, dentro de esta, en los varones. Se observó una incidencia del más del doble de lo que era en la década de los setenta, según estudio realizado por Fonseca y col. (1989). Para el 2.001 el asma, en Lara, se situó como la segunda causa de consulta con una tasa de 3.590,9 por cada 100.000 habitantes y respecto a los Municipios, Jiménez fue el más afectado con una tasa de 7.790,4, seguido del Municipio Simón Planas con 6.824,9 y en tercer lugar el Municipio Iribarren con 3.678,0. El asma ocupa el primer lugar en la morbilidad de las enfermedades respiratorias encontrándose que para el 2001 se registraron 5.7765 casos de asma, de acuerdo al Departamento de Epidemiología del MSDS. Respecto a las parroquias del Municipio Iribarren encontramos que para el período 1997-2002, la Parroquia Catedral ocupó el primer lugar con 17.501 casos de asma, para una tasa de 16.837,3 por cada 100 mil habitantes, y la parroquia Juan de Villegas, con 13.665 para una tasa de 4.256,3, según Sistema de Vigilancia Epidemiológica Lara (Sivel 1997-2002)

De acuerdo a los anuarios epidemiológicos del Ambulatorio del Oeste (1995-1999), el asma se ubicó, en el Ambulatorio Urbano Tipo II de Cerritos Blancos (perteneciente a la Parroquia Juan de Villegas) entre las primeras causas de motivo de consulta con 5,14%, 6,97%, 6,6%, 6,74%, y 5,82% para los años 1995, 1996, 1997, 1998 y 1999 respectivamente.

En Reunión de Consenso Nacional (1998) se subrayó el impacto socioeconómico que produce esta patología tanto al estado como a las personas, a

quienes los conduce al ausentismo laboral y escolar e incapacitación, igualmente su repercusión a nivel psicosomático, con minusvalía, baja autoestima y sufrimiento humano. En dicha reunión se dan recomendaciones como: promover la autoestima a través de reforzamientos de las conductas positivas del paciente, información exacta oportuna y actual sobre la enfermedad y su naturaleza para reducir la ansiedad, evitar limitaciones en la actividad física, dado que la realización de deportes sin restricciones genera seguridad en sí mismo, y por último trabajar con la familia ante la sospecha, por parte del médico, de disfunción familiar o cuadro depresivo en las madres.

La Asociación contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias en Asma (1997) realizó un análisis a nivel de consulta de atención primaria encontrando niveles socioeconómicos bajos, gran hacinamiento, analfabetismo, poca percepción de la enfermedad en los padres y en los mismo pacientes y a la vez se detectó subregistros de la enfermedad y no seguimiento del tratamiento impartido a los pacientes y los padres manifiestan necesidad de conocimientos sobre el asma.

Reducir la prevalencia, morbilidad y mortalidad del asma son los propósitos del programa GINA (1995), a través de reportes científicos sobre manejo y prevención del asma. Es necesario destacar los objetivos propuestos por dicho programa los cuales se cumplen en 6 partes a saber: Educar a los pacientes para desarrollar una interrelación en el manejo del asma, determinar y monitorear la severidad del asma con medidas objetivas de la función pulmonar, evitar y controlar los precipitantes del asma, establecer planes de medicación para el manejo crónico, establecer planes para manejar las exacerbaciones y proporcionar cuidado regular continuado. Pero Luskin (1998), señala que la educación sobre asma como tal, no produce los resultados esperados si el equipo de salud no desarrolla destrezas de comunicación que estimulen los comportamientos que los pacientes necesitan.

A pesar de los grandes avances en el diagnóstico y medidas terapéuticas muy efectivas durante las exacerbaciones y las íntercrisis, que generan altos costos al paciente, se ha trabajado poco en Venezuela y en especial en la región Centroccidental, con respecto a la prevención de esta enfermedad, cosa que se considera más económica y de mayor cobertura, pero se necesitaría gran organización comunitaria y del personal de salud, de acuerdo a Fonseca y col. (1997).

Considerando todo lo expuesto, existen indicios sociales y ambientales muy relacionados con la intensidad de las exacerbaciones del asma, lo cual lleva a establecer algunas interrogantes que permitan generar respuestas a la situación del enfermo de asma como son: ¿Cuál es lo cognitivo-afectivo que dirige las conductas asumidas por el niño con asma y sus padres?, ¿Cuánto es el grado de severidad del asma en los niños? y ¿De qué manera se puede controlar?.

Desde estas interrogantes se considera pertinente manejar el asma con un enfoque holístico, es decir, educar a los sujetos comprometidos desde los aspectos que en él subyacen, a través de la puesta en práctica de un programa educativo sobre asma con enfoque transpersonal, cuyo propósito es evaluar su pertinencia o no en el contexto estudiado, a partir de los cambios y transformaciones que se den en el enfermo asmático y en las concepciones y percepciones que sobre el padecimiento tienen los padres.

Para tal fin, se escogieron pacientes de la consulta de asma llevada en el Ambulatorio Urbano Tipo II de Cerritos Blancos, quienes estaban recibiendo su tratamiento farmacológico durante 3 a 6 meses antes y cuyos signos y síntomas de asma persistían, con exacerbaciones frecuentes y con una clínica de asma ubicada dentro de la clasificación persistente dada por el programa GINA y en cuyos padres e hijos se detectaron factores Psicoemocionales y Psicosociales acompañantes de la enfermedad tales como: sobreprotección, manipulación, miedos, ansiedad, estrés en

los padres por condiciones económicas precarias, problemas en otros miembros de la familia, conflictos familiares, sentimientos de culpa por sucesos ocurridos anteriormente y creencias negativas hacia el asma. De acuerdo a lo anterior expuesto se propuso evaluar un programa educativo sobre asma con enfoque transpersonal dirigido a los padres de niños de 3 a 12 años con asma que acudían al ambulatorio urbano tipo II de Cerritos Blancos.

B. Objetivos

1. General:

Evaluar un programa educativo sobre asma con enfoque transpersonal para modificar el grado de severidad del asma en los niños con edades comprendidas entre 3 y 12 años que asisten a las consultas del Ambulatorio Urbano tipo II de Cerritos Blancos.

2. Específicos:

1. Determinar el grado de severidad del asma a partir de un diagnóstico clínico y según la escala de GINA realizada a los niños del grupo experimental y control que asisten a la consulta en el ambulatorio tipo II de Cerritos Blancos.
2. Determinar el nivel de aparición de conductas no operativas cognitivas y socio afectivas en los padres ante su hijo con asma.
3. Aplicar un programa educativo sobre asma con enfoque transpersonal a los padres y niños del grupo experimental.
4. Evaluar la efectividad de la aplicación del programa educativo sobre asma con enfoque transpersonal dirigido a los padres y niños con asma que acuden al Ambulatorio Urbano tipo II de Cerritos Blancos.

C. Justificación

Considerando que el asma constituye un problema de salud pública y representa una causa de alta morbilidad reflejada en las estadísticas y dado que es un padecimiento multifactorial cuyo manejo debe ser integral, se hace necesario el diseño de un programa educativo cuya aplicación genere resultados que sienten las bases para la formulación de futuros lineamientos generales al proveer un instrumento útil y al alcance de la población en el ámbito de atención primaria de salud, donde se involucre el trabajador de la salud, la familia y el propio paciente.

Su importancia estriba en la aplicación de estrategias dirigidas a la modificación de conductas no operativas y falsas creencias sobre el asma que inciden sobre la aparición de exacerbaciones asmáticas y sobre el grado de severidad de la misma y cuya efectividad pueda resultar en un modelo piloto para fortalecer las políticas de salud.

Del mismo modo el programa puede ser (previa revisión y actualización) aplicado en diferentes contextos sociales, previo estudio clínico del niño con sintomatología asmática. Es de hacer notar que el presente estudio entra en la visión de la complementariedad de los hechos, lo que implica en términos de Cerda (1995), hacer unidad en la diversidad.

D. Alcances y limitaciones

El propósito fundamental de este estudio estuvo basado en la Evaluación de un Programa Educativo sobre Asma con Enfoque Transpersonal dirigido a los padres de niños de 3 a 12 años con asma que acudían al Ambulatorio Urbano Tipo II de Cerritos Blancos, lo que implicó, en el ámbito empírico, establecer un análisis clínico del asma antes de aplicar el programa, inmediatamente después de aplicado el

programa y tres meses después de aplicado el programa, con el fin de valorar su efectividad en la sintomatología del asma. A nivel del discurso temático se explica el asma, sus signos, sintomatología y la experiencia del desarrollo humano transpersonal. Geográficamente la investigación se ubicó en la Comunidad de Cerritos Blancos donde se encuentra el Ambulatorio Urbano Tipo II.

En el ámbito de las limitantes estuvo la realización de la espirometría o flujo pico, como medida de la función pulmonar, las cuales son muy importantes para profundizar en el estudio del asma, debido a las dificultades para su ejecución en estos centros primarios de salud, con inasistencia o incumplimiento a su realización por parte de los pacientes o familiares. Sin embargo, el estudio clínico y seguimiento previo de los pacientes con asma antes del estudio estuvieron dentro de la clasificación de asma persistente según GINA, fundamento de este estudio.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

Antecedentes

En las últimas décadas ha ocurrido un gran avance en los conocimientos científicos de la medicina con gran acierto en las terapias farmacológicas para el niño con asma, especialmente durante las exacerbaciones de la enfermedad y la intercrisis. Sin embargo es a partir de 1977, según Mc. Nabb y col. en 1985, citado en Suárez (1996), que comienzan a desarrollarse programas educativos en asma denominados de auto control en los Estados Unidos y Canadá a través de investigaciones financiadas por diversas instituciones. En estos programas se consideran los siguientes aspectos:

- Anatomía y aspectos fisiológicos de una crisis de asma.
- Reconocer síntomas y signos de asma.
- Administración correcta de los medicamentos prescritos y manejo de los efectos secundarios
- Permanecer calmado y evitar entrar en pánico. (Psicológica)
- Reconocer y responder apropiadamente a los síntomas que requieren cuidados
- De emergencia. Situación de emergencia.
- Evitar precipitantes conocidos.
- Normalizar las actividades físicas y sociales del niño de acuerdo a su edad.
- Comunicación efectiva con el médico tratante.

Estos mismos autores, realizaron un trabajo de investigación a través de un proceso sistemático de análisis conductual detallado de un diseño instructivo, una prueba piloto, una evaluación formativa y una revisión e identificación de habilidades críticas para el auto manejo del asma, desarrollan el contenido y las estrategias de instrucción para ayudar a los niños a adquirir los conocimientos, las actitudes y las motivaciones necesarias para

practicar las habilidades de automanejo en su vida diaria y cuyos resultados fueron satisfactorios.

Hindi y col. (1984), realizaron un trabajo dirigido a la comunidad, siendo desarrollado en seis sesiones de dos horas cada una a niños entre 6 y 14 años y sus padres con grupo control y experimental. En el programa se agrega la participación en actividades como natación, calistenia y tratamiento de relajación. Se discute sobre la modificación de conducta y el automanejo.

Pérez (1991), realiza un programa basado en técnicas cognitivas conductuales sobre el automanejo del asma; para ello elaboró un manual educativo y charlas sobre manejo médico y psicológico para padres y para niños. Se utilizó un diseño compuesto por un grupo experimental y un grupo control, los sujetos fueron asignados al azar y balanceado en cuanto a edad, sexo, severidad, puntaje, entrevista de padres, entrevista del niño, locus de control, escala de la conducta asmática, índice de automanejo y autoestima. Se tomaron medidas de pre-test y post-test y se hizo seguimiento durante tres meses para el grupo experimental. Los resultados reflejaron un incremento significativo en conocimientos y habilidades de automanejo tanto en niños como en padres. En las variables habilidades de automanejo de los padres y los índices de morbilidad de los niños se observó un incremento hacia la dirección deseada. Concluyendo que es recomendable la aplicación de programas educativos en el cuidado integral de los niños asmáticos.

Esta investigación sirve de base para que Wilson, Passanoct en 1985, citado por Suárez (1996), realice otro programa de 4 sesiones de grupos pequeños, de una semana a niños y otras 4 sesiones paralelas con los padres. En este programa la educación del paciente y de los padres estuvo dirigida por el coordinador de la investigación, y el niño estuvo al cuidado del médico. Otros como Shuttari (1995), desarrolla un programa educativo sobre asma en servicios médicos escolares, logrando reducir el número de crisis de asma en los alumnos.

Lal, A. y col. (1995), dan a conocer, luego de su programa de educación, la desinformación que sobre la enfermedad tienen los familiares del paciente asmático. Reportan que el 34% de los padres, piensan que el asma es contagiosa y un 48% cuestiona su posible origen, considerando que el asma dura toda la vida y que los alimentos son factores precipitantes del asma. A raíz de la inquietud de docentes que experimentaron situaciones de emergencia con niños asmáticos y diabéticos, Bowen (1996), realiza un programa de educación dirigido a estos docentes para intervenir en el manejo de las patologías señaladas en una forma adecuada y oportuna.

Con respecto a los conocimientos sobre la enfermedad es interesante una investigación en el Asthma Insights and Reality in Europe 1999 (tomado por Internet) realizado a través de un muestreo telefónico en varios países como Reino Unido, Francia, Alemania Holanda, Italia, Suecia, España, dirigido a adultos y a padres de niños con asma menores de 16 años encontrándose que en la pregunta sobre la causa de asma, la alergia obtuvo un alto porcentaje seguida de la respuesta “no sabe”. Respecto al objetivo del tratamiento dirigido a los asmáticos su respuesta fue “sólo para tratar síntomas” y no la causa. El tratamiento, según el nivel de gravedad del asma, estaba dirigido a la medicación de rescate y se encontró por último un altísimo porcentaje que respondió tener necesidad de una mejor educación del asma.

Evaluación de programas de automanejo del asma

Muchos investigadores se han dedicado a evaluar aspectos de los programas educativos que se han aplicado. Así tenemos que, según Pérez (1991), evaluar programas educativos es difícil en la práctica, especialmente en el asma, por ser una enfermedad impredecible y que requiere de complejos tratamientos médicos, la recolección de la muestra es difícil por la naturaleza intermitente de la enfermedad que obstaculiza recolectar pacientes, por ser muestra heterogéneas, considerando casi imposible recoger una muestra homogénea. Están de acuerdo que la metodología más indicada es el diseño provisto de un grupo control y aleatorización, y que los instrumentos deben ser diseñados de acuerdo a la población a estudiar. En general consideran que son efectivos si las estrategias utilizadas no

se ciñen simplemente a dar información, sino que sean capaces de proveer las habilidades y destrezas necesarias para la toma de decisiones y los cambios de conducta a través de una comunicación abierta y estrecha entre el equipo de salud (médico o enfermera) el paciente y la familia. Al respecto, la misma autora considera que los programas educativos: Aumentan los conocimientos y actitudes sobre la enfermedad en los niños y los padres, producen manejo de las habilidades para controlar la enfermedad de una forma responsable, disminuyen el número de visitas a la emergencia y su hospitalización, mejoran el autoestima y la autoeficiencia sobre el manejo de la enfermedad, mejoran la asistencia escolar y mejoran la calidad de vida del paciente y su familia.

En un análisis exhaustivo de la bibliografía de auto ayuda, el Dr. Shad Helmstetter, citado por Isaacs y col. (1991), identificó tres debilidades básicas en los libros y las técnicas que ellos describen: 1- Las soluciones presentadas no son permanentes; 2- Los autores no comprenden los procesos fisiológicos del cerebro humano de acuerdo con lo que conocemos de las funciones mente-cerebro y 3- Los métodos recomendados no desarrollan la capacidad de programar la mente subconsciente, o sea el centro de atención del cerebro y afirma que la única herramienta que posee estos tres atributos es el diálogo interior positivo con uno mismo.

Luskin Allan (1.998), considera que en la proliferación de los programas educativos falta el ingrediente principal que es la relación médico – paciente, por lo que muchos programas de educación no han dado los resultados esperados y la mortalidad y morbilidad por asma se mantienen elevados. Considera que el automanejo es clave para controlar esta afección si se enfocan los aspectos psicológicos y de comportamiento y se desarrollan las destrezas relacionales que estimulen el comportamiento que los pacientes necesitan por parte del médico y demás miembros del equipo de salud, quienes deben modelar e iniciar el diálogo, exhibir destrezas para escuchar, empatía, comunicación honesta y voluntad para negociar estrategias de tratamiento.

En Venezuela son pocos los trabajos en programas de educación sobre asma de tipo automanejo, sin embargo contamos con el trabajo de Pérez (1991), ya reseñado. Otro

trabajo realizado en la Isla de Coche por Castés y col. (1999), evalúa el impacto de un programa de intervención psico-social (PSI) en la evolución inmunológica y clínica de un grupo de niños asmáticos. Se estudió un total de 35 niños asmáticos de los cuales 19 pacientes pertenecían al grupo con PSI y 16 pacientes en el grupo control. Ambos recibieron tratamiento antiasmático convencional. El grupo de PSI recibió un programa de intervención psico-social durante 6 meses que incluía relajación e imaginación guiada y talleres de auto - estima. Durante el período de PSI el número de episodios asmáticos y el uso de medicación con broncodilatador se redujo y la función pulmonar mejoró significativamente comparado a los 6 meses antes de la intervención, también se observó una reducción significativa en los valores de IgE específicas contra el parásito intestinal, *Áscaris Lumbricoides*, muy frecuente en estos niños. La PSI producía un aumento significativo de células NK y una expresión aumentada del receptor de célula para IL-2 y una disminución significativa de leucocitos con receptores de afinidad bajos para IgE similar a lo observado en niños no asmáticos, de la Isla de Coche. Ninguno de estos cambios inmunológicos se visualizaron en el grupo de niños asmáticos que no recibió PSI. Estos resultados son compatibles con la posibilidad que la PSI induce alteraciones en la respuesta clínica – inmunológica como fue observado en el grupo estudiado.

En nuestra región no se han evaluado programas de educación en asma con las características señaladas anteriormente, sin embargo, en un estudio de Fonseca y col. (1987), sobre prevalencia del asma en Barquisimeto y su evolución con relación a factores físicos y sociales presentes en la ciudad, se encontró una prevalencia acumulada de 19,5% en la población general, con predominio en aquellas de 0 a 18 de edad y, dentro de esta en los varones. Se observó una incidencia del asma de más del doble de lo que era en la década de los setenta, y el mismo estudio refleja a Barquisimeto como una ciudad muy vulnerable a los contaminantes provenientes de la quema de las plantaciones de caña cercanas, el tráfico automotor creciente, la alta concentración de población, los efectos de la actividad industrial, las condiciones meteorológicas inestables y el estrés, como un modo particular de vida de un alto porcentaje de la población.

Estos hallazgos despiertan la inquietud del servicio de Neumonología del Hospital "Dr. Luis Gómez López", coordinado por el Dr. Heberto Fonseca, quien en conjunto con el departamento de Educación Médica del Decanato de Medicina "Dr. Pablo Acosta Ortiz" de la Universidad Centro Occidental "Lisandro Alvarado" (UCLA), estimula la realización de trabajos de investigación en asma. Es así como en el Ambulatorio tipo de III de la Carucieña, Suárez (1996), realiza un estudio de tipo experimental dirigido a los niños de 6 meses a 12 años y a sus padres con técnicas de auto manejo reportando disminución de las crisis de asma, el número de hospitalizaciones e incremento en las técnicas de relajación, respiración y masajes para bebés.

A la vez, Cárdenas y col. (1996), realizaron un trabajo de Educación en el paciente con Asma y Rinitis, cuyos resultados permitieron concluir, que a través del curso educativo, el nivel de conocimiento de los asistentes se incrementó en un 86,03%. Igualmente Crespo (1998), realizó un programa educativo dirigido a los niños asmáticos y sus padres el cual no ha evaluado aún, sin embargo, de acuerdo a informes personales, los resultados han sido positivos. A raíz de este último trabajo, se comienza a impartir programas de educación en asma dirigido a los trabajadores de la salud y a integrantes de la comunidad, a través del departamento de Educación Médica del Decanato de Medicina de la UCLA.

Es así, como en los actuales momentos, se están realizando programas de educación sobre asma dirigido a los niños y a sus padres, en varios ambulatorios de la ciudad, entre otros el Ambulatorio Urbano Tipo III de Cabudare, Ambulatorio Urbano Tipo III de la Carucieña, Ambulatorio Urbano Tipo II "José Agustín Zubillaga" y Ambulatorio Urbano Tipo II de la Paz.

B. Bases Teóricas

Las bases teóricas que a continuación se presentan están centradas en el análisis del asma desde una perspectiva de la suma de las partes para llegar al todo y de visionar el todo en las partes, siendo el aspecto socio-emocional uno de los aspectos menos considerado al

querer estudiar el porqué de las enfermedades y donde el funcionamiento emocional juega un papel determinante.

Desde esta perspectiva se parte del enfoque holístico que manifiesta que el mundo en que hoy vivimos se caracteriza por ser interdependiente en el ámbito global físico, biológico, psicológico, social, ambiental; siendo todos recíprocamente interdependientes. Para entender la salud conjugada sintágmicamente con todos estos procesos es necesario transformar el modo de pensar, de percibir y de valorar en el individuo. Para ello necesariamente hay que asumir un proceso de desaprendizaje lo que en palabras de Derrida (1996), se conoce como desconstrucción, es decir tratar de reformar los pensamientos y edificarlos sobre otros cimientos.

Ello indica ubicar al hombre en un sentido y en un tiempo determinado. Por lo que, es pertinente estudiar, buscar salidas a la enfermedad que constituye el asma; no se trata simplemente de sumar y agrupar disciplinas, sino que se busca la interdisciplinariedad que según Padrón (1998), implica respetar la interacción entre los objetos de estudio de las diferentes disciplinas logrando la integración de sus aportes respectivos en un todo coherente y lógico.

Desde esta perspectiva para estudiar el asma, se parte de los diferentes aspectos a saber:

Genéticos: En Reunión de Consenso Nacional (1998), en el aspecto genético se representan datos que soportan la presencia de un racimo de genes en diferentes cromosomas, como candidatos potenciales de la susceptibilidad al asma. Se ha descubierto que la IgE elevada y la hiperactividad bronquial son características heredadas en hermanos de familias con unos de los padres con asma. La predisposición genética de síntomas respiratorios se manifiesta de manera diferente según el sexo de los pacientes. En esta misma reunión sugieren que algunos estudios demuestran que en los varones las vías aéreas son más pequeñas y de mayor tono que en las hembras; por tal motivo, las enfermedades respiratorias asociadas con sibilancias se duplican en el sexo masculino. En el

mismo refieren que una vez que el asma se ha desarrollado no existe cura para la misma y se observa una tendencia significativa hacia la mejoría de los síntomas desde la infancia hasta la edad adulta. En 60% de los pacientes con asma leves en la infancia, el asma desaparecerá en la edad adulta, mientras que aquellos con asma crónica menos del 20% se volverán asintomático en la edad adulta.

Fisiológicos: Según Hindi (1984) el asma es una enfermedad de tipo fisiológica en cuyas manifestaciones pueden influir factores psico-sociales como problemas familiares y adaptación del niño y su familia al manejo de la enfermedad y al estrés que esto conlleva. Una consecuencia de este enfoque fisiológico del asma ha sido que las intervenciones psicológicas no tienden ahora a mejorar un supuesto conflicto intra psíquico o una disfunción familiar. Como puede apreciarse, el asma tiene un componente psico-social cultural que la determina

Clínicos: Según GINA (1995), el asma es una enfermedad respiratoria considerada como una afección inflamatoria crónica de las vías aéreas, las cuales responden de manera exagerada (exacerbación) cuando son expuestas a diversos estímulos o factores desencadenantes de obstrucción reversible de la vía aéreas por bronco construcción, tapones mucosos e incremento de la inflamación de tipo recurrente. Clínicamente se manifiesta por tos, respiración silbante sensación de pecho apretado y respiración dificultosa. Los ataques de asma pueden poner en riesgo la vida.

Fisiopatológicos: La enfermedad resulta de la interacción compleja de muchas células (mastocitos, basófilos, eosinófilos, linfocitos, neutrófilos) y sus mediadores con otras células y tejidos propios de las vías aéreas.

Causales: Dentro de estas encontramos una serie de precipitantes y desencadenantes tales como:

- Alergenos intradomiciliarios: El ácaro del polvo doméstico, restos de cucarachas, hongos y mohos, polen de ciertas plantas, las esporas de los hongos que aumentan durante épocas de lluvias o frías.
- Exposición del humo del cigarrillo es el mayor irritante de las vías aéreas.
- Dieta: Las dietas bajas en antioxidantes y ácidos grasos omega 3, ricas en sal y ácidos grasos omega 6, incrementan la probabilidad de sufrir asma.
- Contaminación ambiental: Dentro del domicilio, el uso de sustancias que desprenden olores fuertes o penetrantes, aromas, fragancias, gases, vapores y humos que contaminan el ambiente, pelos de animales domésticos.
- Infecciones respiratorias: Especialmente las infecciones virales, precipitan las exacerbaciones del asma, e infecciones bacterianas como tosferina.
- Aditivos: El amarillo N° 5 y metasulfitos utilizados como colorantes y preservativos de alimentos.
- Drogas: Los Betabloqueantes, AINES y otros.
- Factores climáticos: Como la humedad y el frío, cambios bruscos de temperatura.
- Ejercicios: Cierta tipo de actividades físicas precipita la crisis, correr a campo traviesa, ciclismo, etc. El ejercicio en la gran mayoría de los asmáticos, aún estando asintomáticos, y especialmente en los niños, desencadena broncoconstricción de variable intensidad que en el paciente asintomático puede pasar desapercibida. Al respecto, Fonseca (1.997), refiere que el mecanismo responsable de la broncoconstricción durante el ejercicio, se presume es debido al enfriamiento de la vía aérea, al ceder la mucosa, calor y humedad al flujo de aire que se desplaza en volúmenes aumentados a lo largo de la vía aérea especialmente si se respira por la boca. En la fase inicial del ejercicio hay broncodilatación, al cesar el ejercicio comienza la broncoconstricción que alcanza pico, entre los 6 y 10 minutos. Su diagnóstico se comprueba a través de espirometría determinada antes y 6 minutos después de ejercitar al paciente.
- Factores Psicológicos: De acuerdo a la Reunión de Consenso Nacional (1998), la influencia de diversos factores emocionales en la aparición de episodios de broncoespasmo está bien demostrada; sin embargo no se ha podido sustentar la

caracterización de una “personalidad asmática”, ni de un conjunto de características conductuales que hagan al sujeto proclive al asma. Con respecto a este punto, en dicha reunión, se encontró que existen factores desencadenantes de crisis de asma que constituyen un peor pronóstico, tales como:

- Madre depresiva: la madre cuya condición emocional encaje en este grupo suele ser la peor intérprete de los síntomas y generalmente suele manejar las situaciones de manera inconsciente o culpabilizar al hijo.
- El estrés: la ansiedad del paciente es una desencadenante conocida en un subgrupo de asmáticos.
- La familia no bien estructurada, disfuncionante, es un pobre apoyo para el niño asmático. El aporte de la familia influye en la morbilidad del asma a través de las conductas de manejo.
- La sobreprotección brindada en cualquier condición crónica afecta, en mayor o menor grado, en los siguientes aspectos:
 - Seguridad en sí mismo.
 - Control de sus impulsos.
 - Bloqueo del proceso normal de maduración emocional.

Por ultimo recalcan que el niño, hasta después de la edad escolar, no está capacitado para medir su bienestar; por lo tanto no debe ser responsable de sus síntomas y de su propio tratamiento, por ser una conducta de muy alto riesgo y es indispensable que en los niños menores de 10 años haya una persona adulta responsable por el manejo, identificación de síntomas o tratamiento. El médico debe insistir en el punto de que no debe haber más de un adulto responsable. Es muy importante citar que la existencia de múltiples guardianes es considerado universalmente como un factor de riesgo para mayor morbilidad.

Clasificación:

En cuanto a esto, G.I.N.A. (1995), clasifica el asma de acuerdo a parámetros clínicos de severidad para lograr el seguimiento del tratamiento utilizando un enfoque

escalonado. El número de la frecuencia en el uso de las medicaciones aumenta (pasos ascendentes) a medida que la necesidad de terapia para el asma es mayor, y disminuye (pasos descendentes) cuando la necesidad de terapia es menor.

Estos parámetros clínicos son:

Asma Leve- Intermitente	<ul style="list-style-type: none"> - Exacerbaciones menores a una vez por semana de pocas horas a pocos días de duración. - Síntomas nocturnos menores a dos veces por mes - Asintomático entre los periodos de exacerbaciones - Medicación sola durante las crisis.
Asma Leve-Persistente	<ul style="list-style-type: none"> - Síntomas y signos mayores a 1 vez por semana, pero menores a 1 vez por día - Exacerbaciones que pueden afectar la actividad física y el sueño. - Síntomas nocturnos de asma mayores a 2 veces por mes. - Uso de medicamentos inhaladores (B₂) durante las exacerbaciones.
Asma Moderada-Persistente	<ul style="list-style-type: none"> - Síntomas y signos diarios. - Exacerbaciones que afectan la actividad física y el sueño. - Síntomas nocturnos de asma mayores a 1 vez por semana. - Uso diario de medicamentos inhaladores (B₂)
Asma Severa-Persistente	<ul style="list-style-type: none"> - Síntomas continuos - Exacerbaciones frecuentes - Síntomas nocturnos frecuentes - Actividad física limitada - Medicación diaria a altas dosis

Fuente: GINA

La presencia de uno de estos factores de severidad es suficiente para ubicar a un paciente en esta categoría.

Esta clasificación permite evaluaciones periódicas de la terapia establecida para determinar si los objetivos en su aplicación se cumplen. Dichos objetivos son: Prevenir síntomas crónicos y molestos, mantener cerca de “lo normal” la función pulmonar, mantener niveles normales de actividad (incluyendo ejercicios y otras actividades físicas), prevenir las exacerbaciones recurrentes del asma y minimizar la necesidad de visitas al médico, promover una farmacoterapia óptima con mínimos efectos colaterales o ninguno, alcanzar las expectativas del paciente y sus familiares en relación con un cuidado satisfactorio del asma

Diagnostico:

Se realiza primordialmente por signos y síntomas de asma reseñados en la escala de GINA. Igualmente es importante la realización de estudios de la función pulmonar (Espirometría) que mide la capacidad funcional pulmonar.

Tratamiento del Asma

En el manual de G.I.N.A. (1995), se establece un enfoque global en la terapia del asma y está conformado por 4 componentes.

Diagnóstico de acuerdo a los parámetros clínicos de severidad.

Control ambiental a través de la identificación de los desencadenantes: A este respecto Godoy (2.002), refiere que la mayor parte del polvo casero esta constituido por excrementos de ácaros, cucarachas y otros insectos muertos. Al estar suspendidos en el aire es fácil el contacto con la nariz; los bronquios los ojos y piel. Por lo tanto debemos eliminar el polvo con un coeto o paño húmedo. También se puede emplear aspiradora con filtros de alta eficiencia, especialmente diseñados para retener dentro de la máquina partículas microscópicas. Las aspiradoras corrientes eliminan el polvo grueso y dejan escapar el más fino y más dañino. La persona alérgica debe emplear una mascarilla al realizar la limpieza o estar ausente durante la misma. Debe evitarse quitar el polvo con plumero, sacudir los tapetes, las cobijas y las alfombras. Todo esto hace flotar en el aire las partículas más pequeñas de polvo hasta por 48 horas. También debe evitar usar detergentes fuertes, pinturas y aerosoles que irritan la nariz, los bronquios y la piel.

Se recomienda forrar con un material impermeable (plástico, vinilo o dacrón) el colchón y las almohadas, así previenen que se esparzan los ácaros y se reproduzcan. Tener en el dormitorio la menor cantidad posible de muebles y objetos que acumulan polvo y por consiguiente partículas de ácaros. Colocar los

juguetes, libros, herramientas, utensilios de cocina y otros objetos dentro de cajas o muebles con puertas que cierren herméticamente.

Guardar las cobijas en el escaparate cuando no las estén usando. Lavar las sábanas y fundas de almohadas dos o más veces a la semana con agua caliente para matar los ácaros. No usar ventilador porque remueve el polvo. Debe eliminarse alfombras, cortinas pesadas, persianas, tapetes. En el dormitorio eliminar edredones, peluches, muñecos de tela, libros, revistas, cuadros y afiches.

Para evitar las esporas de hongos se recomienda mantener bien ventilada e iluminada la habitación durante el día. Guardar en bolsas plásticas selladas las prendas las prendas que no se usen con frecuencia. Dejar los zapatos fuera de la habitación. No guardar prendas húmedas en los escaparates. Asolear la ropa por varias horas. Si lo tolera usar bolitas de naftalina en las gavetas (previenen la reproducción de los hongos) Si es posible colocar deshumidificadores eléctricos (tubos térmicos) o químicos dentro de los escaparates. Si el ambiente de la casa o trabajo es muy húmedo puede usar durante el día equipos eléctricos de deshumidificación del ambiente. Eliminar todas las filtraciones de techos, paredes y baños.

Para eliminar las cucarachas usar polvos especiales. Emplear cestas de basura que tapen herméticamente y no dejar restos de comida fuera de él. Mantener tapados los desagües cuando no lo esté utilizando pues a través de ellos llegan las cucarachas y además es donde se reproducen.

Las mascotas no se deben permitir dentro de las habitaciones. Deben mantenerse con pelo corto y bien afeitados. Bañarlos al menos una vez por semana. Si se ha demostrado alergia específica a las mascotas caseras se sugiera trasladarlos a otro lugar o sustituirlas por otras especies (por ejemplo reemplazar perros y gatos por tortugas o peces)

Respecto al cigarrillo, no fumar, ni permanecer en lugares donde fumen. El humo irrita las vías aéreas y empeora la rinitis y el asma. Si está embarazada, no fumar porque los hijos de madres fumadoras tienen riesgo de desarrollar el asma.

Cuando hay alergia al polen de las plantas se recomienda no colocar plantas en los dormitorios. En el auto llevar los vidrios cerrados y usar el aire acondicionado. Al llegar al hogar tomar un baño y cambiarse de ropa para reducir el número de esporas adheridas durante el día.

En cuanto a los alimentos, no ingerir alimentos que hayan demostrado producirle alergia. Revisar siempre el contenido de los alimentos envasados. Evitar colorantes. Se recomienda la lactancia materna en las primeras etapas de la vida del niño. Si presenta asma u otras alergias no emplear perfumes, cremas o lociones fuertes. Evitar la exposición al humo, la contaminación ambiental y a los cambios bruscos de temperatura. Emplear ropa de algodón que no destiña.

3. Farmacológico

- A corto plazo: Broncodilatadores (B_2 agonistas) inhalados
- A largo plazo: antiinflamatorios Esteroides (inhalados)

En el manejo de las exacerbaciones (crisis de asma) actualmente se utiliza con mejores resultados los B_2 agonistas de acción corta, tales como el Salbutamol que actúa sobre el músculo liso bronquial produciendo broncodilatación; su administración es preferible por vía inhalatoria de tipo aerosol a dosis medida ajustado a espaciador (asma cámara)

- ### 4. Educación: al paciente y al grupo familiar (padres) buscando la integración entre el médico o cualquier integrante del equipo de salud, el paciente y la familia a través de una comunicación abierta.

Al respecto Castes (1999), considera importante influenciar la formación de un estilo de vida dirigido a potenciar la salud, con la potenciación de los recursos internos que le permitan a las personas un afrontamiento adecuado de las fuentes de estrés, tales como el diseño de comportamientos comunitarios fundados en la solidaridad y el intercambio afectivo dirigido al logro de mejores condiciones ambientales, que rescate su poder para influir en el proceso transformador de realidades como núcleos del proceso de expresión de la salud.

Como se puede apreciar en todos los aspectos tratados, el sujeto y su entorno son causales fundamentales de la permanencia y profundización del asma, lo que indica que es necesario trabajar a la persona bajo un enfoque holístico, que según Driver (1998) implica trabajar, reconstruir las ciencias, normas y principios que están más allá de lo conciente, lo racional para llevarlo a una transformación que implica cambios sustanciales en la manera u forma de construir su mundo social, más equilibrado

En palabras de Platón, según Goleman (1996), esto significa cuidado, inteligencia para conducir la vida, equilibrio, sabiduría; Aristóteles lo define como la emoción adecuada. En tal sentido el bienestar emocional en gran medida depende de mantener bajo control las emociones perturbadoras (emociones que crecen con demasiada intensidad o durante demasiado tiempo socavan la estabilidad) y los falsos conceptos. En este sentido Marengo (1999), analizando a Wolpe, expresa que es necesario dar respuesta asertivas claras y francas al paciente para que corrija concepciones erróneas

Marval (1999), habla de la ruptura con un hábito cognitivo, situación que se resuelve rompiendo las creencias, los pensamientos automáticos, pictóricos y fantásticos. Al respecto Colina, citado por Marval (1999), describe cuatro tipos de pensamientos o cognición: 1- Los automáticos que se van adquiriendo de generación en generación, son secuenciales y varían de acuerdo a las circunstancias, 2- Lo pictórico, que se manifiesta como magnificación del hecho ante representaciones que se pueden visualizar, 3- Las fantasías, donde hay una franca manifestación de miedos, sensaciones de pérdida y de angustia y 4- Distorsiones cognitivas, que según Beck, citado por la misma autora, son interferencias arbitrarias, que sacan conclusiones sin evidencias, abstracción selectiva, que

sólo hablan de la experiencia negativa de la situación y generalización ante situaciones similares donde la persona considera que le va a suceder lo mismo

Actualmente el desarrollo de la neurociencia y aportes sobre el conocimiento del cerebro, han introducido nuevas estrategias científicas para el abordaje del individuo tanto interno como externo y sus relaciones con el ambiente. Es así como Mc. Lean, citado por Sambrano (1998), nos habla del carácter triuno del cerebro observado en la evolución de las especies donde los reptiles (el primer escalón) tienen un cerebro básico o sistema reptil (SR), es el cerebro de actuar o no actuar. Los mamíferos poseen otra estructura superpuesta a la estructura básica que constituye el cerebro medio o sistema límbico (SL), es complejo, formado por innumerables subestructuras encargadas de regular el funcionamiento metabólico y respuestas emocionales, y la neocorteza que constituye el cerebro de la luz y esta conformado por dos hemisferios unidos por el cuerpo caloso, es el cerebro del ser humano y algunos animales muy evolucionados (como el delfín)

Este conocimiento sobre el cerebro ha sido motivo de desarrollo en un primer momento de teorías que han contribuido a acelerar el proceso del aprendizaje, dentro de las cuales se encuentra la inteligencia emocional desarrolladas por Goleman (1996) las inteligencias múltiples de Gardner, citado por Sambrano (1998), el súper aprendizaje desarrollado por el Dr. Georgi Lozanov, también citado por el mismo autor, quien descubrió la relación entre respiración y memoria; relajación y aprendizaje fluido, lo que determinó el surgimiento de numerosas ideas sobre la manera de acelerar la capacidad de aprendizaje.

Según Sambrano (1998), muchos países se han dedicado a estudiar y ampliar el estudio de Lozanov. Para 1970 surge en Estados Unidos, la programación Neurolingüística (PNL) que plantea un modelo para que la persona aprenda a generar recursos internos logrando penetrar en el cerebro activándolo, por medio del lenguaje verbal, gestual y corporal. Trabaja con la producción de conductas auto regenerativas y positivas, permite conectar ambos hemisferios, especialmente a través de las metáforas para persuadir a la parte mágica e intuitiva del cerebro (SL) que no piensa, sino que siente y vibra con el sonido de una música agradable; aquella parte que no es intelectual y que muestra un sistema

educativo ignorado. La P.N.L. consiste en una serie de estrategias que le permiten al individuo encontrar vías para solucionar problemas.

Dilts, citado por Castes (1999), ha considerado modelos de PNL aplicables a la salud, creencias y sistemas de creencias. A lo largo de años utilizando estos modelos descubrió que algunas personas mantienen creencias que niegan de algún modo el cambio deseado. Sin embargo son por eso necesaria las afirmaciones positivas contrapuestas a las creencias negativas que deben ser previamente identificadas. Los niños se hallan en una intensa relación dinámica con sus padres en el curso de la cual internalizan algunas de sus creencias y puntos de comportamiento y las asumen como propias. Cuando estas afirmaciones positivas se acompañan de visualizaciones y relajación los resultados son extraordinarios.

La PNL se basa en la utilización de las potencialidades creativas del hombre a través de una serie de estrategias que han sido consideradas y descritas por Lozanov, entre éstas tenemos:

- La relajación que produce un estado de conciencia y del cuerpo capaz de eliminar tensiones corporales y mentales, lográndose un flujo de pensamiento tranquilo y una mayor concentración y actitud positiva.
- La respiración que debe ser rítmica para que haya circulación y salida de aire, preferiblemente abdominal y profunda para que el aire llegue a las partes más bajas del pulmón y lograr así una mejor oxigenación cerebral.
- La música, la cual determina más avidez para aprender y para memorizar, alivia el estrés (especialmente de tipo Barroca por considerarla amplificadora del aprendizaje y relajante) ayuda en la concentración y visualización interior.
- El torbellino de ideas que produce alto nivel de creatividad, facilita la participación del grupo, se aceptan todas las ideas y no debe haber críticas para ninguna de las sugerencias.

- El modelaje que se utiliza a través de la dramatización para buscar modificar conductas o actitudes.

La comprensión de esta relación cerebro, mente y cuerpo y, el desarrollo de todas las estrategias antes descritas, han dado lugar a su aplicación en enfermedades, especialmente crónicas, con el surgimiento de la psiconeuroinmunología.

Para Castes (1999), el descubrimiento de la psiconeuroinmunología constituye uno de los ejemplos más recientes de las evidencias científicas que ponen de manifiesto que la enfermedad no es “un sentido”, un accidente fortuito que irrumpe en la vida de la persona, sino que implica la participación del ser humano social como totalidad compleja en su proceso de salud o de enfermedad y plantea nuevamente la participación individual y colectiva para la autodeterminación de la vida y la salud, vista como un hecho con un profundo significado existencial.

Castes y su equipo médico que labora con talleres de psiconeuroinmunología basan sus trabajos en seis aspectos prioritarios para recuperar la salud:

- Rescatar el proyecto personal de vida.
- Promover el humor, la risa y las actividades de diversión como una manera de liberar endorfinas y recuperar la energía vital.
- Realizar ejercicios para reencontrarnos con el cuerpo, y la respiración.
- Enfatizar las relaciones sociales, sobre todo aquellas que estimulan el amor, como mecanismos de apoyo social.
- Reconocer en la nutrición una vía para incorporarnos a la vida o a la muerte.
- Utilizar las potencialidades creativas del hombre como expresión de salud, especialmente el pensamiento creativo con ayuda de técnicas de relajación, visualización, pensamiento positivo, el dibujo como técnica proyectiva, revisión de creencias y miedos, meditación, todo ello como la expresión de sabiduría interior que nos relacione con nuestra individualidad

La estrecha conexión de mente y cuerpo determina la aparición de las dolencias y enfermedades que aquejan a las personas, y aunque durante milenios esta consideración formaba parte del sentido común, la ciencia ha logrado comprobarlo y con ello ha desarrollado mecanismos para lograr que la mente se haga cargo de su propia curación. Para apoyar este proceso los investigadores han creado una rama de la medicina que ha recibido el nombre de “Psiconeuroinmunología”. Según Castes (1999), esta disciplina tiene como principio la interacción de la psique (la mente), el sistema nervioso, el inmunológico y el endocrino, todas estas encargadas de mantener el equilibrio del cuerpo humano. Añade que “teóricamente, todas las enfermedades son psicosomáticas, ya que los factores emocionales influyen en todos los procesos del cuerpo. Sabemos es un elemento importante en muchas enfermedades como el asma, el herpes simple, la tuberculosis, las alergias y el cáncer”.

Al respecto sostiene que los sentimientos negativos inducen al hipotálamo a segregar una hormona que se llama corticotropina que viaja hasta la hipófisis activando esta la producción de cortisol, que a su vez desactiva la acción inmune de los glóbulos blancos que son los encargados de eliminar los elementos causante de daño al cuerpo.

Cuando la persona asume que su estado anímico y sus pensamientos están influyendo de manera predominante en su salud, puede utilizar técnicas desarrolladas por la psiconeuroinmunología para salir de la enfermedad. Esto implica llevar el conocimiento adecuado del asma desde el punto de vista biológico, genético y ambiental, determinando además las falsas creencias, sentimientos negativos, las emociones y sentimientos perturbadores sobre el asma y aplicando estrategias para que sean aprendidas por el enfermo y los padres. Todos estos enfoques desarrollados para aumentar las capacidades de los individuos, a través de una serie de estrategias llevan implícitos el enfoque holístico o súper aprendizaje transpersonal.

El Aprendizaje Transpersonal

Para Sambrano (1999) el súper aprendizaje transpersonal, va más allá de lo personal hasta llegar a lo estipulado. Muchas de las estrategias, enumeradas han sido

utilizadas por las culturas antiguas orientales para mejorar la salud: respiración, relajación, música psiconeuroinmunología, P.N.L., el pensamiento positivo (todas las teorías destacan la importancia en el logro de cambios permanentes visibles y hasta medibles) El pensamiento positivo produce cambios fisiológicos en el ámbito de los neurotransmisores y de las hormonas. Otras como la sofrología, que estudia la mente humana en armonía, ayuda, a la conservación del equilibrio psicosomático, ayuda en el tratamiento y propicia una curación más rápida, neutraliza hábitos perjudiciales y aumentan la confianza en sí mismo.

Al respecto Isaacs (1991), refiere que Sperry ha descubierto que los hemisferios derecho e izquierdo del cerebro tienen distintas funciones. El hemisferio izquierdo, que es responsable del pensamiento lógico, racional y lineal, se convierte en dominante cuando se llega a la edad adulta. En los primeros años de la infancia, sin embargo, el hemisferio derecho del cual surge la creatividad, la intuición, el humor y la imaginación, se usa tanto como el hemisferio izquierdo. Dialogar positivamente con uno mismo, función del cerebro izquierdo, se amplifica al conectarse con la visualización, función del cerebro derecho. La infancia es un momento ideal para enseñar esta técnica pues la capacidad de visualización del hemisferio derecho es más activa durante esta etapa de desarrollo. Helmstetter (referido por Susan Isaac), se refiere al diálogo positivo con uno mismo como la fuerza más poderosa que tienen los seres humanos para autotransformarse.

La misma autora subraya que los científicos creen que este tipo de diálogo brinda un programa en el cual la mente subconsciente responde. Nuestras mentes trabajan en cierta forma como computadoras. El cerebro como el “hardware” y lo que se dice el “software”. Aunque rara vez consciente de esto, hasta las advertencias más casuales que se hacen pueden generar una fuerte impresión en nuestras mentes, según la fuerza que conlleven: Al respecto, han descubierto que el cerebro no puede distinguir entre una experiencia real y una imaginaria. Cuando se habla, se generan señales en el cerebro (en especial, si ese hablar se acompaña de imágenes visuales), y el cuerpo responde produciendo elementos químicos que afectan los sentimientos y la conducta.

Continúa refiriendo que enseñar a los niños este enfoque positivo puede revertir con una velocidad asombrosa hasta los conflictos más agudos que antes hubieran llevado meses o años de terapia. Es importante que esto pueda ser enseñado a padres, maestros y otros adultos interesados en niños. Hablar con uno mismo de un modo positivo ha demostrado ser muy útil para ayudar a niños con problemas de auto control, agresividad, miedos y fobias; esta técnica puede enseñar a expandir la capacidad de aprender, mejorar las actividades sociales y la conducta, desarrollar la capacidad atlética, relajarse y a programarse a tener buena salud.

Desde esta perspectiva la aplicación de un programa educativo sobre asma con enfoque transpersonal puede cambiar el conocimiento vulgar que tiene el sujeto sobre el asma, el cual ha sido construido a partir de sus vivencias históricas sociales, con una familia y comunidad que lo determine en sus principios, valores y creencias. Tomando en consideración todo lo anterior, la autora considera la necesidad del diseño y aplicación de un programa educativo sobre asma con enfoque transpersonal para disminuir el grado de severidad del asma, estableciendo hipótesis de trabajo.

Sistema de Hipótesis y Variables

De acuerdo a Hernández (1999), hipótesis son explicaciones tentativas del fenómeno investigado, formulados a manera de proposiciones. A objeto de esta investigación se formularon las siguientes hipótesis:

Ho: El programa en Asma con enfoque transpersonal no produjo efectos significativos en la variabilidad del asma y las conductas no operativas de los padres ante su hijo con asma.

H1: El programa en Asma con enfoque transpersonal produjo efectos significativos en la disminución de los síntomas y signos del asma y en las conductas no operativas de los padres ante su hijo con asma.

Según Sabino (2.000), podemos definir variables como "cualquier característica o cualidad de la realidad que es susceptible de asumir diferentes valores, es decir que puede variar". En este sentido la operacionalización de las variables puntualiza la manera de cómo se estimarán las variables del estudio, lo que implica según Méndez (1.995), desglosar la variable en indicadores por medio de un proceso de deducción lógica y los cuales pueden medirse o investigarse por ítems o preguntas que se incluyen en los instrumentos que se diseñan (Cuadro 1)

C u a d r o 1

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ÍTEMS
SEVERIDAD EN LOS PARÁMETROS CLINICOS DEL ASMA	NÚMERO DE VECES EN QUE SE PRESENTA UN FENÓMENO EN UN TIEMPO DETERMINADO		SÍNTOMAS DEL ASMA SEGÚN ESCALA DE GINA	1 1.1 1.2 1.3
				1.4 2 2.1 2.2
				3 3.1 3.2 3.3
				3.4 4 4.1 4.2

		VULGAR SOCIO CULTURAL	CONCEPCIÓN O PERCEPCIÓN FISICO SOCIO-EMOCIONAL DEL NIÑO	1.1	1.2	1.3	1.4
				1.5	1.6	1.7	1.8
				1.9	1.10	1.11	
				1.12	1.13	1.14	
			SITUACIÓN SOCIO-AFECTIVA COMO CONSECUENCIA DE LAS CRISIS DE ASMA DEL NIÑO	2.1	2.2	2.3	2.4
				2.5	2.6	2.7	2.8
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL ASMA	DOMINIO Y APLICACIÓN DE TODOS LOS ASPECTOS CONCERNIENTES A UN FENÓMENO O TEMA EN PARTICULAR	CONOCIMIENTO TÉCNICO	SITUACIÓN SOCIO-AMBIENTAL QUE GENERAN EL ASMA.	3.1	3.2	3.3	3.4
				3.5	3.6	3.7	3.8
				3.9	3.10	3.11	
				3.12			
			USO DE MEDICAMENTOS	4.1	4.2	4.3	
			BÚSQUEDA DE MEDICINA CURATIVA	5.1	5.2	5.3	5.4
				5.5	5.6	5.7	5.8
				5.9	5.10	5.11	
			MANEJO INFORMATIVO DEL ASMA	6.1	6.2	6.3	6.4
				6.5	6.6	6.7	6.8
				6.9	6.10	6.11	
				6.12	6.13	6.14	
				6.15	6.16		

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

A. Tipo de Investigación

La presente investigación se inscribe en la modalidad de una Investigación de Campo definida en el Normativo para la Elaboración y Presentación de los Trabajos de Grado de Maestrías y Tesis Doctorales de la Universidad Pedagógica Experimental Libertador (1990), entendida como “... el análisis sistemático de problemas en la realidad, con el propósito bien sea de describirlos, interpretarlos, entender su naturaleza y factores constituyentes, explicar sus causas y efectos...” ya que presenta un diseño en el cual se analizará la relación causa y efecto entre una variable independiente (unifactorial) dimensionada en dos tratamientos y una variable dependiente (conducta final), teniendo como marco grupos de contraste tomados aleatoriamente.

Además, dado que se fundamenta en el estudio del presente y al establecer relaciones causa-efecto entre una variable dependiente y una independiente manipulada, controlando algunas variables extrañas o concomitantes, la misma presentará un carácter de naturaleza experimental con un diseño cuasi-experimental, Kerlinger (1981)

Ahora bien, según Barrera (1998) y Hernández (1999), esta investigación se enmarca también como una investigación confirmatoria de verificación empírica, por cuanto su propósito es el de verificar hipótesis referidas a relaciones entre variables, derivadas de explicaciones o teorías, dado que el interés es apoyar o rechazar las hipótesis de investigación planteadas.

B. Población y Muestra

Población

Para esta investigación, la población fue de 40 niños con sus respectivos representantes. Para su escogencia como muestra se utilizarán criterios opináticos causales,

según Gómez (s/f) “implica escoger la muestra de acuerdo a una circunstancia o convencionalidad. Sólo son aplicables cuando la población es homogénea” (situación que tiene relación con los niños con asma atendidos en el Ambulatorio Urbano de Tipo II de Cerritos Blancos) .

Muestra

Para efecto de este estudio se escogieron los siguientes criterios muestra por criterios opináticos causales, siendo uno de los principales criterios que los padres aceptaran visitas al hogar sin aviso previo y se comprometieran a la asistencia del taller sin fallar a ninguna sesión, lo cual llevó a:

- Escoger niños asmáticos que visitaran o eran atendidos usualmente en el Ambulatorio Urbano Tipo II de Cerritos Blancos durante el mes de Octubre 2000, cuyos padres se comprometieran a participar en la investigación.
- Estaban incluidos dentro de la clasificación de severidad del asma (Leve - Persistente , Moderada -Persistente y Severa-persistente).

De acuerdo a los criterios anteriormente descritos quedó una muestra de 14 niños, que se organizó en dos (02) grupos, Control y Experimental repartiéndolos equitativamente.

Grupo Experimental 7

Grupo Control 7

Para establecer la pertenencia de los sujetos a los grupos se procedió a trabajar con el diseño muestral aleatorio simple, que según Gómez (o.p) “Consiste en escoger cada elemento de la muestra mediante sorteos o cualquier otro argumento al azar”. Para este estudio se utilizó la técnica del sorteo escogiéndose los primeros 7 para el grupo experimental y los 7 últimos para el grupo control.

Las unidades de muestreo estuvieron constituidas por los 14 niños ya mencionadas. Para la selección de la muestra se utilizó el listado de niños tratados en el centro asistencial de Salud antes mencionados, el cual reposa en los archivos de la Dirección del Ambulatorio. El tipo de muestreo que se utilizó fue el probabilístico, ya que como la población era finita, fácilmente se podía determinar la probabilidad de extracción de cualquiera de los 7 sujetos, a objeto de conformar la respectiva muestra. Las unidades de observación y respondientes estuvieron conformadas por los padres de los niños antes descritos que se constituirían en el grupo control y el grupo experimental.

Las unidades de análisis estuvieron constituidas por las puntuaciones obtenidas en los grupos de contraste al aplicárseles el pret-test y el post-test a los padres para medir tanto la conducta de entrada como la conducta final.

Los estimadores que se utilizaron, eran establecidos en función del modelo estadístico de análisis correspondiente a un diseño unifactorial con covariantes. Entre los descriptores básicos se encuentran las medias aritméticas y las varianzas muestrales de y entre los grupos.

C. Técnica de Recolección de Datos

Para recoger la información se utilizó la técnica de la entrevista y la observación, que según Cerda (1991), busca la objetividad con la organización sistemática y cuantificación de los datos y usa escalas como medida y punto de referencia para la observación. Para efecto de este estudio la observación directa se trabajó al hacerle un examen clínico al paciente donde se analiza, conjuntamente con los padres, la situación del cuadro asmático.

Para llevar a cabo este proceso se diseñó una guía de observación o instrumento (ver anexo) compuesta por tres partes: una primera parte con datos de identificación general, una segunda parte que permite clasificar el grado de severidad del asma por síntomas, según escala de GINA, y una tercera parte dividida en seis preguntas que permiten conocer: a. La percepción físico socioemocional de los padres de niños, b.

Situación socio-afectiva y socioeconómica presentadas en el hogar ante una exacerbación asmática, c. Situaciones que generan la exacerbación asmática, d. Frecuencia en uso de medicamentos ante una exacerbación asmática, e. Conductas de los padres ante una exacerbación asmática y f. Creencias de los padres hacia el asma. La escala o criterio de medición utilizado, para construir las unidades de análisis (puntuaciones), fue la frecuencial.

Siempre (5)

Casi siempre (4)

Algunas veces (3)

Casi nunca (2)

Nunca (1)

D. Validez y confiabilidad del Instrumento.

Validez

El establecimiento de la fidelidad, representatividad o adecuación muestral del contenido del instrumento de observación es para Kerlinger (1981), la validez de contenido, en cuanto a que los ítemes representen fielmente el dominio o universo de contenido de las variables en estudio, se realizó en dos fases: validación interna o autovalidación y validez externa o juicio de especialistas.

- Para la validación interna, el investigador construyó una matriz de estructura lógica o tabla de especificaciones; por medio de la cual se elaboró una muestra de reactivos o ítemes que representan el dominio de las variables implícitas en los objetivos.
- Estructurado el instrumento, este se sometió al análisis y ponderación de especialistas o expertos en el área de estudio a fin de que establecer la adecuación de los reactivos con relación al contenido o universo de las variables. El análisis y ponderación se realizó en función de indicadores tales como: exhaustividad de los ítemes con relación a las variables en estudio, coherencia o concordancia entre el dominio de la variable y el ítem, incompatibilidad del ítem con el dominio de la variable la claridad de los ítemes

(ambigüedad, equívocos, doble negación, redacción, etc.), tendenciosidad de los ítems en cuanto a manipular o guiar la respuesta de la unidad respondiente (Ruiz, 1998).

En tal sentido, para el establecimiento de la validez externa se seguirán los siguientes pasos:

- a. Se seleccionaron 3 especialistas en el área, los cuales trabajan o han trabajado con el Programa en cuestión.
- b. Se elaboró un instrumento de validación a fin de que los especialistas analizaran y ponderaran los ítems en función de los indicadores antes descritos (ver anexo)
- c. A los mismos se les entregó por escrito del propósito y objetivos de la investigación, definición conceptual y operacional de las variables, de la matriz de estructura lógica.
- d. Analizados y ponderados los ítems por parte de los especialistas, se rediseñó el instrumento con base a los siguientes criterios: coincidencia favorable en un 100 %, sobre el ítem, se incluyó en el instrumento; coincidencia desfavorable en un 100 %, sobre el ítem, se eliminó; coincidencia parcial se reformularon sobre la base de las sugerencias; inclusión de nuevos ítems sobre la base de la sugerencia de los especialistas y reestructuración de la secuencia lógica del instrumento según indicaciones.
- e. Por último, los instrumentos rediseñados, nuevamente fueron validados por los especialistas antes de su aplicación.

Confiabilidad

El establecimiento de la confiabilidad de un instrumento se sustenta en el criterio de su utilidad en cuanto a que su exactitud mida lo que pretende medir y por ello debe ser estable y predictivo. Ruiz (1998)

La confiabilidad de consistencia interna, básicamente permite determinar el grado en que los ítems de un test están correlacionados entre sí. Si la correlación es positiva y, como mínimo moderada, el instrumento es homogéneo y tendrá elevada consistencia

interna ya que si permite saber el desempeño de una persona en un ítem, permitirá predecir como lo hará en los demás.

E. Procedimientos.

Los procedimientos utilizados para orientar la investigación fueron:

- Se tomaron pacientes que tenían atención en la consulta de asma con tratamiento a base de broncodilatadores B₂ agonistas durante tres meses y en los cuales se observaba, según hoja clínica, manifestaciones de problemas socio-emocionales y culturales en el cuadro familiar.
- Se escogieron solo los que presentaban síntomas y signos de asma leve persistente y más allá.
- Una vez escogidos, se realizó una entrevista con los padres para buscar su aprobación en la participación en el estudio.
- Luego se procedió a generar un análisis clínico de las crisis de asma y de la condición socio-afectiva familiar, antes de aplicar el programa educativo sobre asma, aplicando el instrumento (anexo A) anteriormente explicado (Pre-test) al grupo control y experimental.
- Una vez realizado el estudio preliminar se procedió a la aplicación del programa educativo sobre asma.
- Se continuó evaluando clínicamente a los dos grupos semanal. Se trabajaron seis sesiones de cuatro horas semanales valorando su internalización, en medio de evaluaciones al final de cada sesión.
- Pasada las seis sesiones se procedió a estudiar a los dos grupos (Post-test)
- Culminado los tres meses se realizó visita al hogar de cada niño para aplicar el segundo post-test (Grupo Experimental)

Después de estos tres momentos aplicativos (antes, inmediatamente y tres meses después) se procedió a comparar por el método Ancova.

Análisis e Interpretación de Datos

Para la obtención de los resultados, una vez aplicado el instrumento, se siguieron los siguientes criterios: -Para la clasificación del grado de severidad del asma se siguió la escala de GINA, de acuerdo a los síntomas presentados por los pacientes durante los tres meses previos del estudio, -Se consideró que se estaba frente a una determinada situación físico socioemocional cuando esta se reportó como siempre y casi siempre, de igual manera se interpretaron las situaciones socio afectivas y económicas en el hogar y las situaciones en el hogar que generaban exacerbación asmática, -Respecto a la frecuencia en la utilización de medicamentos ante la exacerbación de asma, se utilizó la escala con cinco categorías que va desde siempre hasta nunca, -Las conductas ante las exacerbaciones de asma de los niños y las creencias sobre el origen de la misma se consideraron presentes si respondió siempre, casi siempre y a veces.

Los resultados obtenidos con la aplicación del instrumento fueron procesados en sábanas estadísticas y analizados los datos en función a la estadística descriptiva, elaborando cuadros de doble entrada donde se indican los resultados en forma frecuencial y porcentual, así mismo para establecer la comparación se trabajó con análisis a partir del ANCOVA, presentándose sólo los resultados de las pruebas t de Student.

Según Ato y López (1995), conceptualmente el ANCOVA es una técnica analítica que puede resumirse como la combinación de un análisis de regresión tomando la variable extraña como predictor y la variable dependiente como criterio, obteniendo a continuación las puntuaciones residuales de la función de regresión y la aplicación de un análisis de varianza ordinario (ANOVA) sobre tales puntuaciones residuales (que se convierte así en una variable dependiente ajustada)

CAPITULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

El presente capítulo contiene el análisis de los resultados obtenidos en la aplicación de un programa denominado: Evaluación de Programas Educativos sobre Asma con Enfoque Transpersonal Dirigidos a los Padres de Niños de 3 a 12 Años con Asma, que acuden al Ambulatorio Urbano tipo II de Cerritos Blancos, Octubre 2000 – Julio 2001; para lo cual se trabajarán dos objetivos fundamentales: disminuir los grados de severidad del asma por medio del tratamiento médico y, por otro lado, extinguir los factores socioculturales y emocionales presente en los padres que interfieren en la severidad del cuadro asmático, situación que queda claramente definidas en los siguientes cuadros, donde se hacen los análisis estadísticos comparativos.

Cuadro N° 2

DESCRIPCIÓN DEL GRADO DE SEVERIDAD DEL ASMA, SEGÚN ESCALA DE GINA, EN NIÑOS DEL GRUPO CONTROL Y EXPERIMENTAL, AMBULATORIO URBANO TIPO II, CERRITOS BLANCOS, BARQUISIMETO 2002

GRADO DE SEVERIDAD DEL ASMA	Grupos									
	Control				Experimental					
	Pretest		Posttest		Pretest		Posttest		Posttest (3 meses desp)	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Asma Leve Intermitente (ALI)							3	42,86	7	100
Asma Leve Persistente (ALP)	1	14,29	1	14,29	1	14,29	4	57,14		
Asma Moderada Persistente (AMP)	4	57,14	4	57,14	4	57,14				
Asma Severa Persistente (ASP)	2	28,57	2	28,57	2	28,57				
		n=7		n=7		n=7		n=7		n=7

Como se puede apreciar en el cuadro N° 2, la distribución de los individuos con grados de severidad de asma en el pretest, se encontró que existía igual número de sujetos con asma leve persistente (7,14 y 7,14), moderada persistente (28,56 y 28,56) y asma

severa persistente (14,28 y 14,28). Una vez aplicado el programa (Educación sobre asma con enfoque transpersonal), se observó el cambio, por la disminución del grado de severidad del asma en los niños del grupo experimental (postest), ubicándose el 57,14% en ALP y el 42,86% en ALI, estos resultados, al contrastarse con los reportados en el postest del grupo control (14,28 ALP; 42,86 AMP y 42,86 ASP) permiten afirmar que aún cuando hubo variaciones porcentuales, las situaciones del grado de severidad se mantuvieron presente en los mismos niveles del pretest. Al realizar la prueba t de Student, y contrastar la retención de las conductas adquiridas en el tiempo se encontró una media para el postest de 2,17 contra 1,65 del postest 3 meses después, lo que significa que el tratamiento mantiene su efecto a mediano plazo, dado que los sujetos pasaron del nivel de Asma Leve-Persistente al de Asma Leve-Intermitente.

Cuadro N° 3

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS CONDUCTAS NO OPERATIVAS COGNOSCITIVAS Y SOCIOAFECTIVAS EN LOS PADRES ANTE SUS HIJOS CON ASMA EN LOS GRUPOS CONTROL Y EXPERIMENTAL. AMBULATORIO URBANO TIPO II, CERRITOS BLANCOS, BARQUISIMETO 2002

PERCEPCIÓN FÍSICO-SOCIOEMOCIONAL DE LOS PADRES HACIA SUS HIJOS	Grupos									
	Control					Experimental				
	Pretest		Posttest		Pretest		Posttest		Posttest (3 meses después)	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Enfermo	3	42,85	1	14,28	4	57,14	1	14,28		
Ligeramente Enfermo	4	57,14	5	71,42	2	28,57				
Muy Enfermo			2	28,57	1	14,28				
Rabioso	4	57,14	6	85,71	3	42,85			1	14,28
Agresivo	3	42,85	6	85,71	3	42,85			2	28,57
Llora con Facilidad	5	71,42	6	85,71	3	42,85	1	14,28		
Intranquilo	5	71,42	6	85,71	3	42,85	1	14,28	4	57,14
Manipulados	3	42,85	5	71,42	3	42,85	1	14,28		
Miedoso	5	71,42	5	71,42	5	71,42	1	14,28	1	14,28
Poco Comunicativo			1	14,28					1	14,28
Poco Amistoso							1	14,28		
No Comparte	1	14,28	2	28,57						
No se quiere a sí Mismo	1	14,28	2	28,57	2	28,57				
		n=7		n=7		n=7		n=7		n=7

Los porcentajes reportados en el cuadro N° 3 demuestran el efecto logrado con el programa en el grupo experimental, es necesario resaltar que aún cuando la percepción físico socioemocional de los padres hacia sus hijos en ambos grupos del pretest osciló en

porcentajes cercanos al 50%, en cuanto a los conceptos (enfermo, rabioso, agresivo, manipulados, llora con facilidad, miedoso, entre otros), en el posttest se observa la ausencia o extinción de varios de los conceptos percibidos por los padres hacia sus hijos después del programa como llora con facilidad y otros disminuyen como enfermo(14,28), manipulador 14,28) y miedoso (14,28), en contraste con los obtenidos en el pretest del grupo control donde los porcentajes, en la mayoría de los conceptos aumentó. Después de aplicada la prueba t de Student y contrastar la retención de las conductas adquiridas en el tiempo de tres meses más tarde se encontró una media de 1.78 en el post-test contra una media de 2.00 tres meses más tarde, esto significa que el tratamiento mantiene un efecto a mediano plazo manteniendo las conductas adquiridas durante el tratamiento, es decir los padres dejan de tratar a sus hijos como un enfermo, con conductas de intranquilidad, manipuladora y miedosas. En la gráfica siguiente se visualiza objetivamente lo analizado anteriormente.

Cuadro N° 4

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS CONDUCTAS NO OPERATIVAS COGNOSCITIVAS Y SOCIOAFECTIVAS EN LOS PADRES ANTE SUS HIJOS CON ASMA EN LOS GRUPOS CONTROL Y EXPERIMENTAL. AMBULATORIO URBANO TIPO II, CERRITOS BLANCOS, BARQUISIMETO 2002

SITUACIONES SOCIOAFECTIVAS Y ECONÓMICAS QUE PRODUCEN LAS EXACERBACIONES ASMÁTICAS EN EL HOGAR	Grupos									
	Control					Experimental				
	Pretest		Posttest		Pretest		Posttest		Posttest (3 meses después)	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Rechazo del Padre	1	14,28			1	14,28	1	14,28		
Sobreprotección	6	85,71	7	100	6	85,71	2	28,57		
Conflictos o Peleas Familiares					1	14,28				
Desajuste Económico	2	28,57	4	57,14	5	71,42				
Ausentismo Laboral en los Padres			2	28,57	1	14,28				
Ausentismo del Niño a la Escuela	6	85,71	4	57,14	2	28,57	1	14,28		
	n=7		n=7		n=7		n=7		n=7	

La situación socioafectiva y económica en el hogar que producen las exacerbaciones de asma reportados en el cuadro N° 4, porcentualmente en ambos grupos del pretest, reportaron cifras similares en los aspectos de: rechazo del padre (14,28) y sobreprotección (85,71); la situación económica del grupo experimental mostró cifras más elevadas (71,42) en el grupo experimental, asimismo el ausentismo de los niños a la escuela (85,71) en el grupo control. Sin embargo luego de administrado el programa en el grupo experimental se evidencia una disminución significativa en la sobreprotección (28,57%), ausencia de desajustes económicos producto de exacerbaciones de asma en sus hijos. Una vez aplicada la prueba t de student y contrastar la retención de las conductas adquiridas en el tiempo de tres meses más tarde se una media de 1.73 en el post-test contra

1.37 tres meses más tarde, esto significa que el tratamiento mantiene un efecto a mediano plazo permaneciendo las conductas adquiridas durante el tratamiento.

Cuadro N° 5

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS CONDUCTAS NO OPERATIVAS COGNOSCITIVAS Y SOCIOAFECTIVAS EN LOS PADRES ANTE SU HIJO CON ASMA EN LOS GRUPOS CONTROL Y EXPERIMENTAL. AMBULATORIO URBANO TIPO II, CERRITOS BLANCOS, BARQUISIMETO 2002

SITUACIONES EN EL HOGAR QUE GENERAN EXACERBACIÓN ASMÁTICA	Grupos									
	Control					Experimental				
	Pretest		Posttest		Pretest		Posttest		Posttest (3 meses después)	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Barrer con Cepillo	7	100	7	100	7	100	5	71,42	5	71,42
Uso de Detergentes	7	100	7	100	7	100	6	85,71	1	14,28
Quema de Basura	1	14,28	5	71,42	5	71,42	3	42,85		
Fumar Cigarrillos			1	14,28	1	14,28				
Uso de Insecticidas u Otros Tóxicos	3	42,85	6	85,71	6	85,71	1	14,28		
Mantener Animales dentro del Hogar	3	42,85	3	42,85	3	42,85	1	14,28	1	14,28
Presencia de Cucaracha	5	71,42	6	85,71	6	14,28	1	14,28	1	14,28
Uso de Ventiladores	4	57,14	5	71,42	5	71,42	2	28,57		
Habitaciones Poco Ventiladas	3	42,85	5	71,42	5	71,42	3	42,85	1	14,28
Alimentos Enlatados o Colorantes	5	71,42	4	57,14	4	57,14	1	14,28	3	42,85
Uso de Colchones Viejos y Húmedos	3	42,85	6	85,7	6	85,7	2	28,85	4	57,14
	n=7		n=7		n=7		n=7		n=7	

En el cuadro N° 5 se observa que la conducta asumida por los padres en ambos grupos para el pretest porcentualmente se asemejan con algunas diferencias en el caso del grupo experimental donde se observa que el 71,42% queman basura, usan insecticidas o tóxicos (85,71%). Al observar los resultados del grupo experimental en el posttest los porcentajes para todas las conductas disminuyeron como uso del detergente (14,28), presencia de cucarachas (14,28) y en el caso de quemar basura desapareció. Al contrastar la retención de las conductas adquiridas en el tiempo de tres meses más tarde se

encontró una media de 2.86 en el post-test contra 2.36 tres meses más tarde, esto significa que el tratamiento mantiene un efecto a mediano plazo permaneciendo las conductas adquiridas durante el tratamiento, es decir se cumple las normas de no utilizar excesivamente sustancia químicas de limpieza como detergentes, alimentos enlatados, uso de colorantes.

Cuadro N° 6

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS CONDUCTAS NO OPERATIVAS COGNOSCITIVAS Y SOCIOAFECTIVAS EN LOS PADRES ANTE SU HIJO CON ASMA EN LOS GRUPOS CONTROL Y EXPERIMENTAL. AMBULATORIO URBANO TIPO II, CERRITOS BLANCOS, BARQUISIMETO 2002

USO DE MEDICAMENTOS DURANTE LA EXACERBACIÓN DE ASMA	Grupos									
	Control					Experimental				
	Pretest		Posttest		Pretest		Posttest		Posttest (3 meses después)	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Medicamentos Inhalados	7	100	6	85,71	6	87,71	3	42,85		
Jarabes en Farmacia	6	85,71	5	71,42	6	85,71	2	28,57		
Jarabes Caseros	6	85,71	6	85,71	5	71,42	3	42,85		
			n=7		n=7		n=7		n=7	

Como se puede apreciar en el cuadro N° 6, la mayoría de los niños, según aseveración de los padres, usan siempre inhaladores (broncodilatadores) tanto los sujetos del grupo control (100%) y del grupo experimental (85,71%), aunque igualmente acuden a los jarabes de la farmacia (85,71%) y a los remedios caseros (85,71 y 71,42) para el grupo control y experimental respectivamente. Pero una vez aplicado el programa se observa la disminución porcentual en cuanto al uso de los medicamentos para la exacerbación del asma. Cuando se aplicó t de Student y se contrastó la retención de las conductas adquiridas en el tiempo de tres meses más tarde se encontró una media de 2.23 en el post-test contra 1.19 tres meses más tarde, esto significa que el tratamiento mantiene un efecto a mediano

plazo permaneciendo las conductas adquiridas durante el tratamiento. Lo que indica que el uso del medicamento ha disminuido considerablemente.

Cuadro N° 7

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS CONDUCTAS NO OPERATIVAS COGNOSCITIVAS Y SOCIOAFECTIVAS EN LOS PADRES ANTE SU HIJO CON ASMA EN LOS GRUPOS CONTROL Y EXPERIMENTAL. AMBULATORIO URBANO TIPO II, CERRITOS BLANCOS, BARQUISIMETO 2002

QUÉ HACEN LOS PADRES ANTE SU HIJO CON EXACERBACIÓN DE ASMA	Grupos									
	Control				Experimental					
	Pretest		Posttest		Pretest		Posttest		Posttest (3 meses después)	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Lo lleva al Médico	7	100	7	100	7	100	4	57,14	4	57,14
Al Naturista	2	28,57	2	28,57	1	14,28	1	14,28		
Le da Jarabes Caseros	7	100	6	85,71	6	85,71	4	57,14		
Le da Jarabe con Receta Médica	7	100	5	71,42	6	85,71	4	57,14	4	57,14
Utilizó Medicamentos Inhalados en:										
*El Hogar	2	28,57	6	85,71	4	57,14	5	71,42	1	14,28
*En Emergencia	7	100	7	100	7	100	5	71,42	2	28,57
*Utiliza Técnica de Respiración							6	85,71	7	100
*Utiliza Técnicas de Masajes			1	14,28	1	14,28	4	57,14	7	100
*Utiliza Técnicas de Relajación							6	85,71	7	100
			n=7	n=7	n=7	n=7	n=7	n=7	n=7	n=7

En los resultados porcentuales reportados en el cuadro N° 7 se observa que en los niveles de atención, referidos por los padres, se observa que el 100% de ambos grupos de control y experimental, lo llevan al médico cuando el niño presenta exacerbación de asma,

y le suministran el medicamento inhalado (broncodilatador) en un porcentaje de 100% (ambos grupos), siendo poco utilizado el broncodilatador inhalado en el hogar, al observar un 28,57% y 57,14% en el grupo control y experimental respectivamente llama la atención el alto porcentaje reflejado en el uso de remedios caseros tanto para el grupo control (100%) como en el grupo experimental (85,71%). Del mismo modo se evidencia que casi la totalidad de los padres no utilizan las técnicas de relajación – masajes y respiración. Sin embargo después de aplicado el programa se observa una disminución porcentual en el grupo experimental de la visita al médico (57,14%) del uso de medicamentos como broncodilatador inhalado en una emergencia (71,42%) del uso de remedios caseros (57,14%) y un aumento en las prácticas de las técnicas de relajación – masajes y respiración durante la exacerbación asmática. Luego de la aplicación de la prueba t de Student y contrastar la retención de las conductas adquiridas en el tiempo de tres meses más tarde se encontró una media de 2.57 en el post-test contra 2.67 tres meses más tarde, esto significa que el tratamiento mantiene un efecto igual a mediano plazo, permaneciendo las conductas adquiridas iguales, lo que indica que la atención no ha disminuido sea cual sea la vía médica utilizada.

Cuadro N° 8

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS CONDUCTAS NO OPERATIVAS COGNOSCITIVAS Y SOCIOAFECTIVAS EN LOS PADRES ANTE SU HIJO CON ASMA EN LOS GRUPOS CONTROL Y EXPERIMENTAL. AMBULATORIO URBANO TIPO II, CERRITOS BLANCOS, BARQUISIMETO 2002

CREENCIAS DE LOS PADRES HACIA LAS CAUSAS DEL ASMA	Grupos									
	Control					Experimental				
	Pretest		Posttest		Pretest		Posttest		Posttest (3 meses después)	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Castigo de Dios					1	14,28				
Herencia Familiar	5	71,42	7	100	5	71,42	3	42,85	7	100
Contaminación Ambiental	5	71,42	7	100	7	100	7	100	7	100
Polvo Casero	6	85,71	7	100	6	85,71	7	100	7	100
Hacinamiento	4	57,14	4	57,14			4	57,14	6	85,71
Polen de Plantas	4	57,14	6	85,71	6	85,71	5	71,42	6	85,71
Olores Fuertes	6	85,71	7	100	7	100	7	100	7	100
Alimentos Enlatados o Colorantes	3	42,85	3	42,85	1	14,28	6	85,71	6	85,71
Humo	7	100	7	100	7	100	7	100	7	100
Cambio de Temperatura	7	100	7	100	5	71,42	6	85,71	7	100
Pelos de Animales	6	85,71	6	85,71	6	85,71	5	71,42	6	85,71
Problemas Emocionales	4	57,14	3	42,85	2	28,57	5	71,42	6	85,71
Ejercicios	5	71,42	4	57,14	5	71,42	4	57,14	7	100
Medicamentos			1	14,28			5	71,42	7	100
			n=7	n=7		n=7	n=7	n=7	n=7	

En los resultados porcentuales del cuadro N° 8 podemos observar que los padres de los niños, tanto del grupo control como experimental, manifiestan conocer las causas

que producen la exacerbación asmática de los niños, evidenciado en el aspecto genético (Herencia) con 71,42% en ambos grupos y del mismo modo como productor el polvo (85,71%), contaminación ambiental (100%), sin embargo, al darle algunos contaminantes consideran que no son elementos predominantes (como hacinamiento, alimentos enlatados con colorantes y medicamentos), más sí utilizan los cambios de temperatura como uno de los factores que desencadenan la exacerbación de asma con el 100% grupo control y 71,42% en grupo experimental. Es importante señalar que una mayoría de ambos grupos presentan porcentajes bajos en cuanto a los problemas emocionales como causales de la exacerbación asmática al obtener valores porcentuales de 57,14% y 28,57% respectivamente. Al aplicar la prueba t de Student y contrastar la retención de las conductas adquiridas en el tiempo de tres meses más tarde se encontró una media de 2.84 en el post-test contra 3.54 tres meses más tarde, esto significa que el tratamiento mantiene un efecto igual a mediano plazo, permaneciendo las conductas adquiridas iguales, lo que indica que existe una ampliación del conocimiento sobre el asma que les lleva a modificar sus conductas.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones:

Evaluar un programa educativo sobre asma con enfoque transpersonal para modificar el grado de severidad del asma en los niños con edades comprendidas entre tres y doce años que asisten a la consulta del Ambulatorio Urbano Tipo II de Cerritos Blancos. Barquisimeto 2002, generó cambios significativos en todos los elementos que intervinieron, entre los que se destacan:

- De acuerdo a la clasificación del grado de severidad del asma, según parámetro de GINA, todos los sujetos pertenecientes al grupo control y experimental presentaron una clasificación, de acuerdo a los síntomas manifestados por los padres, de Asma Leve Persistente(ALP), Asma Moderada Persistente(ASP) y Asma Severa Persistente (AMP)
- El programa produjo variabilidad significativa a nivel estadístico, modificándose y extinguiéndose conductas no operativas o negativas en los padres tales como: -La percepción físico-socio-emocional del niño asmático por parte de los padres, quienes dejan de tratar como enfermos a sus hijos y los perciben menos inquietos, manipuladores, miedosos, rabiosos, agresivos, entre otros, luego de recibir el programa. -La situación socio afectiva y económica que desencadenan las exacerbaciones asmáticas de los niños en el hogar reflejados como sobre protección, desajustes económicos, ausentismo laboral y escolar disminuyeron y se extinguieron a los tres meses después de aplicado el programa. -Disminución, por parte de los padres, de las situaciones que puedan generar exacerbación asmática en sus hijos, como quema de basura, uso de insecticidas y otros tóxicos, barrer con cepillo, entre otros después de aplicado el programa. -El programa produjo disminución de la asistencia del niño a la emergencia , el uso de broncodilatadores inhalados en la emergencia, y la utilización de remedios caseros, por otro lado produjo

aumento en las técnicas de relajación, masajes y respiración durante las exacerbaciones del asma por parte de los niños. -En cuanto a las falsas creencias sobre el asma, los padres ampliaron su conocimiento sobre la misma.

- Durante el proceso de aplicación del contenido del programa educativo se observó asistencia total de los sujetos que componían el grupo experimental, constatándose el cumplimiento y práctica, por parte de los padres y los niños, de las estrategias y técnicas utilizadas en el mismo, hecho que se reflejó en el aumento de la práctica de las técnicas de relajación, masajes y de la respiración, entre otras.
- La efectividad del programa educativo sobre asma con enfoque transpersonal se reflejó en el grupo experimental al cambiar los niveles del grado de severidad del asma encontrados en el pretest ya señalados (ALP,AMP y ASP) y en un 100% bajaron hasta la clasificación de Asma Leve-Intermitente.

Recomendaciones:

Se recomienda para profundizar, en la efectividad del programa, abrir nuevamente la investigación con nuevos pacientes para hacer seguimiento por dos años por lo menos.

Del mismo modo se recomienda aplicar el programa a una población del mismo contexto haciéndole espirometría o flujo pico para el seguimiento del grado de severidad del asma en los niños.

El programa educativo sobre el asma con enfoque transpersonal gerenciado a los padres y niños del grupo experimental debe ser aplicado al grupo control y replicar en otros grupos; para ello es necesario tener en cuenta los aspectos que exigen el programa diseñado por la autora de esta investigación, el cual está como anexo en el presente estudio.

PROGRAMA SOBRE TERAPIAS TRANSPERSONALES PARA LA MODIFICACIÓN DE CONDUCTAS DE AFIRMACIONES Y CREENCIAS NEGATIVAS HACIA EL ASMA

PRESENTACIÓN

La consecuencia más cercana de la decisión de educar para la comprensión del por qué nos suceden las cosas en la vida: enfermedades trágicas, fracasos, es interactuar con nosotros mismos ubicados en un espacio y poniendo a prueba el porque de las cosas.

Para efectos de la medicina presentar el asma como un problema que no sólo es orgánico, sino sociocultural y por ello presenta determinantes patógenos cruciales que son multifactoriales y como tal hay que atacarlos médicamente es por ello que se presenta la siguiente programación estructurada así:

I Parte: para darle información a los niños y a los padres sobre el sistema respiratorio y su funcionamiento normal, el mecanismo fisiopatológico del asma, los factores desencadenantes, su central ambiental y farmacológica.

II Parte: dedicada a la preparación mental de la persona para modificar afirmaciones negativas y falsas creencias sobre el asma.

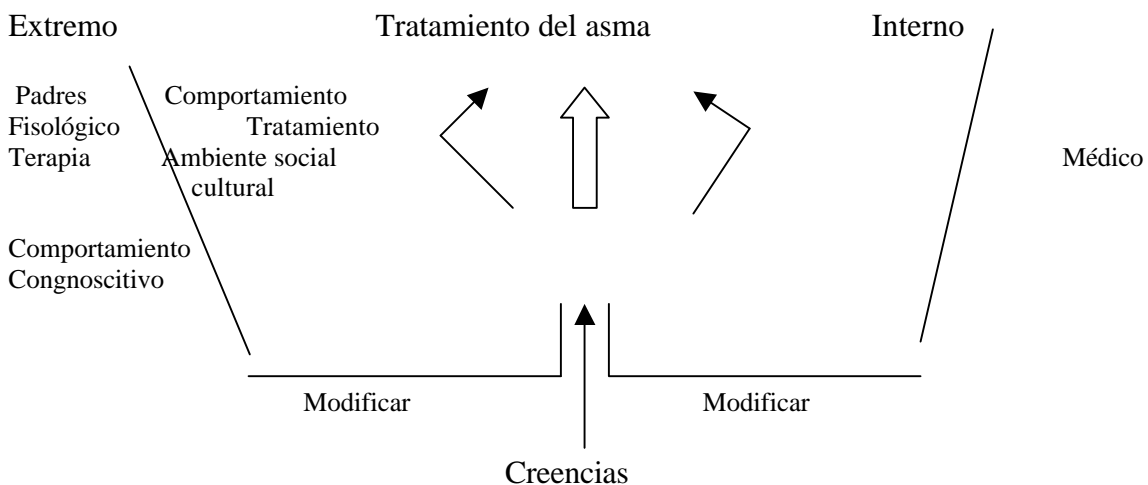
Esta búsqueda permitirá establecer en el tratamiento médico una visión holística.

ESTRUCTURA ADMINISTRATIVA DEL PROGRAMA

El programa diseñado está orientado por dos sesiones de trabajo: una con un componente netamente médico y otro programa de restauración de afirmaciones y creencias que limiten nuestros conceptos erróneos quedando organizado en tiempo y espacio así:
Tiempo de duración del programa de 24 horas para ser administrada en 6 sesiones de 4 horas cada una.

FUNDAMENTACIÓN

Entendemos así mismo, que el programa parte y se nutre del paradigma holístico que ve al sujeto como un todo integrado, cuerpo, mente (alma y espíritu). Se considera pertinente desarrollar actividades que impliquen tratamiento clínico y terapéutico y generar conductas asertivas de acuerdo a la detección de procesos cognoscitivos previos que inciden en la producción del asma.



Para efectos de este estudio se trabajará con algunas técnicas de relajación visualización (imageria), autoafirmación y crecimiento personal e información sobre el asma.

OBJETIVOS

GENERAL: Modificar conductas de afirmaciones y creencias negativas hacia el asma.

Introducir a los niños y padres hacia todo lo que significa el sistema respiratorio y el funcionamiento normal.	Verbalizar cognitivamente con los padres y los niños sobre los conceptos sobre el asma, su fisiopatología, los factores que lo desencadenan, los signos y síntomas, su control ambiental y su tratamiento farmacológico	Trabajar a nivel de la relajación para que el paciente se prepare para afrontar situaciones que le producen el asma.	Trabajar con los niños y los padres en terapias de reconocimiento de sus afirmaciones y creencias negativas hacia el asma.
---	---	--	--

Trabajar con los niños y los padres en terapias de afirmaciones positivas para extinguir falsas creencias sobre el asma.



Programación

Objetivo	Contenido	Actividades	Recursos	Sesión	Tiempo
Describir la anatomía y función del aparato respiratorio	■ Anatomía del sistema respiratorio.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Presentación de todos los participantes y los objetivos. ■ Proyección visual del sistema respiratorio ■ Modelaje del niño para proyección en su cuerpo del sistema respiratorio 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Rotafolios con dibujos ■ Carpetas con dibujos 		45 min.
	■ Función respiratoria normal	<ul style="list-style-type: none"> ■ La respiración normal: Inhale el aire por la nariz y llevándola al estómago mientras cuenta 4 expulse el aire lentamente por la boca mientras cuenta 8, se queda vacío mientras cuenta 4. nota: la exhalación debe ser más lenta que la inhalación ■ Imaginería de cómo es la respiración adecuada ■ Participación del grupo en los ejercicios respiratorios ■ Receso ■ Lluvia de ideas con verbalizaciones cognitivas sobre conceptos del asma ■ Dramatizaciones. ■ Dibujos de cómo el niño ve el asma. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Cuentos con visualizaciones de la entrada y salida de aire a los pulmones ■ Cassette con música relajante en radio reproductor ■ Globos, pitillos, bolitas de papel, vasos. ■ Participantes ■ Carpetas con dibujos humanos 	I	45 min.
Analizar la fisiopatología, signos y síntomas desencadenante del asma	■ Definición del Asma	<ul style="list-style-type: none"> ■ Presentación de dibujos de bronquio normal y anormal, elaboración con papel de bronquio normal y anormal en el espacio. Metáforas 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Dibujo en rotafolios 		40 min. F
	■ Fisiopatología del Asma	<ul style="list-style-type: none"> ■ Lluvia de ideas con verbalizaciones cognitivas sobre síntomas y signos ■ Dramatizaciones ■ Prácticas de ejercicios respiratorios en el hogar 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Papel periódico, cintas 		40 min.
	■ Síntomas y Signos				40 min.

Objetivo	Contenido	Actividades	Recursos	Sesión	Tiempo
Analizar el rol ambiental farmacológico del asma	■ Factores Desencadenantes del Asma	<ul style="list-style-type: none"> ■ Presentación de Objetivos. ■ Técnicas de entrada ■ Verbalizaciones cognitivas sobre los factores que produce el asma. ■ Afirmaciones positivas sobre la respiración normal y su aplicación en el hogar. ■ Desarrollo del tema a través del dibujo y experiencias domesticas. ■ Juego de cómo sortear los desencadenantes del asma (Laberinto) 	<ul style="list-style-type: none"> ② Carpetas Ilustradas con dibujos. ② Papel bond con dibujos de laberinto. ② Humanos ② Sompecabezas. 	I	1 Hora F

<p>② Control Ambiental del Asma</p>	<p>② Lluvia de ideas y verbalizaciones cognitivas sobre soluciones adaptadas al hogar a través del derecho de palabra.</p>	<p>② Carpetas Ilustradas ② Globos. ② Pitillos ② Bolitas de papel ② Vasos con agua</p>	<p>1 Hora</p>
	<p>② Afirmaciones sobre cambios positivos en el hogar. ② Se organizan a los niños para realizar ejercicios respiratorios en forma de juegos competitivos. ② Conversación con los padres mientras los niños juegan.</p>		
	<p>▪ Receso</p>		<p>1/4 Hora</p>
<p>② Control Farmacológico del Asma</p>	<p>② Dibujo por parte de los niños de cómo ven el asma. ② Presentación de medicamentos con carpetas ilustrada de dibujos. ② Se muestra un medicamento (Broncodilatador) de tipo presurizado y el espaciador (el asma cámara) ② Lluvia de ideas sobre su uso. ② Explicación de técnicas para su uso. ② Repaso de los ejercicios respiratorios y de técnicas del uso del espaciador con el broncodilatador.</p>	<p>② Lápices ② Papel ② Colores de seda ② Medicamento Broncodilatador ② Espaciador o asma Cámara ② Humanos</p>	<p>1 ½ Hora</p>

Objetivo	Contenido	Actividades	Recursos	Sesión	Tiempo
<p>aplicar y aplicar técnicas de relajación y masajes para controlar el estrés.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Técnicas de relajación. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Técnica de entrada. ■ Presentación de objetivos. ■ Madres con sus hijos acostados en el suelo en colchonetas, con ojos cerrados y música de fondo. ■ Explicación modelada de la técnica de relajación: <ul style="list-style-type: none"> Observa y siente como: <ul style="list-style-type: none"> Mi brazo derecho esta flojo. - Mi brazo izquierdo esta flojo. - Mis dos brazos están flojos. - Mi pierna derecha esta floja. - Mi pierna Izquierda están flojas. - Mis dos piernas están flojas. Ahora observa y siente todo mi cuerpo flojo como un muñeco de trapo. ■ Practicar la técnica en forma individual y grupal. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Cassette con música relajante. ■ Participantes ■ Cassette de música diversa. ■ Radio Reproductor. 	<p>III</p>	<p>1 ½ Hora</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Técnicas de Masajes (Para niños pequeños) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Exposición de recomendaciones para el masaje a niños pequeños: Niños despiertos, receptivos, no hambriento, música relajante y madre relajada. ■ Explicación modelada de la técnica con un bebé: <ul style="list-style-type: none"> Con los pulgares masajear suavemente alrededor de los ojos y acariciar desde el centro de la frente hacia la sien. Luego del pecho hacia fuera como alisando la piel con la yema de los dedos, luego hacia el corazón, nuevamente al centro y luego hacia las axilas y los brazos, ir al abdomen y masajear en forma de remo como revolviendo arena. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Colchonetas ■ Folletos sobre masajes (Jhonson) 		<p>¼ Hora I</p>
		<ul style="list-style-type: none"> ■ Práctica de la técnica. 			<p>2 Hora</p>

Objetivo	Contenido	Actividades	Recursos	Sesión	Tiempo
Instruir un proceso de creencias positivas a través del dialogo interior activo.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Estrategias de cambios de creencias a nivel verbal y gestual. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Técnica de entrada. ■ Presentación de objetivos. ■ Aplicación de las técnicas: Pensar en algo que crea firmemente o en algo exitoso personal y trasladar esas sensaciones sentidas hacia el asma. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Participantes 	2 Horas	
		<ul style="list-style-type: none"> ■ Hacer lista de creencias negativas y positivas. ■ Revisión de todos los procesos internos de pensamientos que se dan en el niño. (Dialogo Interior) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Música (Cassettes) 	IV	1/2 Hora
		<ul style="list-style-type: none"> ■ Revisar sus gestos, la asimetría y simetría. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Radio Reproductor 		
		<ul style="list-style-type: none"> ■ Receso 			
		<ul style="list-style-type: none"> ■ Como se observa el asma dentro del individuo. ■ Conversación con los padres sobre los cambios de creencias y afirmaciones positivas y su repercusión sobre el niño y su enfermedad mediante preguntas directas a la madre. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Papel – Lápices – colores de cera. 		1 1/2 Hora
		<ul style="list-style-type: none"> ■ Ejercicios respiratorios y preguntas a los niños sobre las afirmaciones positivas realizadas. 			

Objetivo	Contenido	Actividades	Recursos	Sesión	Tiempo
car un nuevo ma de creencias el asma(padres os).	■ Comportamientos congruentes con la creencia que tiene ante el asma.	■ Técnica de entrada. ■ Presentación de objetivos.	■ Humano		1 Hora
		■ Conversar con el paciente y grabar todas sus aptitudes y creencias ante el asma.	■ Lápices, Papel, marcadores.		1 Hora
		■ Evaluar las expectativas de los objetivos alcanzables ante el asma. Verbal y Gestual.	■ Televisor, VHS.		1 Hora
		■ Dibujo de cómo se observa el asma.	■ Videos - Películas	V	F
		■ Receso	■ Papel – Lápices – colores de cera.		1/2 Hora
		■ Practicar en el paciente afirmaciones positivas de cambios y transformación y los ejercicios respiratorios..	■ Sillas ■ Cartulina con las afirmaciones escritas.		1 1/2 Hora

Objetivo	Contenido	Actividades	Recursos	Sesión
<p>7.- Reflexionar el Qué, el Cómo y el Cuando utilizar las técnicas de relajación, visualización y afirmaciones positivas hacia el asma.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Relajación, Visualización y técnicas afirmativas del proceso. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Técnica de entrada. ■ Presentación de objetivos. ■ Reforzar las técnicas de relajación para que tenga claro como utilizarlas. Dándole varias técnicas para que las practique y acompañas de las visualizaciones. ■ Llevarlo a un guiarse plenamente en la acción sin que se le produzca el asma o su sintomatología. ■ Dibujo de cómo ve el asma el niño. ■ Receso ■ Se orienta al niño y a los padres sobre lo que realmente quisiera modificar del asma. ■ Practicas de cómo eliminar consecuencias negativas. ■ Se verbaliza sobre lo que se quiere que ocurra positivamente. ■ Clausura con obsequios para los niños y entrega de material didáctico. (manual) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Humano: Paciente y sus Representantes, Medico. ■ Colchonetas ■ Cassettes de música ■ Radio Reproductor ■ Ambiente o espacio tranquilo ■ Carpeta Ilustrada ■ Cartulina con creencias y pensamientos positivos sobre el asma. ■ Bombas, pitillos, ■ Entrega de Manual didáctico. ■ Cajitas Feliz para los niños. 	<p>VI</p>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acosta, Maura. 1998. Conociéndome a Mi Misma. Revista del Magisterio. Número 183. Diciembre.

Adams P.F. Marano M.A. 1994. Current Estimates from the National Health Interview Survey Vital Health Stat 1.995, 10-94

Alfonso, Ilis. 1994. Técnicas de Investigación Bibliografica. Contexto Editores. Caracas. Venezuela.

Ambulatorio del Oeste. Anuarios Epidemiológicos. Sistema de Medicina Legal. Barquisimeto Edo. Lara 1995 – 1999.

Anuarios de Epidemiología. 2001. Ministerio de Salud y Desarrollo Social.

Asociación contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias en Asma. 1997. Primera Reunión de Expertos en Asma y Tuberculosis.

Asthma Insights and Reality in Europe. 1999. [http: // www.srbi.com / asthmae.htm](http://www.srbi.com/asthmae.htm). (Consulta: 10-04-2000) .

Ato, Manuel- López, Freaw. 1994. Fundamentos de Estadísticas con Systat. Ediciones RAMA. USA.

Barrera, Jackeline. 1998. Metodología de la Investigación Holística. Sypal y Fundacite. Caracas. Venezuela.

Bowen, C. 1996. Education Teachers in Children's Illnesses Study, Nuersta. Junio
USA

Cárdenas, R. y col. 1996. La Educación en el Paciente con Asma Bronquial y Rinitis.
Decanato de Medicina. UCLA. XLVI Convención Anual de la ASOVAC.
Noviembre. Barquisimeto. Venezuela.

Castés, M y col. 1999. Immunological Changes Associated with Clinical
Improvement of Asthmatic Children Subjected to Psychosocial Interventium Brain
Behavior and Immunity. Isla de Coche. Venezuela.

Cerda, Hugo. 1995. Los Elementos de la Investigación Total. Bogotá. Editorial Búho.

Colina, L. Behrns. 1994. Terapia Cognitiva. Como Manejar la Depresión, La
Ansiedad, Los Ataques de Pánico y La Fobia. Editora IDG. Caracas.

Crespo, Guillermina. 1998. Programa Educativo Dirigido a los Niños Asmáticos y a
sus Padres. Septiembre. Barquisimeto. Venezuela.

Cronbach, Lee. 1984. Essentials of Psychological Testing. Ny Gardner Press. USA.

División de Tuberculosis y Enfermedades Pulmonares. 1998. Norma Oficial
Venezolana del Programa Nacional Integrado del Control del Asma. Caracas-
Venezuela.

Derrida, Danés. 1998. Observar para Educar. Aprendizaje Visor. Mimeografiado.
Editorial Alambique.

Dilts, Robert. 1996. Las Creencias. Ediciones Urano. SA.

Driver, Françoise. 1998. Hoy Todos son Construccinistas , Visión del Desarrollo Humano. Fonder. Editorial Tropics. Caracas.

Fred, Kerlinger. 1981. Investigación de Comportamiento. Interamericana. México.

Fonseca, Heberto y col. 1989. Epidemiología del Asma en Barquisimeto, Su Relación Con Factores Asmógenos, Físicos y Sociales, Mecanografiado, UCLA.

Fonseca, Heberto y col. 1997. Avances en Asma. Unidad de Asma. Servicio de Neumonología Integral “Hospital Luis Gómez López” . Barquisimeto. Venezuela.

Galindo, E y col. 1993. Modificación de Conductas en Educación Especial. Editorial Trillas

Global Initiative for Asthma. 1995. National Institutes of Health Pub. N° 95-3659 Bethesda.

Godoy, Reinaldo. 2000. Para Leer en el Metro. Industria Editorial Venezolana.

Goleman, Daniel. 1996. La Inteligencia Emocional. Editorial Javier Vergara. Buenos Aires.

Gómez, Francisco. Estadística Aplicada con Control Estadístico de la Calidad. Edición Frigor. Venezuela.

Grupo Latinoamericano para el Estudio y Tratamiento del Asma. 1999. Consideraciones Prácticas para el Diagnóstico y Tratamiento del Asma. Caracas. Venezuela.

Hernández, Sampieri, Fernández, C. y Baptista, L. 1999. Metodología de la Investigación Mc. Graw Hill. México.

Hindi Alexander y col. 1984. Family Asthma Program USA.

Hintze Jenny. 1992. Manual de Referencia del NCSS. P 279. Editorial Propia.

Hospital Pediátrico "Antonio María Pineda. Archivo de la Sociedad de Pediatría del Sistema de Medicina Preventivo y Social. Barquisimeto. Lara.

Hurtado, León y Montero: Investigación Educativa. Mac. Grill 2da. Edición. México.

Hurtado, León y col. 1997. Paradigmas y Métodos de Investigación en Tiempo de Cambio. Episteme Consultores Asociados C.A. Valencia, Carabobo. Venezuela.

Isaacs, Susan. 1991. "Creo Que Puedo", ¡Sé que Puedo!. Javier Vergara Editor. Argentina.

Istúriz y col. 1998. Norma Oficial Venezolana del Asma. Venezuela.

II Curso Nacional Teórico-Practico sobre la Aplicación Clínica y Social de la Psiconeuroinmunología. Escuela José María Vargas. Facultad de Medicina. UCV.

Johnson's Baby. Manteniéndome en Contacto. Guía de Manejo de Masaje Infantil.

Lal , A. y col. 1995. Knowledge of Asthma Among Parients of Asthmatec Children. Indian Pediatr. Jun.32 (6): 649-55.

Luskin Alan. 1998. Annals of Allergy and Immunologic. Volumen 81, Diciembre.

Marengo, Elis. 1998. Programa de Reestructuración Cognitiva para la Reestructuración de Falsos Conceptos ante el Proceso de Intervención del Niño Especial. Tesis de grado de investigación psicológica de Venezuela.

Marval, M. 1991. La Cognición. Material miniado. Universidad de Carabobo.

Méndez, A. 1.995. Metodología. Guía para Elaborar Diseños de Investigación en Ciencias Económicas, Contables y Administrativas. Santa Fe de Bogotá. Editorial McGraw Hill Interamericana S.A.

Moen, Larry. 1994. Guided Imaginery. Ediciones Robin Book, SL.

Moles, Juan José. 2000. Asesoramiento Clínico. Editorial Greco SA. Caracas.

Montgomery, Douglas. 1991. Diseños y Análisis de Experimentos. Iberoamericana. México.

National Asthma Education and Presentation program Expert Panel Report Guidelines for the Diagnosis and Management of Asthma, National Institute of Health. Pub. N° 91-3642 Betheasda, MD 1992.

Padrón, Héctor. 1998. Modelos Integrales desde la Postmodernidad. Teoría Ecológica. Monografía de salud pública. Fundaser Yaracuy.

Pérez, María. 1991. Efecto de un Programa Educativo de Habilidades de Auto Manejo en el Control del Asma Infantil. Tesis Magíster en psicología. Universidad Simón Bolívar. Mecnografiado Caracas.

Reunión de Consenso Nacional. 1998. Alergia mas allá del 2000. Porlamar, Venezuela.

Ruiz, Carlos. 1998. Instrumento de Investigación Educativa. Ediciones CIDEG. Barquisimeto.

Sabino, Carlos. 2.000. El Proceso de Investigación . Caracas. Editorial Panapo.

Sambrano, Jazmín. 1999. Súper aprendizaje transpersonal. Alfadil Caracas, Venezuela.

Sambrano, Jazmín 1998. Dimensión de Prosperidad. Alfadil. Ediciones Caracas.

Seijas, Félix. 1999. Investigación por muestreo. Elaboración de los resultados Básicos. Faces. U.C.V. Caracas. Venezuela.

Shuttari, MF. 1995. Asthma: Diagnosis And Management. Am-FAM-Pysician. Dec; 52 (8): 2225-35.

Sistema de Vigilancia Epidemiológica Lara (Sivel) Dirección de Epidemiología e Investigación. Informe Mensual. EPI-15. 1997-2002.

Suárez, Juana. 1996. Efectividad de un Programa de Auto Manejo del Asma Infantil Dirigido a Padres de Niños Asmáticos que Acuden a la Consulta de Pediatría del Ambulatorio Urbano Tipo III de La Carucieña. Barquisimeto.

Tribuna Médica. Revista Latinoamericana. 1995. Educación Médica
Continuada Julio, Vol. 83.

Town, G1 y col. 1991. A Community Wide Promotion of Asthma Self. Management
in New Zeland Patient Educe. Couns. 1995 sep; 26 (1-3):
219-24

Universidad Santa María. Manual para las Tesis Doctorales Caracas.

Uzcátegui, Luis José. 1998. Inteligencia Emocional. Un Nuevo y Revolucionario
Modelo para Estudiar y Resolver los Problemas Emocionales de la Conducta.