

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA

SUBDIRECCION DE POSGRADO E INVESTIGACION



CALIDAD DE VIDA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES  
CON ASMA

Por:

LIC. VERONICA GUAJARDO BALDERAS

Como requisito parcial para obtener el grado de  
MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA  
Con Enfasis en Salud Comunitaria

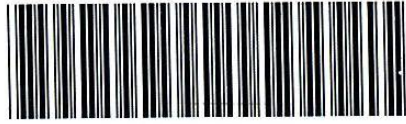
ENERO, 2004

CALIDADAO DE MOA EN NIROS Y ADOLESCEMTES COM ASMA

V. C. B.

TM  
Z 667  
. N7  
FEn  
2004  
. G82



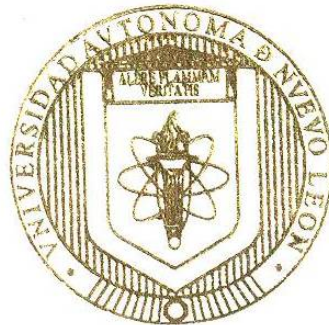


1020149411

# UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA

SUBDIRECCION DE POSGRADO E INVESTIGACION



CALIDAD DE VIDA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES  
CON ASMA

Por:

LIC. VERONICA GUAJARDO BALDERAS

Como requisito parcial para obtener el grado de  
MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA  
Con Énfasis en Salud Comunitaria

ENERO, 2004

976852

TM

Z6675

.N7

FEN

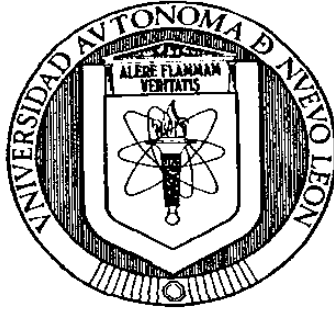
2004

.E82



FONDO  
TESIS

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



CALIDAD DE VIDA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON ASMA

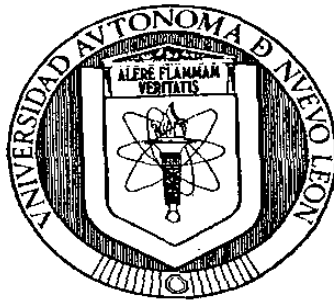
Por

LIC. VERÓNICA GUAJARDO BALDERAS

Como requisito parcial para obtener el grado de  
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA  
Con Énfasis en Salud Comunitaria

ENERO, 2004

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



CALIDAD DE VIDA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON ASMA

Por

LIC. VERÓNICA GUAJARDO BALDERAS

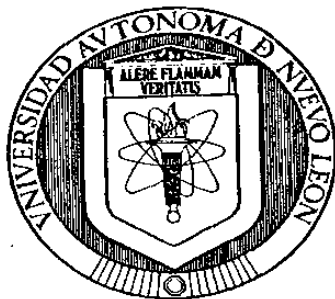
Directora de Tesis

ME. MA. DEL REFUGIO DURÁN LÓPEZ

Como requisito parcial para obtener el grado de  
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA  
Con Énfasis en Salud Comunitaria

ENERO, 2004

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



CALIDAD DE VIDA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON ASMA

Por

LIC. VERÓNICA GUAJARDO BALDERAS

Asesor Estadístico

MARCO VINICIO GÓMEZ MEZA Ph D

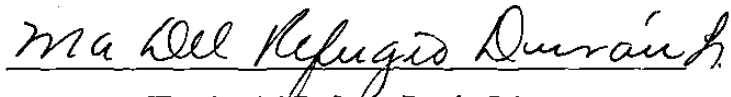
Como requisito parcial para obtener el grado de  
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA  
Con Énfasis en Salud Comunitaria

ENERO, 2004



CALIDAD DE VIDA EN ADOLESCENTES Y NIÑOS CON ASMA

Aprobación de Tesis



ME. Ma. del Refugio Durán López

Director de Tesis



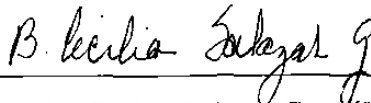
ME. Ma. del Refugio Durán López

Presidente



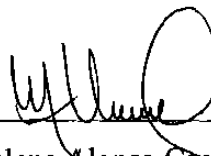
MSP. Dora Elia Silva Luna

Secretario



Bertha Cecilia Salazar González Ph D

Vocal



MSP. Magdalena Alonso Castillo

Subdirector de Posgrado e Investigación

## AGRADECIMIENTOS

Al Dr. James W. Varni Autor del instrumento por permitirme utilizar el Inventario de Calidad de Vida "The PedsQL™"

Al C. Rector de la Universidad Autónoma de Tamaulipas Lic. Jesús Lavin Santos del Prado por impulsar la educación de posgrado de los profesores de la UAT.

A la Dra. Frida Carmina Caballero Rico, Representante ante PROMEP por las facilidades que me favorecieron para la culminación de la Maestría.

Al Lic. Francisco Cadena Santos, ME Director de la Facultad de Enfermería de Nuevo Laredo, Tam. de La UAT, que me ha visto crecer profesionalmente, gracias por el apoyo y facilidades otorgadas para concluir la Maestría.

A la Lic. Rosalinda Medina Briones, Ex. Directora de la Facultad de Enfermería de Nuevo Laredo, Tam. de la UAT por impulsarme a superar mi profesión y brindarme la oportunidad que me dio para realizar la Maestría, gracias por su apoyo.

A la MSP. Magdalena Alonso Castillo, Subdirectora de Posgrado e Investigación por ser quien dirige el Posgrado y brindarme su apoyo y facilidades para concluir la Maestría.

A mi Director de Tesis ME. Ma. del Refugio Durán López, por esta gran experiencia de compartir conmigo los conocimientos, por el invaluable tiempo, dedicación y paciencia otorgada a este trabajo, sinceramente gracias.

A mis Profesores de Maestría de la Subdirección de Posgrado e Investigación Facultad de Enfermería de la UANL, por haber compartido el conocimiento de la profesión y haber contribuido a mi superación personal para llegar a la meta de un objetivo con éxito, a cada uno de ustedes, gracias.

Al la Lic. Ana Maria Castillo Secretaria Administrativa de Subdirección de Posgrado e Investigación, en especial por brindarme apoyo incondicional.

A todo el personal de la Subdirección de Posgrado e Investigación de la Universidad Autónoma de Nuevo León por sus finas atenciones prestadas.

A todos mis compañeros de maestría por compartir conocimientos, experiencias y haberme dado la oportunidad de convivir con todos ustedes, gracias.

A mis compañeros (as) y maestros (as) de la Facultad de Enfermería de Nuevo Laredo, Tam. por su preocupación y que en ningún momento dejaron que perdiera el animo, gracias por ese apoyo que me brindaron en el momento que mas lo necesitaba.

## DEDICATORIAS

### A Dios

Por todos los regalos que hasta hoy me ha dado, por guiar e iluminar mi vida, por estar siempre conmigo y escucharme.

### A mis Padres

Antonio y Aurora, gracias por haberme dado la vida, por el amor, apoyo y comprensión que me han mostrado en todo momento, lo que hoy he llegado a alcanzar se los debo a ustedes, este ha sido el fruto de su esfuerzo constante y dedicación, de todo corazón los admiro y los quiero mucho.

### A mí Esposo

Fausto, gracias por ese apoyo incondicional en todo momento, por ese amor que hasta hoy me has demostrado, por compartir conmigo el camino de mi superación. Esto es un logro de ambos. Te amo.

### A mí querido Hijo

Con todo mi amor y ternura a mi pequeño Faustito que es la luz que ilumina mi vida y la fortaleza para continuar superándome, gracias por permitirme robarte parte del tiempo que te corresponde.

### A mis Hermanas Elsa, Karla y mi Cuñado Javier

Gracias, por su apoyo y comprensión que me han dado siempre.

### A mis sobrinas Anakaren y Michelle

Por su cariño, apoyo y amor.

### A mi Familia García Sánchez

Gracias, por estar presentes dentro de mi camino de superación personal por sus buenos consejos y deseos.

### A mi gran Familia Herrera Martínez

Me han dado mucho cariño y apoyo incondicional, mil gracias por sus atenciones.

## Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Propósito	3
Marco de Referencia	3
Estudios Relacionados	5
Hipótesis	6
Objetivos	6
Definición de Términos	7
Capítulo II	
Metodología	8
Diseño del Estudio	8
Población, Muestreo y Muestra	8
Criterios de Inclusión	8
Criterios de Eliminación	8
Procedimiento de Reclutamiento	9
Instrumento	9
Consideraciones Éticas	10
Análisis de Datos	11
Capítulo III	
Resultados	12
Confiabilidad del Instrumento	12
Estadística Descriptiva	13
Estadística Inferencial	14

Contenido	Página
Capítulo IV	
Discusión	22
Conclusiones	24
Recomendaciones	24
Referencias	25
Apéndices	28
A Consentimiento Informado	29
B Cédula de Datos Sociodemográficos	30
C PedsQL™ Inventario de Calidad de Vida en Pediatría	31
D Valores Absolutos y Relativos en cada Reactivo del Inventario de Calidad de Vida en Pediatría PedsQL™.	32

## Lista de Tablas

Tabla	Página
1 Coeficiente Alpha de Cronbach de las subescalas y escala total del Inventario de Calidad de Vida en Pediatría (PedsQL™)	12
2 Perfil de la población pediátrica	13
3 Prueba de Kolmogorov-Smirnov	14
4 Matriz de correlación de Pearson las variables de estudio	15
5 Prueba de Regresión Múltiple para las variables: número de internamientos y tiempo de padecer asma como predictores de la calidad de vida (total)	16
6 Contribución de las variables al modelo Regresión Múltiple	16
7 Valores estadísticos de las subescalas del funcionamiento de calidad de vida que mide el PedsQL™.	19

## Lista de Figuras

Figura	Página
1 Índice de calidad de vida y número de internamientos	17
2 Índice de calidad de vida y tiempo de padecer asma	18
3 Índice de calidad de vida de acuerdo a género y tiempo de padecer el asma	20
4 Índice de calidad de vida de acuerdo a género y número de internamientos	21

## RESUMEN

Verónica Guajardo Balderas.  
Universidad Autónoma de Nuevo León  
Facultad de Enfermería

Fecha de Graduación: Enero, 2004

Título de Estudio: CALIDAD DE VIDA EN ADOLESCENTES  
Y NIÑOS CON ASMA

Número de Páginas:32

Candidato para obtener el Grado de  
Maestría en Ciencias de Enfermería  
con Énfasis en Salud Comunitaria.

Área de Estudio: Salud Comunitaria

**Propósito y Método del Estudio:** El propósito del estudio fue describir la calidad de vida de niños y adolescentes que padecen asma y radican en Nuevo Laredo, Tamaulipas. El estudio fue descriptivo y de correlación, la muestra de 108 participantes niños y adolescentes de ambos sexos con edades entre 7-16 años de escuelas primarias y secundarias federales. El instrumento utilizado fue el Inventario de Calidad de Vida, PedsQL™, de Varni (1998) el cual tiene cuatro subescalas que miden funcionamiento físico, emocional, social y escolar, tiene 23 reactivos y cinco opciones de respuesta donde a mayor valor mejor calidad de vida. La confiabilidad del PedsQL™ fue de .87; también se utilizó una Cédula de datos sociodemográficos y de la enfermedad.

**Contribuciones y Conclusiones:** El 70.3% de los participantes cursaban la secundaria, el 71.3% tenía entre 12 a 16 años, 51.9% fueron mujeres, 8.4% tenían de 3 años a más de padecer la enfermedad y solo 43.6 se habían internado al menos una vez. El tiempo de padecer asma y veces de internamiento explicaron el 32% de la calidad de vida en los niños y adolescentes con  $p < .05$  para ambas variables. La media de calidad de vida fue mayor en funcionalidad física y emocional con  $\bar{X}=3.27$  y 33.24 respectivamente. Las mujeres tuvieron mejor calidad de vida que los varones, cuando se trabajó con valores ajustados del índice total de calidad de vida y con tiempo de padecer asma y número de internamientos. La calidad de vida en la población de estudio, es afectada por el asma mayormente para correr, realizar deportes, tener dificultad para dormir y preocupación sobre el futuro de los niños y adolescentes, además por faltar a la escuela por ir al doctor, en mas del 50% en cada caso.

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS:

---



## Capítulo I

### Introducción

Uno de los problemas crónicos que más ha afectado a la población pediátrica es el asma, el cuál ocupa el primer lugar dentro de las enfermedades pulmonares crónicas, su incidencia va en aumento y se pronostica que así seguirá, especialmente en países en vías de desarrollo. Al respecto en algunas ciudades de México se han efectuado estudios epidemiológicos sobre la prevalencia de la enfermedad, en los que se han encontrado porcentajes muy variables que van de 2.7 a 40.3%. La prevalencia más alta corresponde a ciudades fronterizas y de alta industrialización (López, 1999; Martínez-Cairo, Salas-Ramírez & Segura-Méndez, 1995; Méndez & Sienra, 2002).

De acuerdo a Cerino, Carballo, Ortiz, Arreguín y Meza (1995) el asma en México, se presenta con mayor frecuencia en hombres, con una proporción de 1.8 por cada mujer, durante los primeros 11 años de vida. Cabe señalar, que posterior a esta edad, la relación se invierte. En el estado de Tamaulipas de acuerdo a estadísticas de la Secretaría de Salud (2001) se presentaron 7503 casos de asma, de los cuáles 4224 eran menores de 14 años, esto representa un poco más del 50% de los casos.

Nuevo Laredo, Tamaulipas es una ciudad fronteriza cuyas principales fuentes de trabajo son las maquiladoras textiles, empresas que provocan emanación de polvos y sustancias que afectan el aparato respiratorio, constituye un potencial para que sus pobladores presenten enfermedades pulmonares. Los polvos y sustancias alérgicas pueden desencadenar asma, como en el caso de Ciudad Juárez, Chihuahua, ciudad fronteriza con características similares a las de Nuevo Laredo, que presenta una prevalencia de asma del 20% (Barraza-Villarreal, Sanin-Aguirre, Téllez-Rojo, Lacasaña-Navarro & Romieu, 2001).

El asma es una enfermedad inflamatoria crónica de las vías aéreas, caracterizadas por crisis de tos, sibilancias, dificultad respiratoria, tiraje intercostal y disnea,

generalmente la sintomatología es reversible, pero cuando existe compromiso respiratorio grave, con cianosis peribucal, aleteo nasal y tiraje intercostal marcado puede ser grave y requiere hospitalización inmediata, ya que puede causar la muerte (Hagedorn, 1990). Los tratamientos con frecuencia suelen ser molestos, por lo que los niños y adolescentes se sienten apenados de utilizar un inhalador frente a sus compañeros de clase o juego, así como de que se les vea con una crisis de tos y secreciones; este hecho aunado a la sintomatología, sin duda afecta la calidad de vida de los menores; por lo que deben aprender a vivir con su enfermedad de la mejor manera posible (Seipp, 2002).

La calidad de vida en pacientes con problemas crónicos es de interés particular, debido que aunque en México se pronostique un aumento en la esperanza de vida, ésta debería acompañarse de condiciones biopsicosociales aceptables, que permitan a los niños y adolescentes realizar las actividades físicas, sociales y escolares diarias, así como gozar de bienestar emocional. Algunos profesionales de la salud en las últimas dos décadas, se han enfocado al estudio de la calidad de vida desde un enfoque multidimensional, es decir los efectos de la enfermedad y tratamiento en las áreas físicas, sociales, emocionales y escolares o en su nivel de bienestar en todos los ámbitos de la vida (Velarde– Jurado & Ávila – Figueroa, 2002).

Otros investigadores se han dado a la tarea de desarrollar instrumentos para valorar la calidad de vida a fin de conocer cómo se siente el paciente que sufre alguna enfermedad crónica, en sus diferentes aspectos de la vida (Contreras, Martínez, Serrano & López, 2000). Los expertos recomiendan que la calidad de vida sea medida desde la perspectiva de los niños y adolescentes, es decir de quienes padecen la enfermedad, pues sólo ellos pueden decir cómo se ven afectados en su actividad física, comunicación, interacción social, descanso y en su estado emocional (Gómez-Vela & Sabeh, 2001).

Dado que no se encontraron estudios de investigación realizados por profesionales de enfermería u otras disciplinas de la salud, respecto a calidad de vida en

niños y adolescentes con asma en México, ya que en la experiencia se observa que el tiempo de padecer asma y el número de internamientos, puede hacer una diferencia en la calidad de vida, es que se consideró conveniente indagar éste fenómeno para conocer la calidad de vida en los niños y adolescentes que padecen asma. Posteriormente, los datos pudieran dar pauta a otros estudios encaminados a disminuir los aspectos negativos aquí identificados.

### *Propósito*

Este estudio se llevó a cabo a través de un diseño descriptivo, con el propósito de conocer, la calidad de vida de los niños y adolescentes que padece asma y que radican en Nuevo Laredo, Tamaulipas.

### *Marco de Referencia*

En este apartado se abordan brevemente los conceptos de calidad de vida en relación a una enfermedad crónica.

El concepto de calidad de vida, ha sido y sigue siendo utilizado por profesionales de diversas disciplinas; sin embargo, en aspectos de salud los primeros en utilizar este concepto fueron los oncólogos, seguidos de otros especialistas en enfermedades crónicas, quienes se dieron cuenta de las limitaciones existentes para curar a la persona y se preocuparon por maximizar la calidad de vida. Otra preocupación fue la de tener instrumentos que hoy en día se incluyen en las valoraciones físicas (Grau, 1998).

Blasco (2001) señala que es difícil definir el concepto de calidad de vida, ya que en un sentido estricto debería incluir una gran cantidad de subescalas o dimensiones, además de que para cada persona puede representar algo distinto. El mismo autor refiere que la definición de calidad de vida, con frecuencia se asocia al concepto de salud de la Organización Mundial de la Salud que dice que “es el completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad”, por tal razón algunos conceptos de

calidad de vida tienen como subescalas la funcionamiento físico, social y emocional; otros incluyen el factor económico o condiciones de la vivienda y hasta los recursos de la comunidad y el medio ambiente en general (Rajmil, Estrada, Herdman, Serra-Sutton & Alonso, 2001; Velarde-Jurado & Ávila -Figuroa, 2002).

Shumaker y Naughton (1995) luego de una revisión de definiciones, proponen que calidad de vida “es la evaluación subjetiva de la influencia del estado de salud, los cuidados sanitarios y la promoción de la salud, sobre la capacidad del individuo para mantener un nivel de funcionamiento que le permita realizar las actividades que le son importantes, ya que afectan a su estado general de bienestar”. En ese sentido los instrumentos disponibles valoran la percepción de los pacientes acerca de qué tanto la enfermedad y tratamiento afectan la salud y bienestar en las subescalas de funcionamiento físico, emocional, social y escolar.

En el caso de los niños y adolescentes, el funcionamiento físico se refiere a dificultades que tienen al realizar sus actividades básicas y de su vida diaria; el funcionamiento emocional se refiere a los sentimientos que los niños y adolescentes experimentan a partir de que padecen asma; el funcionamiento social se refiere a si tienen problemas para relacionarse con otras personas, o para realizar actividades que sus compañeros de la misma edad hacen; el funcionamiento escolar se refiere a lo difícil que resulta para el niño y adolescente realizar actividades escolares, inclusive si falta a la escuela por sentirse mal o tener que ir a su consulta (Varni, Seid & Kurtin, 1999).

La calidad de vida del niño y adolescente, al igual que en el caso de los adultos, debe ser valorada a través de su propia percepción ya que solo así se puede conocer si ésta afectada su vida, bienestar o salud. La calidad de vida en niños y adolescentes con asma debe cubrir aspectos fundamentales de su vida normal, como sueño, actividades de la vida diaria o días de escuela perdidos. Se considera también, fundamental evaluar si se afecta el estado emocional, las relaciones personales o la vida social del enfermo asmático (Díaz, 1998).

### *Estudios Relacionados*

Si bien es cierto que existen muchos estudios sobre calidad de vida en pacientes pediátricos que padecen asma, la mayoría son del área médica y para probar el efecto de medicamentos a fin de disminuir los síntomas. Únicamente se encontraron cuatro estudios con enfoque en la afectación física, emocional, social y escolar de los niños y adolescentes.

Kirvassilis (2002) realizó un estudio en 106 niños asmáticos con edades entre cuatro y 16 años, reportó que en seis meses los niños y adolescentes se hospitalizaron de una a dos veces por efectos del asma. Reichenberg (2001) estudió la calidad de vida en 61 niños de siete a nueve años de edad que padecían asma y reportó que 74% dijeron que durante la última semana presentaron limitaciones para correr, 30% para caminar en subida y 20% para jugar fútbol. La media de limitaciones para actividades fue de 4.8 ( $IC = 95\% 4.5-5.1$ ), para emociones de 6.1 ( $IC = 95\% 5.9-6.4$ ) y la media general en calidad de vida fue de 5.6 ( $IC = 95\% 5.4-5.9$ ), el reporte no proporciona desviaciones estándar.

Pljaskic-Karmenov, Djordjevic, Radic y Kamenov (2002) estudiaron la calidad de vida en 125 pacientes con asma sintomática, cuya edad estaba entre siete y 17 años. Respecto al género 40 eran mujeres y 85 hombres, el promedio de edad en general fue de 12.14 años ( $DE = 3.11$ ). Los pacientes reportaron que los síntomas del asma les hacían levantarse durante la noche, inclusive levantarse más temprano, estos aspectos se relacionan con el funcionamiento físico.

La Asociación Española de Neumología Pediátrica (s/f) reportó un estudio que tenía como objetivo medir la calidad de vida en un grupo de pacientes pediátricos con asma y analizar qué subescalas de la calidad de vida estaban más afectadas. Se estudiaron a 57 participantes, se reportó que la media global de calidad de vida, en los varones fue de 5.99 y en las mujeres de 5.62; las actividades que los niños señalaron que el asma les había molestado más fueron: correr 65%, jugar fútbol 47%, jugar en el recreo

28% y andar en bicicleta 22%. En cuanto a las actividades de la vida diaria 10% reportaron tener algunos problemas para caminar, 16.47% tener dolor o malestar, 8.23% estar algo ansioso o deprimido y estar muy ansioso o deprimido solamente 1.17%. La media en la limitación de la actividad en la población general fue de 5.52, en la función emocional fue de 6.23 y en la subescala de síntomas de 5.72 (no se proporcionan desviaciones estándar).

Los estudios revisados muestran que los niños y adolescentes con asma se ven más afectados en las subescalas funcional y emocional. En relación a lo físico los niños y adolescentes se vieron limitados para llevar a cabo actividades relacionados a correr, jugar fútbol, ejercicio y a actividades básicas de la vida diaria. En lo emocional refirieron sentirse deprimidos; solo uno de los estudios señala que los niños y adolescentes tuvieron al menos un internamiento durante los seis meses previos.

### *Hipótesis*

Hi 1: La media de calidad de vida de los niños y adolescentes es más alta en las subescalas física y emocional que en la escolar y social.

### *Objetivos*

1. Demostrar la Confiabilidad del inventario de calidad de vida pediátrica PedsQL™ en población mexicana.
2. Conocer el perfil de niños y adolescentes del estudio.
3. Explorar si el tiempo de padecer asma y el número de internamientos afectan la calidad de vida de niños y adolescentes con asma.
4. Identificar si hay diferencia en la calidad de vida de las mujeres y varones de acuerdo al tiempo de padecer asma y el número de internamientos.

### *Definición de Términos*

Calidad de vida, es la evaluación subjetiva del niño y adolescente sobre la influencia del asma, en su capacidad para mantener un nivel de funcionamiento que le permita realizar las actividades que le son importantes. Se indagó particularmente qué tan frecuente el niño y adolescente siente que ha sido afectado en su funcionamiento físico, emocional, social y escolar por el asma durante el mes anterior.

Años o meses de padecer la enfermedad, es el tiempo transcurrido desde que la madre recibió el diagnóstico de asma de su hijo (a).

Internamiento, es el número de veces que el niño y adolescente se ha internado por causa del asma o complicaciones durante el último año, ya sea para control o tratamiento de crisis. Este dato fue proporcionado por la madre.

Perfil de la población pediátrica, son las características sociodemográficas y aspectos relacionados con el asma de los participantes en el estudio.

## Capítulo II

### Metodología

En este capítulo se describen el diseño del estudio, población, muestreo y muestra, criterios de inclusión, criterios de eliminación procedimiento para reclutamiento, instrumento, consideraciones éticas y método para el análisis de datos.

#### *Diseño del Estudio*

El diseño del estudio fue descriptivo y correlacional. Con este diseño se describieron las características de los participantes y la variable de interés; correlacional dado que se buscaron relaciones entre variables (Polit & Hungler, 1999).

#### *Población, Muestreo y Muestra*

La población de estudio fueron niños y adolescentes, cuyas madres refirieron que sus hijos (as) habían sido médicamente diagnosticados con asma y que asistieron a instituciones educativas federales (primarias y secundarias). El muestreo fue no probabilístico, por conveniencia. El tamaño de muestra fue de 108 participantes; calculado para una diferencia de medias, utilizando el paquete Stats v 1.1 con un universo de 163 pacientes, error de .05 y nivel de confianza de 95%.

#### *Criterios de Inclusión*

Niños y adolescentes entre 7 y 16 años.

#### *Criterios de Eliminación*

Casos que no estaba completo el instrumento.



### *Procedimiento de Reclutamiento*

Posterior a haber sido aprobado el proyecto por los comités de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, se solicitó la autorización verbal a las instituciones educativas seleccionadas para la realización del estudio.

Se enviaron a los hogares de todos los alumnos dirigido a la madre solicitándole identificará que su hijo (a) padecía asma y en caso afirmativo llenara la cédula de datos sociodemográficos (Apéndice B). Se le pedía también llenar el consentimiento informado por escrito (Apéndice A) el cual incluía una breve explicación del estudio, para que su hijo (a) contestara el instrumento PedsQL™ (Apéndice C).

Cuando los niños y adolescentes entregaban a la investigadora el consentimiento informado (Apéndice A) y la cedula de datos sociodemográficos (Apéndice B) correctamente contestados con lo solicitado se acordaba un horario y lugar para la aplicación del instrumento (Apéndice C). Se les explicaba en que consistía el estudio y que su participación era voluntaria. El instrumento se aplicó en un aula asignada para tal fin en grupos dependiendo niños o adolescentes.

### *Instrumento*

El instrumento que se utilizó fue el Inventario de Calidad de Vida (PedsQL™) de Varni (1998); es un instrumento con cuatro subescalas que son: a) funcionamiento físico, b) funcionamiento emocional, c) funcionamiento social y d) funcionamiento escolar. La primera cuenta con ocho reactivos y el resto con cinco reactivos cada una, lo que da un total de 23 reactivos. Cuenta con cinco opciones de respuesta que van desde: 0 = Nunca, hasta 4 = Casi siempre. Para el tratamiento estadístico se trabajó con índice de 0 a 100 y se invirtieron los valores, es decir Nunca (no es un problema) = 100%, Casi Nunca = 75%, Algunas Veces = 50%, A Menudo = 25% y Casi Siempre (es un problema) = 0%.

La interpretación de los datos se explica de la siguiente manera: A mayor puntaje obtenido, mejor calidad de vida.

La consistencia interna del instrumento reportada por el autor oscila entre .78 a .92, cuando el instrumento se aplicó en población pediátrica de 7 a 18 años de edad, Latina de Estados Unidos, Colombia y otros países Europeos (Varni 2001).

Se aplicó la cédula de datos sociodemográficos, a fin de contar con el perfil de los participantes. La cédula contiene edad en años cumplidos del niño y adolescente, grado escolar, sexo, años de padecer el asma y número de internamiento durante el último año.

Para la aplicación del instrumento se capacitó a dos licenciados en enfermería, con experiencia en trabajo comunitario y en especial en trato con niños sanos y enfermos. La capacitación consistió en explicarles el propósito del estudio, así como el instrumento; se les dio a conocer los aspectos éticos y se les proporcionó una caja sellada, para que fueran depositados una vez que fueron contestados.

### *Consideraciones Éticas*

Este proyecto respetó los aspectos éticos que declara la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud, 1987). Del Título segundo Capítulo I, Artículo 14, Fracción VII, el proyecto contó con la autorización de las comisiones de Investigación y Ética de la Facultad de Enfermería de la UANL. Se obtuvo la autorización verbal de las autoridades de las respectivas instituciones educativas federales (primarias y secundarias) para la realización del estudio (Fracción VIII).

De acuerdo al Artículo 17, Fracción I, se consideró una investigación sin riesgo ya que no se realizó ninguna modificación en variables psicológicas, físicas o emocionales del niño y adolescente.

Respecto a los Artículos 20 y 21, Fracciones IV, VI, VII y VIII se protegió la

privacidad de los niños y adolescentes, ya que se les reunía en un aula para la aplicación del instrumento, se proporcionó una información clara acerca del estudio, y se puntualizó su derecho de retirarse del estudio en cualquier momento que lo desearan y se les aseguró, que ello no repercutiría en su evaluación académica (Capítulo V, Artículo 58, Fracciones I y II).

De acuerdo al Capítulo III, Artículo 36 los participantes se identificaron sólo para fines de obtener el consentimiento informado de la madre o tutor. Pero sus nombres no aparecieron en el instrumento.

#### *Análisis de Datos*

Para la captura y procesamiento de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS (Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales) Versión 10. Se utilizaron estadísticas descriptivas, para obtener medias, frecuencias y porcentajes. Se aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para verificar la normalidad de las variables y el coeficiente de correlación  $r$  de Pearson. También se utilizó la  $t$  Student, para ver la diferencia de medias en cada una de las dimensiones. Para probar la influencia del tiempo de diagnóstico e internamientos sobre la calidad de vida, se utilizó un modelo de regresión múltiple, así como diagramas de dispersión para calidad de vida con internamientos y tiempo de padecer asma de acuerdo a género.

### Capítulo III

#### Resultados

En éste capítulo se presentan los datos de confiabilidad del instrumento PedsQL™, datos descriptivos que caracterizan a la población pediátrica del estudio: valores absolutos y relativos, media, positivos, negativos y desviación estándar. Prueba de normalidad de variables, matriz de correlación y diferencias de medias. Los resultados se presentan en tablas y figuras.

#### *Confiabilidad del Instrumento*

##### *Tabla 1*

Coefficiente Alpha de Cronbach de las subescalas y escala total del Inventario de Calidad de Vida en Pediatría (PedsQL™)

Subescalas y Escala Total	Numero de Reactivos	Alpha de Cronbach
Físico	8	.75
Emocional	5	.72
Social	5	.65
Escolar	5	.66
Total	23	.87

Fuente: PedsQL™

$n = 108$

Como se puede observar en la tabla 1, la consistencia interna del Instrumento PedsQL™ es aceptable con un Alpha de Cronbach de .86, con estos datos se responde al objetivo 1 “Demostrar la Confiabilidad del inventario de calidad de vida pediátrica PedsQL™ en población mexicana”.

*Estadística Descriptiva*

Tabla 2

## Perfil de la población pediátrica

VARIABLES	f	%
<b>Edad</b>		
6 – 11	31	28.7
12	27	25.0
13	26	24.1
14 – 16	24	22.2
<b>Género</b>		
Masculino	56	51.9
Femenino	52	48.1
<b>Escolaridad</b>		
De primero a tercero de primaria	10	9.3
De cuarto a sexto de primaria	22	20.4
De primero a tercer año secundaria	76	70.3
<b>Tiempo de padecer asma</b>		
De uno a menos de tres años	20	18.6
De 3 a más años	88	81.4
<b>Numero de internamiento porr asma o complicaciones en el último año</b>		
Sin internamiento	61	56.4
De 1 a 2 internamientos	38	35.2
De 3 a 7 internamientos	9	8.4

Fuente: Cédula de Datos Sociodemográficos

n = 108

En la tabla 2 se presentan variables sociodemográficas y de la patología. La mayoría de los participantes fueron de secundaria. El mayor porcentaje de los participantes reportaron tener de tres a más años de padecer asma; una tercera parte reportaron haber sido internados de una a dos veces en el último año. Con los datos que se presentan se responde al objetivo 2. “Conocer el perfil de población pediátrica del estudio”.

*Estadística Inferencial*

En preparación para el análisis se procedió conocer la distribución de las variables mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov, encontrándose lo sig:

Tabla 3

## Prueba de Kolmogorov-Smirnov

Variables del estudio	Parámetros Normales		Diferencias Extremas			D	Valor de p
	$\bar{X}$	DE	Absoluta	Positiva	Negativa		
Edad	11.96	2.10	.220	.110	-.220	2.286	.000
Género	1.48	.50	.350	.350	-.331	3.631	.000
Escolaridad	6.54	1.95	.298	.115	-.298	3.094	.000
Tiempo de padecer asma	6.74	4.25	1.39	.139	-.114	1.442	.031
Numero de internamientos por asma o complicaciones	.85	1.34	.303	.303	-.262	3.145	.000
Escala total de Calidad de Vida en Pediatría	30.89	15.26	.091	.091	-.058	.943	.337
Funcionalidad Física	33.27	17.79	.101	.101	-.055	1.043	.222
Funcionalidad Emocional	33.24	20.78	.099	.099	.055	1.029	.240
Funcionalidad Social	20.46	16.55	.139	.139	.108	1.440	.032
Funcionalidad Escolar	28.98	18.95	.099	.099	.063	1.027	.242

Fuentes: Cédula de Datos Sociodemográficos y PedsQL™

n = 108

En la tabla 3 se observa que al realizar la prueba de Kolmogorov-Smirnov, no se encontró normalidad en seis de las variables, por lo que se decidió utilizar pruebas no paramétricas para el análisis estadístico.

Tabla 4

Matriz de correlación de Pearson de las variables de estudio

	1	2	3	4	5	6	7	8
1 Edad	1.000							
2. Escolaridad	.938 .000	1.000						
3. Tiempo de padecer asma	.101 .301	.129 .183	1.000					
4. Numero de internamientos por asma o complicaciones	-.022 .822	-.034 .729	-.028 .772	1.000				
5. Escala total de Calidad de Vida en Pediatría (PedsQL™)	-.099 .309	-.120 .216	-.195 .043	.262 .006	1.000			
6. Funcionalidad Física	-.009 .927	-.022 .824	-.151 .120	.208 .031	.872 .000	1.000		
7. Funcionalidad Emocional	.024 .804	-.001 .994	-.180 .062	.248 .010	.795 .000	.606 .000	1.000	
8. Funcionalidad Social	-.119 .219	-.122 .207	-.155 .109	.115 .236	.663 .000	.418 .000	.360 .000	1.000
9. Funcionalidad Escolar	-.259 .007	-.285 .003	-.130 .179	.254 .011	.783 .000	.558 .000	.495 .000	.451 .000

Fuente: Cédula de Datos Sociodemográficos y PedsQL™

 $n = 108$ 

Nota: El valor superior corresponde a la correlación.

El valor inferior es valor de  $p$ .

En la tabla 4 se observa que existe correlación entre cada subescalas y la escala total del PedsQL™, ( $p < .05$ ). La escala total presenta asociación negativa con tiempo de padecer asma, y positiva con número de internamientos por asma o complicaciones.

Para responder al objetivo de explorar si el tiempo de diagnóstico y número de internamientos afectan la calidad de vida de niños y adolescentes con asma, se aplicó una prueba de regresión múltiple, la cual se presenta a continuación:

Tabla 5

Prueba de Regresión Múltiple para las variables: número de internamientos y tiempo de padecer asma como predictores de la calidad de vida (total):

Modelo	SC	GI	MC	F	Valor de p
Regresión	2587.045	2	1293.522	6.078	.003
Residual	22346.189	105	212.821		
Total	24933.234	107			

Fuente: Cédula de Datos Sociodemográficos y PedsQL™  $n = 108$

En el modelo de regresión que se muestra en la tabla 5 existe significancia estadística entre las variables con  $p < .05$  ( $F = 6.078$ ), lo que permite afirmar, que la calidad de vida de niños y adolescentes con asma se ve afectada por el número de internamientos durante el último año y el tiempo de padecer el asma.

Tabla 6

Contribución de las variables al modelo de Regresión Múltiple

Modelo	Coeficientes no estandarizado		Coeficiente estandarizado	t	Valor de p
	B	EE	$\beta$		
Variabes constantes:					
Tiempo de padecer Asma	-.674	.332	-.187	-2.028	.045
Numero de internamientos por asma o complicaciones.	2.938	1.054	.257	2.778	.006

Fuente: Cédula de Datos Sociodemográficos y PedsQL™  $R^2 = .32$   $n = 108$

En la tabla 6 se observa que en las variables, tiempo de padecer asma y número de internados por asma en el último año, tienen significancia estadística con  $p < .05$  y que la variación explicada es de 32%, es decir que el tiempo de padecer asma y número de internamientos de los participantes explican la calidad de vida en la población de estudio.



A continuación se presentan los diagramas de dispersión de estas variables:

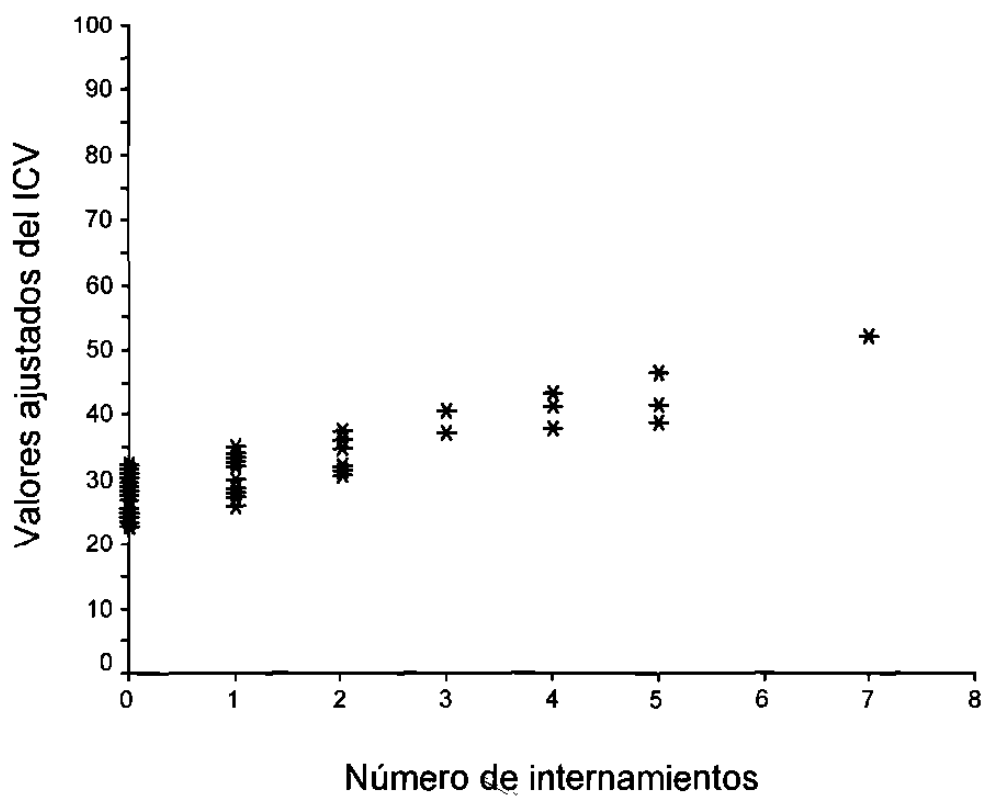


Figura 1 Índice de calidad de vida y número de internamientos

En la figura 1 se aprecia que el número de internamientos se relaciona con el índice total de calidad de vida ( $r = .262$  y  $p = .006$ ).

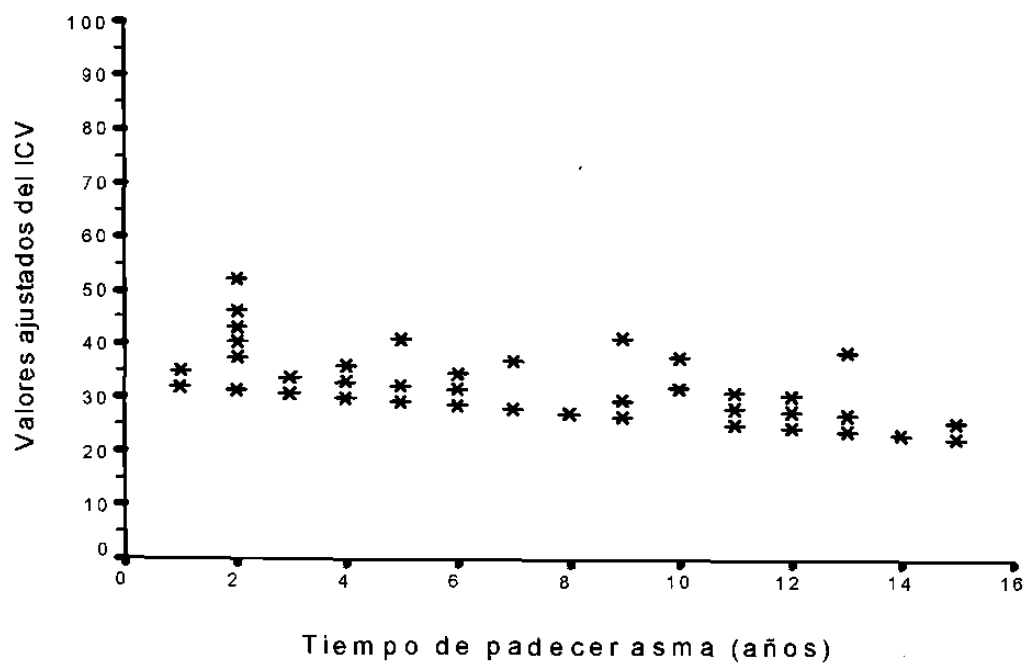


Figura 2 Índice de calidad de vida y tiempo de padecer asma

En las figuras 2 se observa que a menor tiempo de padecer asma es mejor la calidad de vida ( $r = -.195$  y  $p = .043$ ).

Tabla 7

Valores estadísticos de las Subescalas del funcionamiento de calidad de vida que mide el PedsQL™

Subescalas y Escala Total	Valores		$\bar{X}$	DE
	Mínimo	Máximo		
Funcionamiento Físico	.00	81.25	33.27	17.79
Funcionamiento Emocional	.00	85.00	33.24	20.78
Funcionamiento Social	.00	85.00	20.46	16.55
Funcionamiento Escolar	.00	90.00	28.98	18.95
Total	1.14	68.18	30.89	15.26

Fuente: PedsQL™

$n = 108$

La hipótesis del estudio que dice “La media de calidad de vida de los niños y adolescentes, es más alta en las subescalas de funcionalidad física y emocional que en la social y escolar”, los datos que se muestran en la tabla 7, observamos que efectivamente las subescalas de funcionamiento físico es de 33.27% y la emocional de 33.24% son más altas que la social y escolar, inclusive que la escala total del PedsQL™, por lo que se acepta la hipótesis planteada.

Para responder al objetivo 4 que dice “Identificar si la calidad de vida es mayor en las mujeres que en los varones de acuerdo al tiempo de padecer asma y número de internamientos” se presentan la figura 3 y 4, donde de manera gráfica se aprecia que la calidad de vida es mayor en las mujeres que en los varones y que mientras menos

internamientos y menos tiempo de padecer el asma, es mejor la calidad de vida en la población de estudio.

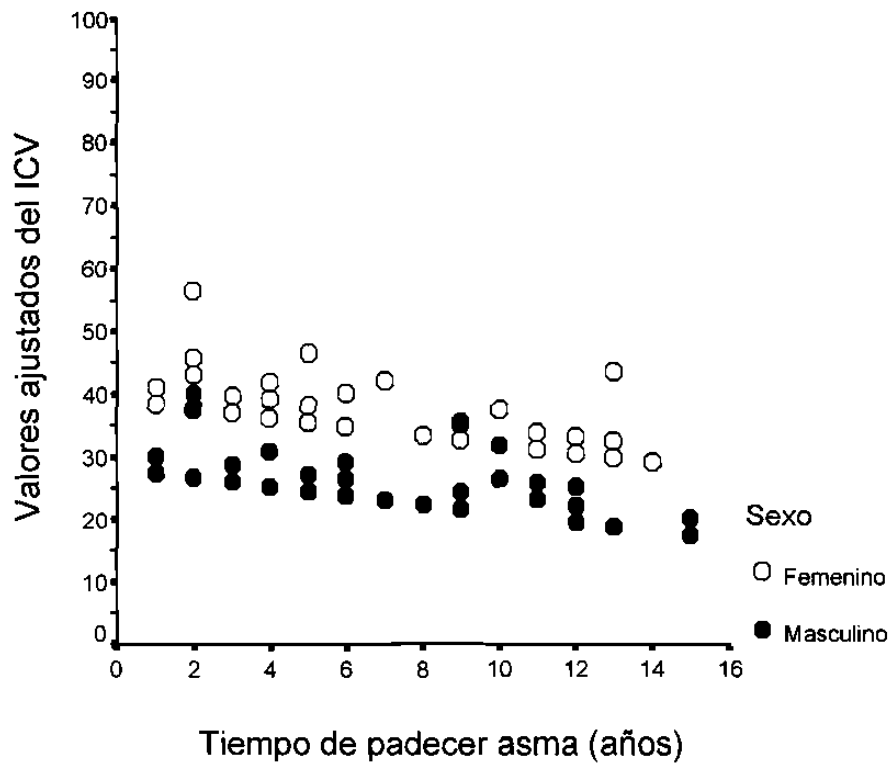


Figura 3 Índice de calidad de vida de acuerdo a género y tiempo de padecer asma

De acuerdo a la figura 3, a menor tiempo de padecer asma es mayor la calidad de vida. Los valores mas altos son para las mujeres en quienes se reportó una media de calidad de vida de 36.69,  $DE = 15.64$ , contra una media de 24.43 y  $DE = 12.85$  para los hombres. El valor de  $p$  fue  $< a .01$ .

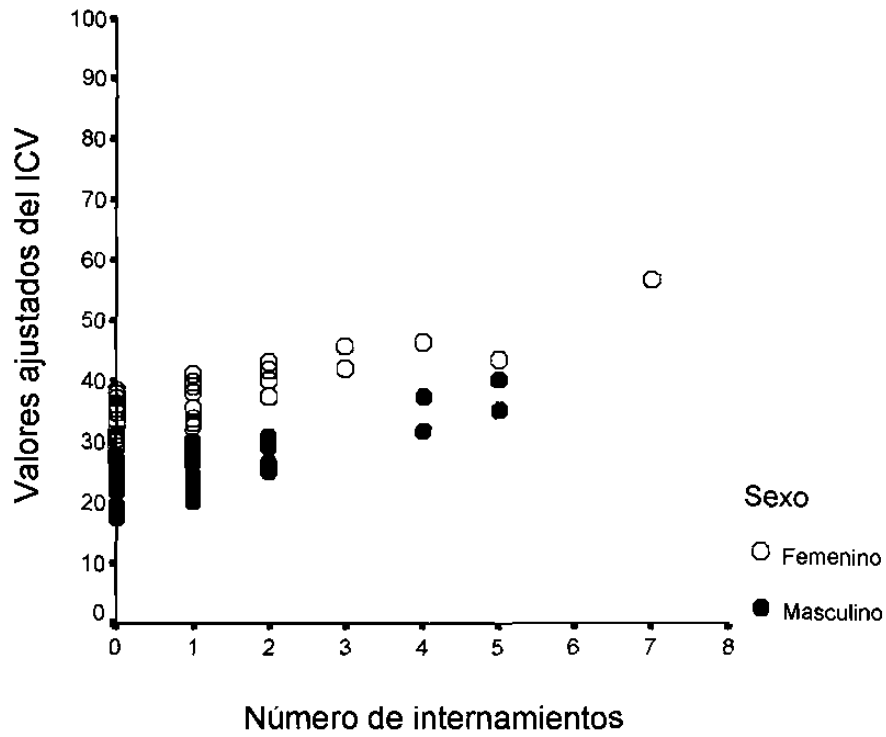


Figura 4 Índice de calidad de vida de acuerdo a género y número de internamientos

En la figura 4 se observa que mientras mas internamientos existan en las mujeres es mejor calidad de vida. La media para las mujeres fue de 37.50,  $DE = 17.80$ , mientras para los hombres fue 25.00,  $DE = 15.80$   $p < .05$ .

## Capítulo IV

### Discusión

En éste capítulo se discuten los resultados de la hipótesis y objetivos que se plantearon en el trabajo, a la luz de los reportes de estudio relacionados, contexto sociocultural e inferencias.

La confiabilidad obtenida del PedsQL<sup>TM</sup> es congruente a lo reportado por Varni (1998), con lo que se asume que el instrumento puede seguirse aplicando en población pediátrica mexicana.

Respecto al perfil de la población, la mayoría de los participantes fueron de escuelas secundarias, es decir que estaban en la edad de la adolescencia. El género de mayor predominio fue el masculino, esto es semejante a lo reportado por Cerino, Carballo, Ortiz, Arreguin y Meza (1995) y Pljaskic-Karmenov, Djordjevic, Radic y Kamenov (2002); ambos señalan que el asma se presenta con mayor frecuencia en hombres que en mujeres. Los primeros muestran con una relación de 1.8 por 1, mientras que los segundos autores reportaron que su muestra la integraron 85 hombres y 40 mujeres.

Debido a que existió suficiente variabilidad en la edad, se encontró que más del 80 por ciento de los participantes reportaron tener de 3 a más años de padecer asma y que a diferencia de Kirvassilis (2002), en el presente estudio más del 50 por ciento de los participantes no se habían hospitalizado en el último año, lo cual puede atribuirse a que las causas de crisis asmáticas se presentan más en condiciones adversas y posiblemente los adolescentes hayan aprendido a protegerse para no padecer las crisis que les enfrentan a hospitalizaciones recurrentes.

El tiempo de haber sido diagnosticados con asma y el número de veces que se internaron, explicaron en un 32% la calidad de vida de los participantes, lo cual es lógico en función de que estas variables afectan la funcionalidad de niños y adolescentes según

las diversas subescalas que maneja el instrumento PedsQL™, debido a que incluye actividades propias de la etapa de desarrollo de la población de estudio.

En las subescalas de funcionalidad física y emocional se reportaron las medias más altas de calidad de vida (aunque fueron menores al 60%), estos datos difieren, de lo reportado por Reichenberg (2001), quien señala que 74 por ciento de sus participantes, dijeron presentar limitaciones para correr. Así mismo en el estudio reportado por la Asociación Española de Neumología Pediátrica (s/f) se observa que el 65 y 47 por ciento tuvieron dificultades para correr y jugar respectivamente, esta situación de manera particular es semejante a lo encontrado en el estudio, pues más del 50 por ciento de los participantes reportaron estar afectados en éstos aspectos de su funcionalidad; además en el primer caso, las preguntas se enfocaron a las limitaciones que habían tenido en la última semana, mientras que en este estudio, se preguntó solo respecto al último mes.

Los porcentajes más bajos de afectación en la calidad de vida en el estudio de la Asociación Española de Neumología Pediátrica (s/f) fueron por estar ansiosos o deprimidos, lo cual es similar a lo encontrado en el presente trabajo. Otra explicación relacionada a los hallazgos anteriores es que probablemente por ser los adolescentes un mayor número en la muestra de esta investigación; tal vez ya se han adaptado o superado a vivir con el asma.

La calidad de vida fue mejor en las mujeres que en los hombres, lo que difiere a lo reportado en la Asociación Española de Neumología Pediátrica, aunque las diferencias reportadas son mínimas, posiblemente esto también se asocie a la cultura mexicana, donde desde etapas tempranas de la vida se insta a que la mujer debe cuidar la salud propia y de los demás miembros de la familia.

En el presente estudio la calidad de vida estuvo considerada también con internamientos en el último año y tiempo de haber sido diagnosticado con el género. En ambas situaciones se reportó significancia estadística pues las medias de mujeres para calidad de vida fueron más altas que para los hombres; también se sabe que a menor

tiempo de padecer el asma es mejor la calidad de vida para ambos grupos, sin embargo en las mujeres es mas alta. Otro hallazgo fue que mientras mas internamientos existe mejor calidad de vida, posiblemente esto se asocie a que al recibir mas cuidados del personal de salud, se fortalece mas en su salud y calidad de vida.

### *Conclusiones*

El Instrumento de Calidad de Vida en Pediatría, conocido con las siglas en ingles como PedsQL™ de Varni (1998), reportó confiabilidad aceptable y puede ser utilizado en población mexicana.

El perfil de estudio respecto a edad y género, fue similar a lo reportado por otros autores, que consideraron niños y adolescentes en sus estudios.

Las variables tiempo de padecer asma y veces de internamientos, en conjunto explicaron el 32% de la calidad de vida en niños y adolescentes del estudio.

La media de calidad de vida de los niños y adolescentes es más alta en las subescalas de funcionalidad física y emocional que en la social y escolar.

Respecto al género, la calidad de vida fue mayor en las mujeres que en los varones, esto es igual a lo reportado por otros autores.

### *Recomendaciones*

Hacer replica de este estudio con una muestra aleatorizada.

Considerar dentro de otros estudios con población pediátrica, que estos sean realizados en diversos periodos del año para precisar mejor la variable.



## Referencias

- Asociación española de Neumología pediátrica. (S/f). *Valoración de calidad de vida en niños asmáticos*. Recuperado el 19 de febrero de 2003 de <http://www.neumped.org/calidad%20de%20vida.pdf>.
- Barraza – Villarreal A., Sanin – Aguirre L. H., Téllez – Rojo M. M., Lacasaña Navarro M. & Romieu, I. (2001). Prevalencia de asma y otras enfermedades alérgicas en niños escolares de Ciudad Juárez, Chihuahua. *Salud Pública de México*, 43(3), 433-437.
- Blasco S.A. (2001). Cuestionarios de calidad de vida: Aspectos teóricos. *Alergología e Inmunología Clínica*. 16, 239-263.
- Cerino J. R. , Carballo C.M. Ortiz, A. I. Arreguín, O.L. & Meza, M. A. (1995). Epidemiología de asma, rinitis alérgica y dermatitis atópica. *Alergia e Inmunología Pediátrica*, 4(6). 176-179.
- Contreras, P.F.J., Martínez D.A., Serrano A.P. & López S.M.C. (2000). Calidad de vida en pacientes alérgicos. *Alergia e Inmunología Clínica*, 15 (2), 184-203
- Díaz, A. J. (1998). Introducción a la psico-oncología pediátrica. Calidad de Vida. *Programa de enlace con pediatría para el niño oncológico*. 1-7.
- Gómez-Vela M. & Sabeh, E. L. (2001). *Calidad de Vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica*. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad. Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca. 1-6.
- Grau. J. A. (1998). *Calidad de vida y salud: problemas actuales en su investigación*. Asociación Colombiana de Psicología de la salud. 1-6.
- Hagedorn, M. (1990). Oxygenation: Implications of abnormalities in structure and function. In S. R. Mott, S. R. James & A. M. Sperhac (Eds.). *Nursing care of children and families*. (pp. 1022-1024). New York: Addison-Wesley Nursing.
- Kirvassilis V. F. (2002). Quality of Life in children with asthma. *Hippokratia* 6, (Suppl.

- 1), 107-110.
- López L. J. R., (1999). Epidemiología de alergia pediátrica en el Hospital General de México. Análisis orientado por problemas y basado en evidencia de 1,000 pacientes. *Alergia, Asma e Inmunología Pediátrica*, 8(1), 17-20.
- Méndez C. J. E. & Sierra M. J. J. L. (2002). Asma en Niños. *Revista Mexicana de Puericultura y Pediatría*, 9(5), 72-79.
- Martínez-Cairo C.S., Salas-Ramírez M. & Segura Méndez N.H. (1995). Los aspectos epidemiológicos del asma bronquial en la República Mexicana. *Gaceta Médica de México*, 131(3), 277-281.
- Polit D & Hungler B. (1999). *Investigación científica en ciencias de la salud*. (6ª ed.) México D.F.: Mc Graw -Hill Interamericana.
- Pljaskic-Karmenov S. S., Djordjevic V.D., Radic S.S. & Kamenov B.A.(2002). Asthma Quality of Life as Marker of Disease Severity and Treatment Evaluation in School Children. *Medicine and Biology*, 9(2), 175-180.
- Rajmil L., Estrada M.D., Herdman M., Serra-Sutton V. & Alonso J. (2001). Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la infancia y la adolescencia: revisión de la bibliografía y de los instrumentos adaptados en España. *Gaceta Sanitaria*, 15 (Suppl 4), 34-43.
- Reichenberg K. (2001). *Children with asthma and their families. Coping, adjustment and quality of life*. Dissertation at the Nordic School of Public Health, Göteborg, Sweden. 1-43.
- Secretaría de Salud (1987). *Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud*. México. Porrúa.
- Secretaría de salud (2001). *Principales causas de enfermedad*. Recuperado el 9 de febrero de 2003, de <http://www.tamaulipas.gob.mx/sedesol/salud/enfermedades.htm>
- Seipp C. (2002). *Asthma attack: When "zero tolerance" collides with children's health*.

Recuperado de <http://www.reason.com>

- Shumaker, S. & Naughton, M. (1995). International Assessment of Health-Related Quality of life: a theoretical perspective. En S. Shumark, R Berson (Eds.), *The international assessment of health- related quality of life: theory, traslation, measurement and analysis*. Oxford. Rapid Communications.
- Varni, J. W. (1998). Inventario de Calidad de Vida. PedsQL. *Mapi Research Institute, QoL Newsletter*.
- Varni J.W. (2001). The PedsQI 4.0 Generic Core Scales in healthy and patient populations. *Medial Care*. 39 (8); 800 – 812.
- Varni, J.W., Seid, M. & Kurtin, P. (1999). The PesdsQL. Measurement Model for the Pediatric Quality of Life Inventory, version 4.0. *Mapi Research Institute, QoL Newsletter*.
- Velarde – Jurado E. & Ávila – Figueroa C. (2002). Evaluación de la calidad de vida. *Salud Pública de México*, 44(4); 329-361.
- Velarde – Jurado E. & Ávila – Figueroa C. (2002). Consideraciones metodológicas para evaluar la calidad de vida. *Salud Publica de México*, 44(5), 448-460.

## Apéndices

## Apéndice A

*Consentimiento Informado*

Estoy enterada que la Lic. Verónica Guajardo Balderas esta interesada en conocer como se afecta la funcionalidad de los niños y adolescentes que padecen asma. Así mismo me ha informado que es alumna de la Maestría en Ciencias de Enfermería de la Facultad de Enfermería de la UANL, y que el estudio que esta realizando es para concluir sus estudios de Maestría.

La participación de mi hijo consiste en contestar de manera libre y voluntaria un cuestionario sencillo y corto que no afecta o daña su integridad personal o de la familia, además puede negarse a participar, o bien suspender la contestación al cuestionario en cualquier momento sin que este hecho afecte la situación escolar de mi hijo(a).

La Lic. Verónica Guajardo Balderas me ha explicado que la información brindada por mi hijo(a) será manejada de manera confidencial ya que no aparecerá el nombre de mi hijo(a) en el cuestionario y que los resultados serán dados a conocer de manera general. No hay forma de que se identifique a mi hijo(a) con la información.

La Lic. Verónica Guajardo Balderas que si tengo alguna duda puedo comunicarme a la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León con la ME Ma. del Refugio Durán López al teléfono 8348-1847. Así mismo Verónica me ha manifestado que esta dispuesta a aclararme todas las dudas relacionadas con él y con otras que se me presenten antes, durante y después de la aplicación del cuestionario. Sé que puedo preguntar con confianza si es que así lo requiero.

Conociendo todo lo antes señalado, estoy de acuerdo y doy mi consentimiento para participar:

Nombre de la Madre \_\_\_\_\_

Firma de la Madre \_\_\_\_\_

Firma del Responsable del estudio \_\_\_\_\_

## Apéndice B

*Cédula de Datos Sociodemográficos:*

Sra. Madre de familia, la Lic. En Enfermería Verónica Guajardo Balderas, solicita por éste conducto que si su hijo o hija que acude a la escuela

Se le ha diagnosticado asma? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

En caso afirmativo por favor conteste las siguientes preguntas.

Nombre (Hijo (a)): \_\_\_\_\_

1. Edad: \_\_\_\_\_ 2. Sexo: \_\_\_\_\_ 3. Año que cursa actualmente \_\_\_\_\_

4. Cuanto tiempo tiene de padecer Asma \_\_\_\_\_ 5. Durante el último año ¿cuantas veces se ha internado por causa del asma o sus complicaciones? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Apéndice C

ID# \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

*PedsQL™ de Varni**Inventario de Calidad de Vida en Pediatría**Versión 4.0***INSTRUCCIONES**

En la siguiente página está una lista de cosas que pueden ser un problema para usted. Por favor díganos que tanto problema ha sido cada una para usted el pasado mes colocando un círculo en :

- 0 Si nunca es un problema
- 1 Si casi nunca es un problema
- 2 Si algunas veces es un problema
- 3 Si a menudo es un problema
- 4 Si casi siempre es un problema

No existen respuestas correctas o equivocadas

Si no entiendes alguna pregunta, por favor pide ayuda levantando tu mano en forma callada desde tu lugar.

Derechos reservados por el autor del instrumento Dr. James W. Varni

Instituto de Investigación Mapi Francia.

E – mail: [canfray@mapi.fr](mailto:canfray@mapi.fr)

[ntoraubylly@mapi.fr](mailto:ntoraubylly@mapi.fr)

## Apéndice D

Valores absolutos y relativos en cada reactivo del Inventario de Calidad de Vida en  
Pediatría PedsQL™.

	Nunca		Casi Nunca		Algunas Veces		A Menudo		Casi Siempre	
	<i>f</i>	%	<i>F</i>	%	<i>f</i>	%	<i>F</i>	%	<i>f</i>	%
<b>Funcionalidad Física</b>										
Caminar	48	44.4	26	24.1	21	19.4	7	6.5	6	5.6
Correr	13	12.0	18	16.7	49	45.4	9	8.3	19	17.6
Deportes o ejercicio	19	17.6	22	20.4	38	35.2	12	11.1	17	15.7
Cargar pesado	35	32.4	27	25.0	35	32.4	3	2.8	8	7.4
Baño regadera	88	81.5	10	9.3	6	5.6	1	1.9	3	2.8
Trabajo de casa	50	46.3	25	23.1	26	24.1	1	.9	6	5.6
Dolor o molestias	13	12.0	25	23.1	52	48.1	4	3.7	14	13.0
Poca energía	41	38.0	24	22.2	25	23.1	6	5.6	12	11.1
<b>Funcionalidad Emocional</b>										
Asustado / miedo	49	45.4	17	15.7	31	28.7	6	5.6	5	4.6
Triste / decaído	38	35.2	27	25.0	33	30.6	7	6.5	3	2.8
Enojado	42	38.9	24	22.2	34	31.5	2	1.9	6	5.6
Difultad dormir	36	33.3	17	15.7	33	30.6	11	10.2	11	10.2
Preocupación futura	26	24.1	15	13.9	40	37.0	10	9.3	17	15.7
<b>Funcionalidad Social</b>										
Relación con otros	68	63.0	16	14.8	18	16.7	2	1.9	4	3.7
No quieren ser amigos	81	75.0	14	13.0	11	10.2	1	.9	1	.9
Se burlan de mi	75	69.4	14	13.0	15	13.9	2	1.9	2	1.9
Imposible hacer cosas	48	44.4	29	26.9	23	21.3	2	1.9	6	5.6
Mantenerme igual otro	29	26.9	27	25.0	32	29.6	9	8.3	11	10.2
<b>Funcionalidad Escolar</b>										
Atención en clase	62	57.4	18	16.7	22	20.4	2	1.9	4	3.7
Olvidan cosas	35	32.4	24	22.2	37	34.3	3	2.8	9	8.3
Hacer tarea	64	59.3	17	15.7	20	18.5	4	3.7	3	2.8
Falto escuela	38	35.2	18	16.7	35	32.4	5	4.6	12	11.1
Falto p/ ir Doctor	25	23.1	26	24.1	41	38.0	5	4.6	11	10.2

Fuente: PedsQL™

*n* = 108



## RESUMEN AUTOBIOGRAFICO

Candidato para obtener el grado de Maestría en ciencias de Enfermería con Enfoque en  
Salud Comunitaria

Tesis: CALIDAD DE VIDA EN ADOLESCENTES Y NIÑOS CON ASMA

Biografía: Verónica Guajardo Balderas; nacida en el Estado de Tamaulipas en la Ciudad de Nuevo Laredo el 16 de Enero de 1977; hija del Sr. Juan Antonio Guajardo Garza y Sra. Ma. Aurora Balderas Herrera.

Educación: Egresada de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Tamaulipas con el grado de Licenciada en Enfermería en 2001, obteniendo el tercer lugar en aprovechamiento de la generación.

Experiencia Profesional: Auxiliar de Docente durante el año de Servicio Social de la Facultad de Enfermería de la UAT en Nuevo Laredo en el año 2001, en el 2002 a la fecha me integro como personal Docente de la misma impartiendo la materia de Enfermería Comunitaria y en Practica Clínica.

E-mail: veronicaguajardo@hotmail.com

