

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

**FACULTAD DE ENFERMERIA
SECRETARIA DE POSTGRADO**



**CREENCIAS MATERNAS Y PREVENCION DE
CRISIS EN EL NIÑO CON ASMA**

Por

LUZ VERONICA BERUMEN BURCIAGA

**Como requisito parcial para obtener el Grado de
MAESTRIA EN ENFERMERIA con Especialidad
en Materno-Infantil: Pediatría**

Julio de 1996

ENCICLIAS MATEERNAS Y PREVENENCION DE

CRISIS EN EL NINO CON ASMA

Q. B4
:4 A7
17 RJ436

L. V. B. B.



1080072409

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERIA
SECRETARIA DE POSTGRADO



TRATADO DE ENFERMERIA Y PREVENCIÓN DE
CRISIS EN EL NIÑO CON ASMA

Por

LUZ VERONICA BERUMEN BURCIAGA

Como requisito parcial para obtener el Grado de
MAESTRIA EN ENFERMERIA con Especialidad en
en Materno-Infantil: Pediatría

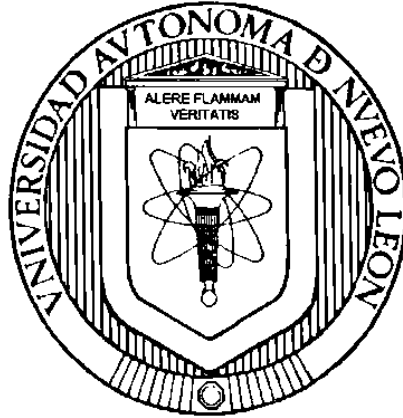
Julio de 1995



TM
R>436
.A7
B4



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE ENFERMERIA
SECRETARIA DE POSTGRADO



CREENCIAS MATERNAS Y PREVENCION DE CRISIS EN EL NIÑO CON ASMA

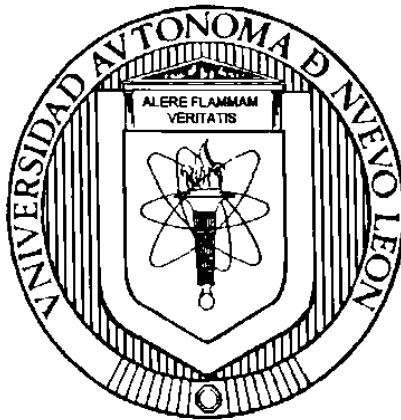
POR:

LUZ VERONICA BERUMEN BURCIAGA

Como requisito parcial para obtener el Grado de
MAESTRIA EN ENFERMERIA con Especialidad en Materno-Infantil: Pediatría

Julio, 1996

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE ENFERMERIA
SECRETARIA DE POSTGRADO**



CREENCIAS MATERNAS Y PREVENCION DE CRISIS EN EL NIÑO CON ASMA

POR:

LUZ VERONICA BERUMEN BURCIAGA

**Como requisito parcial para obtener el Grado de
MAESTRIA EN ENFERMERIA con Especialidad en Materno-Infantil: Pediatría**

Asesor

Lic. Dora Elia Silva Luna

Julio, 1996

CREENCIAS MATERNAS Y PREVENCIÓN DE CRISIS EN EL NIÑO CON
ASMA

Aprobación de Tesis



Lic. Dora Elia Silva Luna M.S.P.
Asesor de Tesis



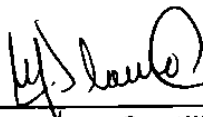
Lic. Dora Elia Silva Luna M.S.P.
Presidente



Lic. Maria del Refugio Durán López M.E.
Secretario



Lic. Velia Margarita Cárdenas Villareal M.E.
Vocal



Lic. Magdalena Alonso Castillo M.S.P.
Secretario de Postgrado

AGRADECIMIENTOS

A la Lic. Dora Elia Silva Luna, asesor de tesis; así como a las Lic. Ma. del Refugio Durán López y Velia Cárdenas Villareal, por formar parte del Comité de Tesis, por sus valiosas sugerencias e interés en la revisión del presente trabajo.

A mis padres: Guadalupe y Socorro, por su confianza, comprensión y paciencia, pero sobretodo por su gran esfuerzo por brindarme lo necesario para mi desarrollo, por encima de su propio bienestar

A mi hermana Carmen, por su apoyo, admiración y cariño que siempre me han alentado a seguir adelante.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por la oportunidad brindada para la realización de la maestría.

A la Facultad de Enfermería y Nutriología de la Universidad Autónoma de Chihuahua, especialmente a la Lic. Leticia Moriel de Rascón, la Lic. Francisca Hernández Campos y la Lic. Rosa María Dozal Molina por su confianza y estímulo de superación profesional. Así como a la Lic. Ma. Elena Olave Arreola por haberme transmitido su amor por la investigación.

Al los docentes de postgrado de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León por todas sus enseñanzas, así como también al personal administrativo: Dacia, Roxana, Maribel, Palmira, Miguel, Gustavo, Anita y su esposo Víctor, por sus atenciones y su amabilidad para conmigo.

Al personal del Centro Regional para la Prevención y el Tratamiento de Enfermedades Alérgicas: Anita, Rocío, Dra. Sandra González y las residentes Norma Pérez, Alejandra Macías y Leonor Morin por la colaboración otorgada, invaluable ayuda, en la realización de este estudio

A Abel, por su gran apoyo y comprensión a lo largo de este año y medio.

A mis compañeros y amigos Magdalena Garza, Juanita, Angélica, Mabel, Vilma y Vitor, por compartir conmigo gratos y difíciles momentos y ayudarme a hacer más fácil mi estancia aquí.

A las familias Guzmán Ortiz y Guzmán Villareal por compartir conmigo bellos momentos, especialmente a mi amiga Lic. Blanca Lidia Ortiz Atilano por su sincera amistad, apoyo, comprensión y tolerancia que me hicieron sentir acompañada.

DEDICATORIA

A Dios, por todo lo que ha puesto en mi camino y por recorrerlo siempre junto a mi.

A mi familia con todo mi cariño, por el amor, comprensión y apoyo incondicional que durante toda mi existencia me han hecho sentir.

Al Dr. Carlos Canseco González y a la Dra. Sandra González Díaz, por su incansable labor en pro de los niños con asma.

TABLA DE CONTENIDO

Capítulo	Página.
1. INTRODUCCION	
1.1 Planteamiento del Problema.....	2
1.2 Hipótesis.....	6
1.3 Objetivos.....	7
1.4 Importancia del Estudio.....	8
1.5 Limitaciones del Estudio.....	9
1.6 Definición de Términos.....	9
2. MARCO TEORICO CONCEPTUAL	
2.1 El Asma como Problema de Salud.....	11
2.2 Impacto del Asma como Enfermedad Crónica en el niño	13
2.3 Modelo de Creencias de la Salud.....	18
2.4 Estudios Relacionados.....	24
3. METODOLOGIA	
3.1 Diseño.....	29
3.2 Universo.....	29
3.3 Sujetos y Muestra.....	30
3.4 Recursos.....	30
3.5 Procedimiento.....	32
3.6 Etica del Estudio.....	33

4. RESULTADOS

4.1 Factores Demográficos.....	36
4.2 Factores Sociopsicológicos.....	37
4.3 Creencias Maternas sobre la Enfermedad.....	38
4.4 Factores Modificadores Estructurales.....	40
4.5 Medidas Preventivas.....	42
4.6 Análisis.....	43

5. DISCUSION

5.1 Conclusiones.....	58
5.2 Recomendaciones.....	60

REFERENCIAS.....	62
------------------	----

APENDICES

APENDICE A.- INSTRUMENTO CMCPA.....	69
APENDICE B.- PROGRAMA DE CAPTURA DE DATOS.....	75
APENDICE C.- RESUMEN AUTOBIOGRAFICO.....	77

LISTA DE TABLAS

Tabla	Página
1. Factores Demográficos Maternos	36
2. Factores Modificadores Sociopsicológicos	37
3. Susceptibilidad Materna sobre manifestaciones del Asma	38
4. Percepción Materna de Severidad del Asma	39
5. Conocimientos de la Madre Acerca del Asma.....	40
6. Medidas Preventivas Aplicadas por la Madre	42
7. Índices Obtenidos en la Escala.....	44
8. <i>Análisis de Varianza entre Índice de Medidas Preventivas y Factores Modificadores Demográficos y Sociopsicológicos</i>	45
9. Correlación entre las Subescalas del Modelo de Creencias.....	46
10. Correlación entre los Indicadores de la Subescala Susceptibilidad Percibida.....	47
11. Correlación entre los Indicadores de la Subescala Severidad Percibida	48
12. <i>Correlación entre los Indicadores de la Subescala Conocimientos</i>	49
13. Correlación entre los Indicadores de la Subescala Medidas Preventivas.....	50
14. Congruencia interna obtenida de las Escalas	51

RESUMEN

Luz Verónica Berumen Burciaga

Fecha de Graduación: Julio 1996

Universidad Autónoma de Nuevo León

Facultad de Enfermería

Título del Estudio:

**CREENCIAS MATERNAS Y PREVENCIÓN
DE CRISIS EN EL NIÑO CON ASMA**

Número de páginas: 78

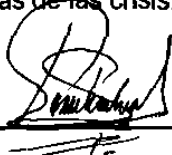
**Candidato para el grado de Maestría
en Enfermería con Especialidad en
Materno-Infantil: Pediatría.**

Área de estudio: Enfermería Pediátrica

Propósito y Método del Estudio: La mayoría de las veces Las enfermedades crónicas repercuten en los estilos de vida de los individuos y sus familias. El asma es una de las enfermedades crónicas de mayor importancia en la niñez, por su frecuencia y repercusiones en el crecimiento y desarrollo del niño cuando no es controlada. En población preescolar y escolar, este control del asma depende básicamente de la madre en función de su papel de proveedora de atención a la salud familiar. Con la finalidad de identificar si los conocimientos y la percepción materna influyen para que se adopten medidas preventivas del asma en sus hijos y bajo los conceptos de factores modificadores, susceptibilidad y severidad percibidas del Modelo de Creencias de Salud, se llevó a cabo este estudio descriptivo y transversal. Para este objetivo se elaboró el instrumento 'Creencias Maternas y Cuidado Preventivo del niño con Asma' (CMCPA), el cual se aplicó a 60 madres que acudieron a consulta y se interpretaron los resultados en base a índices de conocimientos, de susceptibilidad y severidad percibida y medidas preventivas.

Contribuciones y conclusiones: El estudio se brinda al profesional de enfermería pediátrica una herramienta para identificar áreas específicas de oportunidad para fomentar la acción preventiva, como lo es el diseño de programas educativos enfocados a incrementar el conocimiento sobre asma de la madre del paciente y de los otros miembros de la familia. Se encontró que existe una asociación con una r de 0.33 y un nivel de significancia de 0.01 entre los conocimientos y las medidas preventivas del asma. Se identificó que las áreas donde las madres perciben mayor susceptibilidad en sus hijos son las referentes a la posibilidad de nuevas crisis con un 77 por ciento, así como mayor conocimiento en el concepto de asma, síntomas de inicio de crisis y medicamentos con un 80, 75 y 70 por ciento respectivamente y menor conocimiento en cuanto a medidas preventivas de las crisis.

FIRMA DEL ASESOR:



CAPITULO I

INTRODUCCION

La atención a pacientes con enfermedades crónicas plantea un reto a la enfermera pediátrica, por la repercusión de un inadecuado enfoque de dicha atención, en el crecimiento y desarrollo del niño.

La aceptación y práctica por parte de los pacientes y de sus familias de un programa de control de la enfermedad, están influenciadas por múltiples factores. En el caso del preescolar y el escolar con asma, la decisión de la aplicación de medidas preventivas para el control de su enfermedad proviene básicamente de la madre, pues en la mayoría de los casos es la responsable directa del niño, lo cual la convierte en foco de atención para el personal de salud.

Si la enfermera conoce los factores y el grado en que éstos influyen en la decisión materna para implementar un plan de cuidados hacia el hijo, esto permitirá enfocar las intervenciones hacia el fortalecimiento de los factores que influyen favorablemente y la reducción o eliminación de aquellos que tengan una influencia negativa.

En este estudio se buscó identificar las creencias y conocimientos que las madres acerca del asma en sus hijos y la repercusión de éstos en la aplicación de medidas preventivas.

Para el propósito anterior se consideró como referente conceptual el Modelo de Creencias de la Salud (Rosenstock, 1988) en un diseño descriptivo y transversal.

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El asma es el padecimiento más frecuente y severo de las enfermedades del pulmón en niños, constituyendo la primera causa de ingreso a las salas de urgencia pediátricas (Massicot, 1986). Tal situación explica el porqué es considerada también como la causa número uno de ausencia escolar (Stephen, 1986, Valenzuela, 1989). Rosendahl (1989) en un estudio encontró que los niños con asma faltan a la escuela siete veces más en días por año, que los niños no asmáticos.

Según se afirmó en el Primer Congreso Nacional de Alergia Pediátrica en 1992, "En México se considera al asma como un problema de salud pública. Según estadísticas recientes, las enfermedades alérgicas afectan a un gran número de personas en el país. El asma es tal vez la segunda enfermedad alérgica en frecuencia, afectando de un tres a un cinco por ciento de la población y probablemente la número uno por sus repercusiones familiares y

económicas" (Informe de la Sociedad Mexicana de Alergia e Inmunología Pediátrica, SMAIPE).

Reconociendo al asma como una enfermedad de tipo crónico se evidencia la necesidad del establecimiento de un plan de tratamiento que reconozca la naturaleza multidimensional de la enfermedad; ya que al no ser diagnosticada o al ser mal tratada interferirá en el crecimiento y desarrollo del niño, pudiendo inclusive llegar a ser causa de muerte por estado de complicación (Valenzuela, 1989).

Actualmente el tratamiento predominante de la enfermedad, tiene como objetivo el revertir la crisis asmática (Duff, 1992), cuando en realidad debe enfocarse hacia conductas preventivas de las crisis, para permitir que el niño lleve un estilo de vida lo más normal posible y con trastorno mínimo de las actividades físicas, para reducir la posibilidad de alteraciones en su desarrollo cognoscitivo, emocional y social (Landau, 1979); pues las implicaciones psicosociales ya bien reconocidas son tan importantes como sus efectos fisiopatológicos (Milner, 1994). Debido a que las crisis se presentan en forma imprevisible, muchos niños con asma tienen sentimientos de temor a morir, ansiedad y hasta pánico, tienden a evitar las actividades físicas y duermen mal. (Miller, 1987; Frank, 1989 y Thompson, 1985).

También se ha demostrado que los factores psicosociales contribuyen en la gravedad del asma, ya que existe una gran correlación entre esta enfermedad y la depresión, ansiedad, agresividad y negación de los síntomas (Strunk, 1985 y Fritz, 1987).

colectivamente en su propia atención, la OMS (1983) vuelve imprescindible el examinar en forma crítica las funciones y la situación de la mujer como proveedora de atención a la salud.

Por ello, en este estudio se planteó la siguiente pregunta de investigación:

¿ Cuales son los conocimientos y creencias sobre el asma que influyen en las madres para ejecutar la conducta preventiva de crisis en los hijos que padecen la enfermedad ?

1.2. HIPOTESIS.

Hipótesis 1

Hi Las creencias maternas respecto a susceptibilidad y severidad del asma en sus hijos se relacionan con las medidas preventivas.

Ho Las creencias maternas respecto a susceptibilidad y severidad del asma en sus hijos no se relacionan con las medidas preventivas.

Variable Independiente: creencias maternas

Variable Dependiente: medidas preventivas

Hipótesis 2

Hi El conocimiento materno como factor modificador está relacionado a las medidas preventivas del asma.

Ho El conocimiento materno como factor modificador no está relacionado a en las medidas preventivas del asma.

Variable Independiente: conocimiento como factor modificador

Variable Dependiente: medidas preventivas

1.3. OBJETIVOS.

Objetivo General:

Determinar cuál es la relación de las creencias y el conocimiento maternos respecto al asma en la aplicación de medidas preventivas adecuadas para la enfermedad en sus hijos.

Objetivos Específicos:

1. Conocer la susceptibilidad y severidad que la madre percibe con respecto a la presencia del asma en su hijo.
2. Identificar los factores modificadores demográficos, sociopsicológicas y estructurales maternos.

1.4. IMPORTANCIA DEL ESTUDIO

A través de la aplicación del Modelo de Creencias de la Salud de Rosenstock (1988), el presente estudio permitió conocer la influencia de las creencias de la salud en la conducta preventiva de las madres de niños con asma, al identificar que la percepción de la severidad de la enfermedad tiene gran importancia y que los conocimientos influyen en la aplicación de medidas preventivas; se brinda así a la enfermera pediátrica elementos para identificar áreas específicas de oportunidad para la acción preventiva y dirigir las intervenciones hacia estos niños, con la visión holística propia de la enfermería.

Por otro lado, cabe mencionar que en la mayoría de los estudios realizados sobre creencias y conducta preventiva, ésta última ha sido registrada en términos de utilización de los servicios de salud, con indicadores como número de consultas, realización de pruebas de detección oportuna de algunas enfermedades o cumplimiento del tratamiento médico indicado (farmacoterapia), mientras que en el presente estudio fue posible conocerla en base a indicadores de los cuidados maternos.

El estudio provee elementos que justifican la implementación de programas y estudios de intervención enfocados a incrementar el conocimiento materno a cargo de la enfermera pediátrica en coordinación con la enfermera comunitaria, teniendo en cuenta las creencias maternas que conducen a conductas nocivas para la salud del niño con asma, y reforzar especialmente

aquellas que son de tipo preventivo, para el logro de un adecuado control de la enfermedad, sin grandes repercusiones en el estilo de vida tanto del niño como de la familia, permitiéndole un óptimo crecimiento y desarrollo en acciones conjuntas de ellos y del profesional de enfermería.

1.5. LIMITACIONES DEL ESTUDIO.

El criterio de selección de la muestra sólo permite generalizar los resultados a poblaciones con las mismas características a la estudiada, pues se trata de un muestreo por conveniencia.

La conducta preventiva se midió en función de las respuestas maternas al cuestionario, no se verificó objetivamente.

1.6. DEFINICION DE TÉRMINOS.

Las definiciones de los conceptos usados en este estudio, se han derivado del Modelo de Creencias de Salud de Rosenstock (1988), realizando las adaptaciones necesarias.

Creencias Maternas.- Son ideas y conceptos de la madre acerca de la enfermedad de su hijo (asma). En este estudio se componen por la susceptibilidad y severidad percibidas:

a) Susceptibilidad Percibida.- Son las creencias de la madre sobre la probabilidad de que su hijo presente crisis asmáticas.

b) Severidad Percibida.- Son las creencias de la madre acerca de la interferencia que la enfermedad produce en la vida social de su hijo.

Factores Modificadores.- Son aquellos elementos que afectan las creencias a favor o en contra para que las madres ejecuten las medidas preventivas de crisis en sus hijos que padecen asma. Contiene las variables demográficas, sociopsicológicas y estructurales:

a) Factores Modificadores Demográficos.- Son aquellos atributos maternos, tales como edad, escolaridad, ocupación y estado civil.

b) Factores Modificadores Sociopsicológicos.- Son aquellos que representan la presión o influencia social ejercida sobre la madre para la conducta preventiva, tales como: consejos de amigos o conocidos, familiares y personal de salud.

c) Factores Modificadores Estructurales.- Se refieren al conocimiento que la madre posee acerca de la enfermedad de su hijo (asma).

Medidas Preventivas.- Son todas aquellas acciones, conductas o actividades realizadas por la madre, con la finalidad de disminuir en frecuencia e intensidad las crisis asmáticas en sus hijos. Incluye medidas de control ambiental, aplicación de fármacos preventivos y utilización de los servicios de salud.

CAPITULO II

MARCO TEORICO CONCEPTUAL

2.1. EL ASMA COMO PROBLEMA DE SALUD

En un estudio de mortalidad por asma en el estado de Nuevo León en la población general, se reportó que a pesar del aumento en el número y eficacia de los recursos terapéuticos existe un incremento de la morbilidad del asma. La prevalencia aumentó de 1.2 por ciento en 1979 a 2.5 por ciento en 1989. (Canseco, González y Alvarado 1993).

El Asma se encuentra entre las diez principales causas de mortalidad infantil en México (1990) con una tasa de 0.37 por 1000 nacidos vivos registrados (Wong, 1995).

En un estudio realizado a través de autoreporte sobre la conducta de 215 médicos mexicanos ante el diagnóstico y tratamiento del asma (Salas y cols. 1994) se encontró una importante discrepancia entre los encuestados; se mostró que los criterios diagnósticos no son aplicados uniformemente, lo que se traduce en un número relativamente alto de pacientes subdiagnosticados; así como también en una falta de control de la enfermedad, con lo que se

favorece la demanda de los servicios de urgencia, el incremento de los costos de salud y el ausentismo escolar, debido a las agudizaciones de la enfermedad.

El campo de estudio de las alergias es de gran importancia en pediatría, si se considera la elevada frecuencia de niños que en grados y formas variables padecen manifestaciones alérgicas (Stephen, 1986). La alergia es una de las causas más comunes de enfermedades respiratorias agudas y crónicas en los niños (Bierman, 1988).

La etiología alérgica del asma ha sido demostrada en un 75 por ciento de los niños, considerándose como la principal causa y catalogando esta enfermedad como una de las principales entre las de tipo crónico en la niñez (Wong, 1995).

En cuanto a la prevalencia del asma en niños de diferentes estratos socioeconómicos, Halfon y Newacheck (1993) demostraron que el 4.3 por ciento de los niños menores de 17 años de edad padecen asma, presentando los niños pobres una prevalencia ligeramente mayor a la de los que tienen recursos económicos altos (4.8 por ciento en los pobres frente a un 4.2 por ciento en los que no lo son).

El manejo adecuado del asma, se basa en el tratamiento integral, con el cual se puede lograr que un 80 por ciento de la población pediátrica que la padece llegue a controlarla totalmente, y permanezca en ausencia de crisis y síntomas de moderados a severos. El 20 por ciento restante podrá controlarse

adecuadamente, aunque llegue a presentar crisis asmáticas durante la adolescencia y en la edad adulta (SMAIPE, 1992).

Algunos pediatras mantienen una actitud optimista con respecto a la evolución natural del asma en los niños, por lo que se enfocan al tratamiento sintomático exclusivamente, esperando que con el transcurso de los años se logre la curación total de las crisis. Basados en estadísticas, sólo el 50 por ciento de niños con asma dejarán de tenerla en la adolescencia; mientras que del otro 50 por ciento que continúa con la enfermedad, un 60 por ciento tiene algún grado de afectación emocional (Bustos, 1993). Estos resultados constituyen una de las causas que justifican el enfoque integral del tratamiento, basado en la prevención, para lograr el adecuado control de la enfermedad.

2.2. IMPACTO DEL ASMA COMO ENFERMEDAD CRÓNICA EN EL NIÑO

La adaptación del niño y la familia a la enfermedad crónica no se debe a que el niño tenga diabetes, artritis o asma, sino más bien a cómo se comporta la enfermedad, cómo ha sido la evolución de la misma y el pronóstico o el grado en que limita la vida diaria del niño; éstas son algunas de las variables que deben ser el centro de los esfuerzos de investigación y programas para ayudar a estos niños y sus familias (Crew 1988).

Newacheck y Taylor en 1992, citados por Wong (1995), afirman que en lo referente a estadísticas relativas a enfermedades crónicas e incapacitantes,

para 1988 se calcula un 20 por ciento de niños menores de 18 años con enfermedades crónicas leves, un nueve por ciento con moderadas y un dos por ciento con graves. De todos los casos, dos tercios son atribuibles al asma, junto con los defectos congénitos cardiacos.

El asma, como otras enfermedades crónicas, ocasiona en el niño repercusiones en su esfera física, psicológica y social, pues presenta una baja autoestima, dificultad para relacionarse con amigos y familiares y bajas calificaciones en la escuela, debido a que no participa en muchas actividades como educación física o competencias deportivas y académicas por el ausentismo escolar derivado de frecuentes visitas al médico u hospitalizaciones (Kurdahi, 1989 y Milner, 1994).

Problemas como éstos derivados de la enfermedad crónica desafían el modelo tradicional del cuidado agudo, pues requiere tanto de actividades dirigidas al mantenimiento activo de la salud como de cuidado durante los episodios agudos de la enfermedad; esto evidencia la necesidad de intervenciones multidisciplinarias coordinadas cuyo objetivo sea dar apoyo, prevención de crisis y manejo de éstas cuando se presenten; control de síntomas; manejo de los regímenes prescritos y problemas concomitantes, ajuste a los cambios en las trayectorias de la enfermedad y normalización de relaciones; minimizando el avance patológico al mismo tiempo que se proporcionan cuidados generales de salud (MacVicar y Sexton-Stone, 1990).

El impacto de la enfermedad crónica en el niño depende entre otras cosas de su nivel de desarrollo, por lo que ha habido cambios de orientación

asistencial entre los cuales se encuentra centrar la atención en los logros que debe tener en las distintas etapas evolutivas infantiles, desde esta perspectiva se insiste más en las capacidades y potencialidades del niño que en sus incapacidades (Wong, 1995).

En la etapa preescolar el niño enfrenta el desarrollo de iniciativa contra el sentido de culpa, empieza a lograr cierta independencia de los padres, su proceso de socialización se extiende más allá de su relación con ellos; ésta puede retrasarse debido a la enfermedad o como resultado de la actitud de los padres ante ella, ya que pueden experimentar dudas con respecto a la forma de cuidar al niño y pueden bloquear oportunidades que permitan que logre su autonomía. El escolar se enfrenta a la tarea de resolver el conflicto entre capacidad e inferioridad, es aquí donde aprende a obtener reconocimiento por el logro de metas, que para el enfermo crónico probablemente sean más difíciles de lograr. La sobreprotección de los padres tal vez le impida participar en actividades que permitan el desarrollo de destrezas intelectuales o prácticas importantes para que alcance un autoconcepto positivo, también enfrentan la difícil tarea de relacionarse y ser aceptados en el grupo de compañeros de la escuela, que los pueden hacer sentir diferentes, de aquí parte la característica común a los niños enfermos crónicos reportada en varios estudios: el aislamiento social (Waechter y cols. 1993).

El papel que juega el personal de enfermería en la prevención y el control de enfermedades crónicas es trascendental; ya que el establecimiento de un adecuado plan de cuidados para el paciente con asma se refleja en un

mejor autocontrol, es decir cuando el paciente y familia aprenden a vivir con la enfermedad, conociendo su manejo y ejecutando las acciones indicadas, lo que trae como consecuencia una reducción de la frecuencia de las crisis.

La adaptación a la enfermedad crónica representa una crisis tanto para el paciente como para su familia, por ello el profesional de enfermería pediátrica necesita valorar a todos los miembros de la familia cuando planea la atención para el niño enfermo crónico (Futcher, 1988; MacVicar y col., 1990; Waechter y cols. 1993 y Wong, 1995) y debe plantear nuevas estrategias para el logro de sus objetivos, entre los cuales la obtención de la confianza de la familia y el niño es primordial; en el caso del asma, la atención básicamente se encuentra enfocada a la educación y asesoría en cuanto a medidas preventivas de las crisis, así como de las medidas necesarias en caso de la presencia de alguna (Whaley y Wong, 1989).

La educación en este sentido se torna más difícil, pues implica cambios en los patrones de vida, los cuales deben ser planificados en base a las circunstancias de cada familia, flexibles a la medida de sus necesidades y deben ser evaluados periódicamente para ajuste a las condiciones cambiantes.

Lo mejor es recurrir a las relaciones padres- profesional de salud, pues se debe reconocer a éstos como una constante en la vida del niño, además es a ellos a quienes compete decidir qué consideran importante para sí mismos y su familia (Wong, 1995).

En el caso de la madre, es bien aceptado que la mujer desde la prehistoria hasta la actualidad ha participado en las acciones de salud en forma

directa. También, es reconocido que ha sido un elemento imprescindible en la organización de la unidad familiar y sus funciones dentro de la familia comienzan en la concepción y siguen durante la gestación, parto, crianza y socialización del niño, y se encarga de su salud física y mental. Desde la gestación se puede observar que la madre está pendiente de la evolución del producto y busca la mejor forma de colaborar en su adecuado desarrollo, vigila estrechamente el periodo perinatal de su hijo y su crecimiento, detectando tempranamente cualquier alteración en su salud para administrar el tratamiento indicado y seguir la evolución del padecimiento (Berumen y col. 1984).

En un estudio multinacional acerca de la mujer como proveedora de atención de salud (reportado por la OMS, 1983) se concluyó que la mujer es generalmente el primer punto de contacto con alguien enfermo en la familia. Y ella es quien decide en qué momento recurren al sistema oficial de salud, además las ideas que ella tenga constituyen un determinante fundamental de la salud de toda la familia.

Por todo ello, el profesional de la enfermería pediátrica debe concentrar su atención en la mujer. Identificando y evaluando los factores propios de la madre que pueden repercutir en los cuidados brindados a su hijo; para así, implementar programas de educación sanitaria basados en la identificación de estos factores (reportado por la OMS, 1983).

2.3. MODELO DE CREENCIAS DE LA SALUD.

El Modelo de Creencias de la Salud, fue desarrollado en la década de los 50's por un grupo de psicólogos sociales, en un intento por explicar el porqué y bajo qué condiciones la gente aceptará acciones preventivas o pruebas de detección temprana de enfermedades, posteriormente se aplicó a las respuestas de los pacientes ante los síntomas y al cumplimiento de regímenes médicos prescritos (Janz y Becker, 1984 y Nemcek, 1990).

Entender las conductas del cliente es esencial para el personal de salud, y proveerse de elementos para su cuidado es de gran relevancia pues en base a ellos se puede obtener la cooperación y participación de ellos en su propio cuidado. El Modelo de creencias de la Salud brinda elementos para conocer el porqué de estas conductas (Mikhail, 1981).

Al tratarse de medidas preventivas, este modelo abarca los tres niveles de prevención: primaria, secundaria y terciaria. Inicialmente se enfocó básicamente a la prevención primaria, pues en la época en la que fue desarrollado, había una preocupación entre los miembros del equipo de salud, por el rechazo por parte de los usuarios hacia el examen para detección y tratamiento oportuno de tuberculosis y cáncer cervicouterino (papanicolaou) así como al programa de inmunizaciones; pero posteriormente, se amplió su utilización a los otros dos niveles. Así, se introdujeron términos como conducta de salud y conducta de enfermedad, para definir el tipo de conducta que se está analizando bajo el marco del modelo, siendo éste útil en ambos

casos. También se introdujo el concepto de rol de conducta del enfermo para referirse a la actividad tomada por aquellos que se consideran enfermos a sí mismos con el propósito de aliviarse (Becker, 1974).

Los componentes del modelo se dividen en: 1) Percepciones individuales, 2) factores modificadores y 3) variables que afectan la probabilidad de acción (Janz y Becker 1984, Rosenstock, 1988). (Ver esquema 1).

1) *Percepciones individuales.* Éstas afectan directamente la predisposición de emprender la acción y son creencias acerca de la susceptibilidad personal y la severidad de una enfermedad específica. La probabilidad estimada de los individuos de encontrarse con un problema específico de salud constituye la susceptibilidad percibida. En el caso de una enfermedad médicamente establecida, esta dimensión se reformuló para incluir la resusceptibilidad a la enfermedad previamente padecida y en base a algunos estudios ya se identificó como variable significativa para la conducta preventiva (Pender, 1987). La severidad percibida (también llamada seriedad) se evalúa por la percepción de posibles consecuencias clínicas (por ejemplo la muerte), o por las consecuencias sociales que los individuos creen que una condición dada de salud podría crearles, incluyendo las implicaciones en el trabajo, escuela, vida familiar y relaciones sociales.

2) Factores modificadores. Son aquellos que podrían en un momento dado afectar las creencias del individuo y por tanto influenciar de manera indirecta la predisposición a emprender la acción preventiva; y se clasifican en tres tipos de variables: demográficas, sociopsicológicas y estructurales. El conocimiento sobre lo inherente a la enfermedad objetivo, se encuentra dentro de las variables estructurales. Dentro de las variables demográficas se encuentran factores inherentes a la persona como son sexo, edad, raza, estado civil, ocupación y escolaridad. En las variables sociopsicológicas se encuentran factores como clase social, influencia de grupos sociales y presión de amigos, familiares y conocidos.

3) Probabilidad de acción. Se basa en dos variables más que propone el modelo, las cuales son: los beneficios percibidos; creencias acerca de la efectividad de las diversas acciones preventivas recomendadas, evaluados por el paciente como el potencial de la intervención de salud para reducir la susceptibilidad o severidad (amenaza de la enfermedad); y las barreras percibidas; obstáculos reales o percibidos para llevar a cabo la conducta preventiva, medidos por la estimación del paciente de los costos financieros, de tiempo y esfuerzo, inconveniencia y posibles efectos secundarios. Los beneficios menos las barreras determinan la probabilidad de emprender las acciones recomendadas de salud preventiva.

Sin embargo, también se creía que era necesario algún estímulo para desencadenar el proceso de toma de decisión. Éste, llamado señales para la

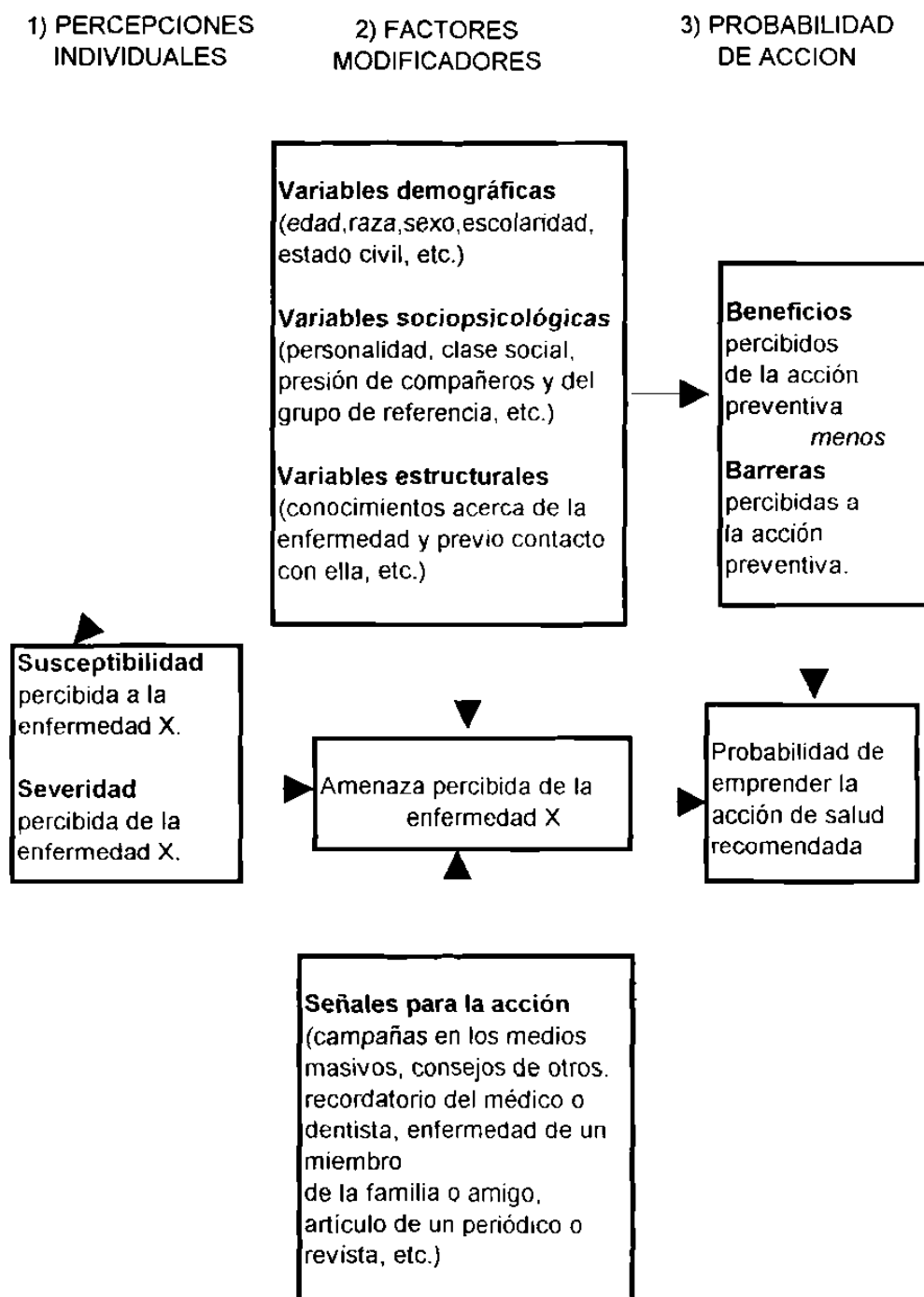
preventiva, medidos por la estimación del paciente de los costos financieros, de tiempo y esfuerzo, inconveniencia y posibles efectos secundarios. Los beneficios menos las barreras determinan la probabilidad de emprender las acciones recomendadas de salud preventiva.

Sin embargo, también se creía que era necesario algún estímulo para desencadenar el proceso de toma de decisión. Éste, llamado señales para la acción, puede ser interno (por ejemplo síntomas) o externo (por ejemplo anuncios publicitarios).

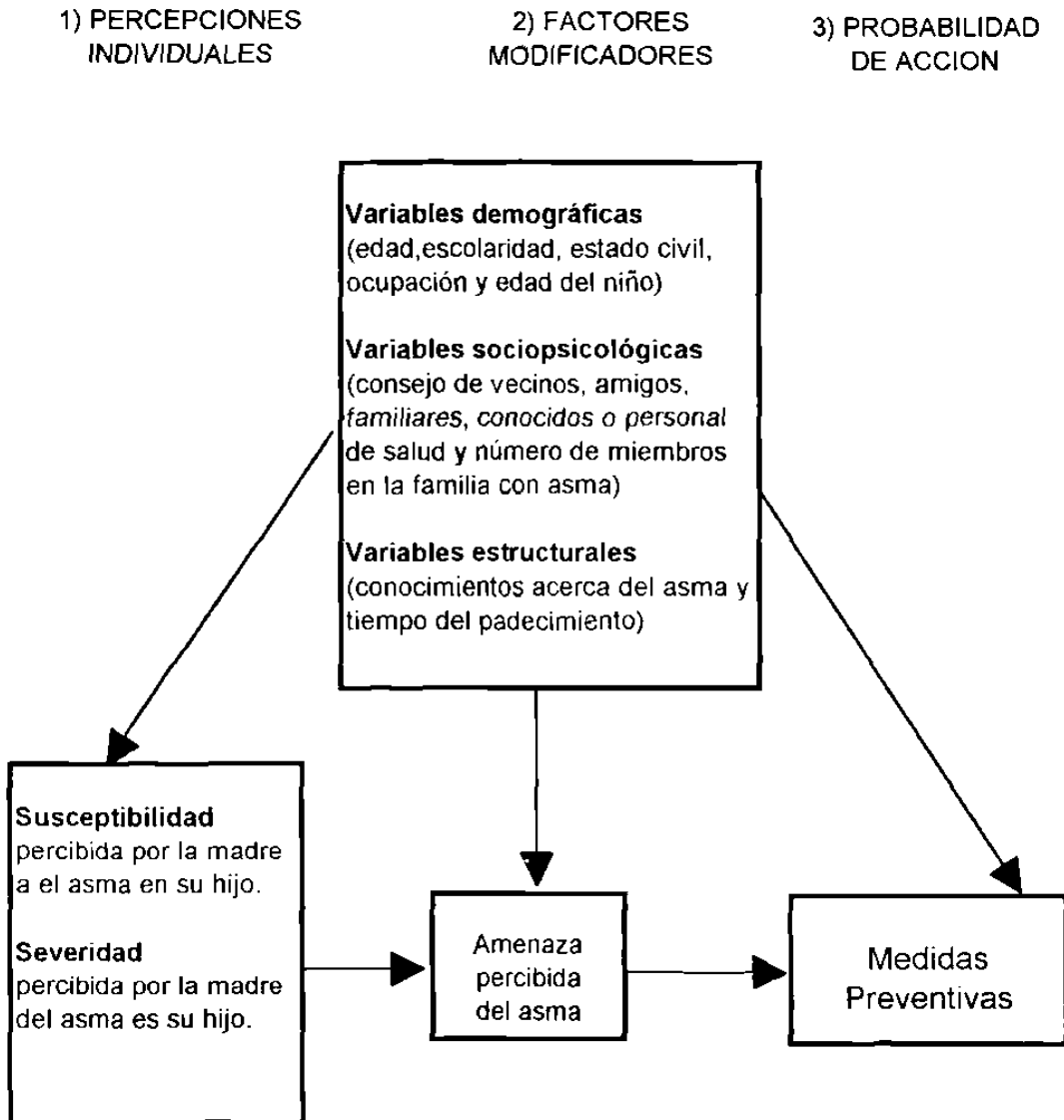
En base a resultados de investigaciones en las cuales se aplicó el modelo como marco teórico, se puede catalogar a éste como potencialmente útil para predecir aquellos individuos que usarían o no usarían las medidas preventivas, y para sugerir intervenciones que podrían aumentar la predisposición de los individuos que se oponen a realizarlas (Pender, 1987).

Para este estudio se tomaron sólo dos componentes del modelo: 1) Percepciones individuales (que conforman las creencias maternas) y 2) Factores modificadores (Ver esquema 2), por considerar que de esta forma se abordan de manera parcial los factores maternos que influyen en la realización de conducta preventiva en niños con asma.

Esquema 1. MODELO DE CREENCIAS DE LA SALUD
(Rosenstock, 1974).



Esquema 2. ADAPTACION EN CONTENIDO DEL MODELO DE CREENCIAS DE LA SALUD (Berumen, 1995).



2.4 ESTUDIOS RELACIONADOS AL MODELO.

En base al Modelo de Creencias de Salud el personal de enfermería puede obtener información acerca de los factores que influyen de manera negativa o desfavorable en el control de la enfermedad, para enfocar en ellos su atención. También puede obtener elementos que sirvan de fundamento a programas educativos grupales a familias con el mismo problema de salud. Schmieder (1988) señala que el profesional de enfermería puede desarrollar conciencia del potencial de influencia de las creencias acerca de la salud sobre la conducta de adherencia a un régimen de tratamiento, cuando surjan las necesidades de aprender, enseñar y orientar al paciente con una enfermedad crónica.

En un estudio realizado por Becker y cols.(1978), se encontró que las creencias maternas acerca de la susceptibilidad de sus hijos al asma estuvieron relacionadas positivamente con la administración por la madre de la medicina prescrita (que fue el indicador de la conducta preventiva) y que el número de ataques de asma que los niños habían tenido anteriormente afectaba el acatamiento de las madres al régimen médico para el control de los síntomas de asma. En cuanto a la percepción de severidad se encontró que las madres que sentían que su niño tenía una condición severa del asma fueron con mayor probabilidad las que cumplieron con el tratamiento prescrito. Algunas variables demográficas se examinaron también pero sin encontrar

relación significativa, sólo se encontró asociación con el estado civil materno y la extensión de su educación formal.

En otro estudio, Becker y cols. (1974), en una muestra al azar de 125 madres cuyos niños eran tratados por otitis media se examinó la relación entre las creencias maternas y la conducta preventiva basada en el cumplimiento del régimen de antibióticos orales recetados y asistencia a las citas. Se encontraron asociaciones significativas ($p=0.05$) entre el cumplimiento de las citas y la medicación y los indicadores de susceptibilidad percibida: sentir que sus hijos contraían enfermedades fácilmente ($r=0.37$ y $r=0.264$) y percibir la enfermedad como una amenaza importante ($r=0.342$ y $r=0.292$) y entre dar la medicación y los indicadores de severidad percibida: percibir a la enfermedad como severa ($r=0.416$) y la interferencia con roles sociales ($r=0.22$). La relación entre la severidad y el cumplimiento con las citas no tuvo significancia estadística. En cuanto a los factores demográficos se encontró que son independientes de la conducta preventiva la edad y el estado civil mientras que la educación formal sí tiene relación significativa con dar la medicación ($r=0.235$) y cumplir con las citas ($r=0.168$). La experiencia previa con infecciones del oído (ya sea en el niño o en otros miembros de la familia) aumenta la probabilidad de que se administre la medicina y que se mantengan las citas de seguimiento.

Terán (1993) en un estudio realizado sobre la influencia de las creencias maternas de salud en el uso de programas preventivos materno-infantiles, encontró que la susceptibilidad percibida tiene relación con la frecuencia del

uso de programas con una significancia de 0.05 y una correlación moderada sustancial de 0.47, concluyendo que es una variable importante que desencadena una acción preventiva. También concluyó que no se puede atribuir a la escolaridad influencia en la decisión de tomar medidas preventivas y que las madres posiblemente consideran más severas las patologías o síntomas en sus hijos, que en su propia persona.

Ellig y asociados, citados por Becker (1974), encontraron importantes asociaciones entre las creencias de una madre en la posibilidad de que su niño enferme de nuevo de fiebre reumática y el acatamiento de la administración de penicilina y asistir a su clínica.

Los hallazgos de Vicente en 1993, en relación a las percepciones maternas de susceptibilidad y severidad mostraron asociación positiva baja con la conducta preventiva materna de la diarrea infantil, con una significancia de 0.05 y una chi cuadrada calculada de 15.91 y 12.60 respectivamente, con una teórica de 9.49 en ambos casos. También se encontró relación entre los factores modificadores demográficos: estado civil, escolaridad, ocupación (trabajo materno fuera del hogar) y el estado nutricional y de salud del niño con las creencias y la conducta preventiva materna.

Becker (1974), en un análisis del modelo mencionado y el rol de conducta del enfermo, al revisar algunos estudios realizados sobre estas variables, concluyó que la percepción, en su subdivisión de susceptibilidad percibida, sí se encuentra asociada positivamente con la conducta preventiva. Por otra parte, en lo que respecta a la subdivisión severidad percibida, se

concluyó que la percepción de severidad de la enfermedad por las madres, estaba relacionada en forma importante a la probabilidad de dar la medicación. Así también se encontró que la presencia de síntomas físicos produce una elevación del efecto en la severidad percibida, motivando al paciente a seguir las instrucciones médicas mientras persiste la enfermedad. En cuanto a las variables características del individuo, concluyó que la edad extrema afecta *negativamente las conductas preventivas*, sin encontrar relaciones significativas en cuanto a educación, sexo y estado civil.

Kirscht y cols., citados por Janz en 1984 estudiaron a 251 madres de bajos recursos económicos que llevaron a sus hijos a una clínica pediátrica en respuesta a síntomas de enfermedad. Susceptibilidad y severidad se combinaron en el análisis para tomar un sólo índice de amenaza de la enfermedad. La conducta fue medida por tres indicadores: visitas al médico (en un año), índice del uso de la clínica (número de veces que el niño había sido llevado a la clínica entre número de clínicas diferentes utilizadas) y rango o amplitud de los servicios utilizados (grado en que todos los niños de la familia estaban registrados en la clínica, asistencia del niño y utilización del teléfono para pedir consejo médico). Aunque la creación del índice de amenaza impide una determinación de las contribuciones específicas a la conducta de la *susceptibilidad y la severidad sí se encontró asociación entre ésta y las visitas al médico* mas no con el uso de la clínica ni con el rango de utilización de los servicios.

Escamilla (1995) en un estudio realizado acerca de las creencias maternas sobre alimentación y su influencia en el estado nutricional del preescolar encontró asociación entre la susceptibilidad y severidad percibidas, señales de acción y el estado nutricional de sus hijos y el seguimiento de conductas que favorecen la nutrición adecuada.

Becker, citado por Janz y Becker (1984) estudió a 250 madres durante tres años y medio y relacionó las creencias maternas de salud y naturaleza de las consultas pediátricas clasificadas en atención al niño sano (preventivas), enfermedad aguda y accidentes; así como el número de consultas y encontró que las madres que percibían a sus hijos relativamente más vulnerables a las enfermedades (susceptibilidad) llevaban a sus niños con menos frecuencia a la clínica para los cuidados preventivos, pero hacían más visitas por enfermedades agudas. De manera similar, la severidad percibida se asoció de manera negativa con las visitas del niño sano, pero positivamente con las visitas por enfermedades agudas.

Rodríguez (1995) estudió la capacidad materna dada por los conocimientos y habilidad para ejecutar una conducta de salud y su repercusión en el nivel de cuidado que proporciona a su hijo menor de cinco años con infección de vías respiratorias altas, encontró asociación positiva entre la capacidad percibida por la madre y el nivel de cuidado.

El conjunto de estos estudios hizo que se considerara idóneo emplear el Modelo de Creencias de Salud como referente conceptual para este estudio.

CAPITULO III

METODOLOGIA

3.1. DISEÑO

El diseño del estudio es de tipo descriptivo ya que no se realizó manipulación o intervención en las variables, y transversal, pues los datos se recolectaron en una sola ocasión, es decir en un solo punto del tiempo (Polit y Hungler, 1994).

3.2. UNIVERSO

El universo lo constituyeron las madres de niños con asma, que acuden a la consulta del Centro Regional Para la Prevención y el Tratamiento de las Enfermedades Alérgicas del Estado de Nuevo León.

3.3. SUJETOS Y MUESTRA

Los sujetos de estudio fueron 60 madres elegidas a través de muestreo no probabilístico, por conveniencia. La muestra se estableció en base a los criterios de inclusión y fue tomada de la población que demandó el servicio de consulta externa.

Criterios de inclusión

- Madres con al menos un niño de dos a 12 años cumplidos, con diagnóstico de asma.
- Que sepan leer y escribir.

3.4. RECURSOS

Materiales.- Se elaboró un instrumento autoaplicable llamado Creencias Maternas y Conducta Preventiva del Asma (CMCPA), el cual consta de dos partes, la primera contiene 11 preguntas cerradas sobre factores modificadores de orden demográfico y sociopsicológico y la segunda es una escala tipo Likert con cuatro apartados (ver apéndice A), donde se valoran las variables específicas respecto a:

- Susceptibilidad percibida (3 ítems, del 12 al 14).

- Severidad percibida (4 ítems, del 15 al 18).
- Factores modificadores estructurales (9 ítems, del 19 al 27).
- Medidas preventivas (13 ítems, del 28 al 40).

Los valores otorgados a las opciones de respuesta en el apartado de escala para los ítems: 12 a 20, 22, 25 a 30, 32, 35, 36 y 38 a 40 fueron:

Totalmente de Acuerdo = 1 punto

Parcialmente de Acuerdo = 2 puntos

Parcialmente en Desacuerdo = 3 puntos

Totalmente en Desacuerdo = 4 puntos

Y para los ítems: 21, 23, 24, 31, 33, 24 y 37 fueron:

Totalmente de Acuerdo = 4 puntos

Parcialmente de Acuerdo = 3 puntos

Parcialmente en Desacuerdo = 2 puntos

Totalmente en Desacuerdo = 1 punto

El criterio seguido para dar estos valores a las respuestas fue que algunos de los indicadores fueron planteados en forma de negación como estrategia para mayor veracidad en las respuestas de las madres y por lo tanto *no se podían analizar en igual forma a las que se plantearon en forma afirmativa*. Por ejemplo, en el indicador número 21 correspondiente a la subescala conocimientos dice: 'Desconozco medidas para controlar el asma y evitar las crisis asmáticas de mi hijo', si la madre responde eligiendo el número uno (totalmente de acuerdo) significa que no conoce tales medidas.

En base a esta puntuación se calcularon índices de cero a 100 para cada subescala, con la finalidad de clasificar las variables en niveles que por la forma de construcción del instrumento se interpretaron de la siguiente manera:

Puntuación 0 a 25: alta.

Puntuación 26 a 50: media alta.

Puntuación 51 a 75: media baja.

Puntuación 76 a 100: baja.

3.5. PROCEDIMIENTO

Se realizó una primera prueba piloto en 27 mujeres a fin de valorar las preguntas en tiempo de aplicación, claridad y comprensión del instrumento, al procesar esta información fue conveniente hacer ajustes en la categorización de las preguntas abiertas, y la recategorización de algunas de tipo cerrado para reducir al mínimo las opciones de respuesta. Una vez efectuados estos cambios se consideró pertinente realizar una segunda prueba piloto con 15 sujetos para asegurarse que los cambios efectuados fueran suficientes, posterior a la cual quedó conformado el instrumento CMCPA que se utilizó para el estudio.

Los datos fueron recolectados durante el mes de marzo de 1996, mediante la autoaplicación del instrumento, que requirió de un tiempo promedio de 15 minutos para contestarse. En circunstancias especiales, como cuando la

madre argumentó, en un caso, no traer consigo sus anteojos, o en otros, cuando traía un niño en brazos, se aplicó la encuesta por la encargada de la *recopilación de datos*.

Posterior a la recopilación de datos, se procedió a la captura y procesamiento (ver apéndice B) de los mismos para su análisis, utilizando para ello el programa computacional SPSS; se aplicaron estadísticas descriptivas e inferenciales, como la prueba de correlación de Pearson, para el análisis de los índices previstos de las variables del estudio.

También se aplicó la prueba de Alfa Cronbach para medir la consistencia interna del instrumento.

Se consideró un valor de p de 0.05 y para la interpretación de la intensidad de las correlaciones se siguieron los criterios marcados por Levin (1979).

3.6. ETICA DEL ESTUDIO

De acuerdo a las disposiciones generales del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, Título Segundo, *Capítulo I*:

Artículo 14 fracc. V.- Se contó con el consentimiento oral e informado de los sujetos de estudio, a través de un informe detallado de los objetivos del mismo

y las repercusiones de los resultados en los conocimientos de la enfermedad de su hijo.

Artículo 16.- Se protegió la privacidad de cada sujeto de estudio no identificando sus respuestas de manera personal.

Artículo 17 fracc. II.- Se considera una investigación sin riesgo, pues no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada en las variables físicas psicológicas y sociales de los sujetos de estudio.

Una vez otorgados los datos se notificó a los sujetos que podían solicitar cualquier tipo de información relacionada con la salud y específicamente sobre conductas preventivas del asma como retribución del investigador para con su colaboración.

CAPITULO IV

RESULTADOS

Para la presentación de resultados se inicia con la descripción de los factores modificadores demográficos de las 60 madres encuestadas, para después, en una segunda parte describir los datos correspondientes a los factores sociopsicológicos.

En la tercera parte se describen los resultados de la escala de creencias sobre la enfermedad dividida en cuatro secciones correspondientes a las variables susceptibilidad, severidad, conocimientos y medidas preventivas.

En el apartado correspondiente a análisis se presenta en primer lugar el comportamiento de los índices de cada subescala y la correlación entre medidas preventivas y factores modificadores sociopsicológicos y demográficos, para luego presentar las tablas de correlación entre los indicadores de cada subescala y al final, el Alfa de Cronbach y la correlación de Pearson de las subescalas.

4.1. FACTORES DEMOGRAFICOS

TABLA 1

FACTORES DEMOGRAFICOS MATERNOS

Monterrey, N. L. 1996

FACTORES DEMOGRAFICOS		FRECUENCIA	PORCENTAJE
EDAD	32 años y menos	23	38
	33 años y más	37	62
ESTADO CIVIL	Con pareja	55	92
	Sin pareja	5	8
ESCOLARIDAD	Primaria completa y menos	17	28
	Secundaria incompleta y completa	22	37
	Preparatoria y más	21	35
OCUPACION	Trabaja fuera del hogar	16	27
	No trabaja fuera del hogar	44	73

Fuente: CMCPA

n=60

En el cuadro No. 1 se puede observar que el grupo de edad con mayor porcentaje correspondió al de 33 años y más, con un 62 por ciento. El estado civil referido para el 92 por ciento de las encuestadas fue el de contar con pareja. En cuanto a la escolaridad, se puede observar cierta uniformidad en la distribución, lo que no sucede con la ocupación, en la que se observa un mayor porcentaje (73 por ciento) en las madres que no trabajan fuera de su hogar,

4.2. FACTORES SOCIOPSICOLOGICOS

TABLA 2

FACTORES MODIFICADORES SOCIOPSICOLOGICOS

Monterrey, N. L. 1996.

VARIABLES		FRECUENCIA	PORCENTAJE	
Madres que han recibido consejos sobre asma.	Si	47	78	
	Quién <i>Personal de salud</i>	47	100	
	No	13	22	
Otro miembro de la familia con asma.	Si	26	43	
	¿Cual? <i>* Otro hijo</i>	<i>* Yo</i>	2	8
		<i>* Padre u otro</i>	16	61
		No	34	57

Fuente: CMCPA

n=60

Al preguntárseles si han recibido o no consejos sobre asma, el 78 por ciento respondió que sí y de ellas el 100 por ciento respondió que de quien toma más en cuenta esos consejos es del personal de salud.

En cuanto a si hay en su familia otro miembro con asma, un 43 por ciento respondió que sí hay por lo menos uno aparte de su hijo. un 61 por ciento refirió al padre u otros como el que padece asma, mientras que, el hecho de ser ella misma quien la padece, sólo un 8 por ciento lo afirmó.

En los datos referentes al niño con asma, se encontró que la edad predominante fue la correspondiente al grupo etario de 4 a 8 años con un 52 por ciento. En cuanto al tiempo que ha transcurrido desde el diagnóstico de la enfermedad se observó poca diferencia entre los grupos; donde el de mayor porcentaje fue el de más de cuatro años, con un 38 por ciento.

4.3. CREENCIAS MATERNAS SOBRE LA ENFERMEDAD

TABLA 3

SUSCEPTIBILIDAD MATERNA SOBRE MANIFESTACIONES DEL ASMA

Monterrey, N. L. 1996

INDICADORES	TOTALMENTE ACUERDO.		PARCIALMENTE ACUERDO		PARCIALMENTE DESACUERDO		TOTALMENTE DESACUERDO	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Mi hijo padece crisis asmáticas con demasiada frecuencia	12	20.0	13	21.7	21	35.0	14	23.3
Me preocupa demasiado la posibilidad de una crisis asmática en mi hijo	46	76.7	9	15.0	3	5.0	2	3.3
Las crisis anteriores en mi hijo ocasionan más preocupación ante la posib. de nuevas crisis.	38	63.3	10	16.7	5	8.3	7	11.7

Fuente: CMCPA

n=60

En cuanto a la susceptibilidad percibida por las madres, se observó que la posibilidad de una crisis es más importante para las madres que la frecuencia de las crisis.

TABLA 4

PERCEPCION MATERNA DE SEVERIDAD DEL ASMA

Monterrey, N. L. 1996

INDICADORES	TOTALMENTE ACUERDO.		PARCIALMENTE ACUERDO		PARCIALMENTE DESACUERDO		TOTALMENTE DESACUERDO	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Mi hijo debe de llevar una vida diferente a los demás a causa del asma	9	15.0	11	18.3	7	11.7	33	55.0
Mi hijo no disfruta de su niñez a causa del asma.	12	20.0	8	13.3	9	15.0	31	51.7
El asma está influyendo en el desarrollo de mi hijo.	8	13.3	6	10.0	11	18.3	35	58.3
La enfermedad de mi hijo ha desestabilizado a la familia.	8	13.3	12	20.0	9	15.0	31	51.7

Fuente: CMCPA

n=60

En los cuatro indicadores de la severidad percibida del asma, se observó uniformidad en las respuestas, con tendencia al desacuerdo total, es decir, a más del 50 por ciento de las madres no les resulta severa la enfermedad.

4.4 . FACTORES MODIFICADORES ESTRUCTURALES

TABLA 5

CONOCIMIENTOS DE LA MADRE ACERCA DEL ASMA

Monterrey, N. L. 1996

INDICADORES	TOTALMENTE ACUERDO.		PARCIALMENTE ACUERDO		PARCIALMENTE DESACUERDO		TOTALMENTE DESACUERDO	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Mis conocimientos sobre asma son suficientes para cuidar a mi hijo durante una crisis	25	41.7	16	26.7	11	18.3	8	13.3
Identifico claramente los síntomas de inicio de una crisis asmática en mi hijo.	45	75.1	8	13.3	5	8.3	2	3.3
Desconozco medidas para controlar el asma y evitar las crisis asmáticas de mi hijo.	8	13.3	9	15.0	11	18.3	32	53.3
Conozco el manejo de los medicamentos que requiere mi hijo con asma	42	70.0	11	18.3	4	6.7	5	5.0
Cuando mi hijo presenta una crisis asmática no sé que hacer.	8	13.3	11	18.3	5	8.3	36	60.1
Desconozco cuáles actividades puede o no realizar mi hijo con asma	16	26.7	7	11.7	10	16.7	27	45.0
El asma es una enfermedad caracterizada por obstrucción vía entrada de aire a pulmones	51	85.0	6	10.0	3	5.0	0	0
Identifico lo que a mi hijo le causa síntomas de asma.	34	56.7	10	16.7	5	8.3	11	18.3
El conocimiento tengo sobre medidas que evitan crisis son suficientes p/cuidar a mi hijo.	19	31.7	23	38.3	13	21.7	5	8.3

Fuente: CMCPA

n=60

En la tabla se observa que las madres tienen mayores conocimientos en lo relacionado a los síntomas de inicio de las crisis, los medicamentos y la definición de la enfermedad, en las que un 75, un 70 y un 85 por ciento respectivamente, afirmó estar de acuerdo.

El 60 por ciento dio una respuesta incierta en lo relacionado a sus conocimientos sobre medidas preventivas que evitan las crisis como suficientes para cuidar a sus hijos, pues eligieron las opciones de parcialmente.

4.5. MEDIDAS PREVENTIVAS

TABLA 6

MEDIDAS PREVENTIVAS APLICADAS POR LA MADRE SOBRE EL ASMA.

Monterrey, N. L. 1996

INDICADORES	TOTALMENTE. ACUERDO.		PARCIALMENTE ACUERDO		PARCIALMENTE DESACUERDO		TOTALMENTE. DESACUERDO	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Incluyo a todos los miembros de la familia en el control y cuidado del niño con asma	36	60.0	10	16.7	4	6.6	16	16.7
Cuando realizo aseo de mi hogar evito que se levante el polvo	51	85.0	5	8.3	2	3.3	2	3.3
Tengo principal cuidado cuando mi hijo tiene gripa.	57	95.0	1	1.7	2	3.3	0	0
No evito que mi hijo se exponga al humo del cigarro.	12	20	3	5.0	4	6.7	41	68.3
Nuestro ambiente familiar es cálido y de confianza y seguridad para el niño.	49	81.7	8	13.3	3	5.0	0	0
Me gusta y tengo plantas naturales dentro de la casa.	7	11.7	2	3.3	3	5.0	48	80.0
Permito a mi hijo jugar con cualquier tipo de juguete o mascota.	10	16.7	8	13.3	15	25.0	27	45.0
Evito exponer a mi hijo a lo que le provoca síntomas de asma.	46	76.3	6	10.0	3	5.0	5	8.3
Protejo a mi hijo contra cambios bruscos de temperatura.	59	98.3	0	0	1	1.7	0	0
Solicito atención médica únicamente cuando observo síntomas de una crisis asmática.	23	38.3	4	6.7	11	18.3	22	36.7
No permito que mi hijo salga de casa si tiene fiebre, sibilido en pecho, respiración rápida y forzada.	51	85.0	3	5.0	1	1.7	5	8.3
Estoy pendiente que mi hijo tome los medicamentos, con el horario, la forma y el tiempo indicado.	57	95.0	1	1.7	2	3.3	0	0
Platico con mi hijo sobre la mejor forma de enfrentar una crisis asmática.	48	80.0	5	8.3	4	6.7	3	5.0

Fuente: CMCPA

n=60

En la tabla 6 se puede observar que los ítems en los que se encontró mayor acuerdo en las madres son los relacionados con el aseo del hogar y el no dejar salir al niño de casa cuando presenta síntomas de asma, ambos con un 85 por ciento. La medida preventiva de acentuar el cuidado cuando el niño tiene gripa y la vigilancia del uso de medicamentos registran también porcentajes altos con un 95 por ciento cada uno. También, el proteger al niño contra cambios bruscos de temperatura es una medida prioritaria, destacándose con un 98.3 por ciento.

Las medidas preventivas aplicadas en menor grado según las respuestas de la madre al cuestionario son las de evitar exponer al niño al humo del cigarro, que un 20 por ciento de las madres reconoció no hacerlo, y el solicitar atención médica sólo cuando se presentan las crisis.

4.6. ANALISIS

Para facilitar el análisis de datos de la escala, a partir de las medias obtenidas, se calcularon índices para cada una de las subescalas: susceptibilidad percibida, severidad percibida, conocimientos y medidas preventivas, obteniéndose los datos que a continuación se presentan.

TABLA 7

INDICES OBTENIDOS EN LA ESCALA

Monterrey, N. L. 1996.

VARIABLE	MEDIA	DESVIACION ESTANDAR
SUSCEPTIBILIDAD PERCIBIDA	29.44	24.53
SEVERIDAD PERCIBIDA	69.31	31.50
CONOCIMIENTOS	24.65	17.23
MEDIDAS PREVENTIVAS	16.28	12.69

Fuente: CMCPA

n=60

En la tabla 7 se puede observar que el índice que obtuvo la mayor puntuación dentro del rango de 0 a 100 puntos, fue el correspondiente a la subescala de severidad percibida que se interpreta como severidad media baja, mientras que el menor se encontró en lo correspondiente a la subescala de medidas preventivas lo que significa alta aplicación de ellas. La susceptibilidad (29.44) y los conocimientos (24.65) se encontraron en base a la interpretación como medio alto, sin embargo, la desviación estándar en todos los casos es alta aún en el índice mayor.

TABLA 8

ANALISIS DE VARIANZA ENTRE INDICE DE MEDIDAS PREVENTIVAS Y
FACTORES MODIFICADORES DEMOGRAFICOS Y
SOCIOPSICOLOGICOS

Monterrey, N. L. 1996.

FACTORES MODIFICADORES	SUMA DE CUADRADOS	GL	CUADRADOS DE LAS MEDIAS	F	p
Demográficos Maternos					
Edad	143.934	1	143.934	0.331	0.366
Escolaridad	16.880	2	8.440	0.833	0.952
Ocupación	1.972	1	1.972	0.011	0.915
Sociopsicológicos					
Ha recibido consejos sobre asma	134.612	1	134.612	0.779	0.382
Otro miembro de la familia con asma	1.084	1	1.084	0.006	0.937

Fuente: CMCPA

n=60

En la tabla 8 se puede observar que no existe relación significativa entre factores modificadores demográficos y sociopsicológicos e índice de medidas preventivas.

Se calcularon también índices de correlación de Pearson entre las subescalas para medir la confiabilidad de la escala total.

TABLA 9

CORRELACION ENTRE LAS SUBESCALAS DEL MODELO DE CREENCIAS

Monterrey, N. L. 1996

INDICES DE SUBESCALAS	SUSCEPTIBILIDAD		SEVERIDAD		CONOCIMIENTOS		MEDIDAS PREVENTIVAS	
	r	p	r	p	r	p	r	p
SUSCEPTIBILIDAD PERCIBIDA	1		0.27	0.04	-0.25	0.06	-0.01	0.91
SEVERIDAD PERCIBIDA	0.27	0.04	1		-0.21	0.11	0.13	0.34
CONOCIMIENTOS	-0.25	0.06	-0.21	0.11	1		0.33	0.01
MEDIDAS PREVENTIVAS	-0.01	0.91	0.13	0.34	0.33	0.01	1	

Fuente: CMCPA

n=60

Entre las subescalas se observó una correlación positiva moderada en las correspondientes a susceptibilidad y severidad percibida con un nivel de significancia de 0.04 y medidas preventivas y conocimientos maternos sobre el asma con un nivel de significancia de 0.01.

Se obtuvieron índices de correlación de Pearson de cada una de las subescalas para medir su confiabilidad y se obtuvieron los siguientes resultados.

TABLA 10

CORRELACION ENTRE LOS INDICADORES DE LA SUBESCALA
SUSCEPTIBILIDAD PERCIBIDA

Monterrey, N. L. 1996

INDICADOR	Mi hijo padece crisis asmáticas con demasiada frecuencia	Me preocupa demasiado la posibilidad de una crisis asmática en mi hijo	Las crisis anteriores me ocasionan mayor preocupación ante la posibilidad de nuevas crisis.
Mi hijo padece crisis asmáticas con demasiada frecuencia	1		
Me preocupa demasiado la posibilidad de una crisis asmática en mi hijo	0.29	1	
Las crisis anteriores me ocasionan mayor preocupación ante posibilidad nuevas crisis	0.31	0.52	1

Fuente: CMCPA

n=60

En relación a la subescala susceptibilidad percibida, se observó un rango de correlación entre los indicadores de 0.29 a 0.52, es decir de una correlación positiva débil a una correlación positiva moderada.

TABLA 11

**CORRELACION ENTRE LOS INDICADORES DE LA SUBESCALA
SEVERIDAD PERCIBIDA**

Monterrey, N. L. 1996

INDICADORES	Mi hijo debe llevar una vida diferente a los demás a causa del asma	Mi hijo no disfruta de su niñez a causa del asma.	El asma esta influyendo en el desarrollo de mi hijo.	La enfermedad de mi hijo a desestabilizado a la familia.
Mi hijo debe llevar una vida diferente a los demás a causa del asma	1			
Mi hijo no disfruta de su niñez a causa del asma.	0.61	1		
El asma está influyendo en el desarrollo de mi hijo.	0.51	0.64	1	
La enfermedad de mi hijo a desestabilizado a la familia.	0.49	0.61	0.54	1

Fuente: CMCPA

n=60

En relación a la subescala severidad percibida, se observó un rango de correlación entre los indicadores de 0.49 a 0.64, es decir, una correlación positiva moderada.

TABLA 12

CORRELACION ENTRE LOS INDICADORES DE LA SUBESCALA
CONOCIMIENTOS

Monterrey, N. L. 1996

INDICADORES	CASH	SICH	MCCH	MMRH	HCNQ	ANRH	AECA	HCSA	CMCH
Mis conocimientos sobre asma son suficientes para cuidar a mi hijo una crisis (CASH)	1								
Identifico claramente síntomas de inicio de una crisis asmática en mi hijo. (SICH)	0.12	1							
Desconozco medidas controlar asma y evitar crisis asmáticas de mi hijo. (MCCH)	0.03	0.27	1						
Conozco el manejo de los medicamentos que requiere mi hijo con asma. (MMRH)	0.25	0.36	0.24	1					
Cuando mi hijo presenta una crisis asmática no sé que hacer. (HCNQ)	0.06	0.09	0.37	0.09	1				
Desconozco cuales actividades puede o no realizar mi hijo con asma. (ANRH)	0.09	0.07	0.25	0.04	0.15	1			
El asma es una enfermedad caracterizada obstrucción de vía entrada aire a pulmones (AECA)	0.04	0.43	0.16	0.17	0.17	0.02	1		
Identifico lo que a mi hijo le causa síntomas de asma. (HCSA)	0.23	0.22	0.31	0.18	0.11	0.01	0.37	1	
Los conocimientos tengo sobre medidas que evitan las crisis son suficientes cuidar hijo. (CMCH)	0.40	-0.11	-0.06	0.20	0.04	0.01	-0.06	0.32	1

Fuente: CMCPA

n=60

En relación a la subescala conocimientos, se observó un rango de correlación entre los indicadores de -0.11 a 0.43, es decir, de una correlación negativa débil a una correlación positiva moderada. Aquí se observa que ambos registros están en el indicador identificar los síntomas de inicio de una crisis.

TABLA 13

CORRELACION DE PEARSON ENTRE LOS INDICADORES DE LA
SUBESCALA MEDIDAS PREVENTIVAS

Monterrey, N. L. 1996

INDICADORES	IFCA	HLP	PCH	HEH	AFC	GTP	PJT	EEA	CBT	AUA	SRF	PTMI	PHE
Incluyo familia en control del niño asma (IFCA).	1												
Aseo de mi hogar evito levantar polvo (HLP).	0.22	1											
Principal cuidado cuando mi hijo tiene gripa (PCH)	0.04	0.51	1										
No evito que mi hijo exponga a humo cigarro (HEH)	0.11	0.13	.26	1									
Ambiente familiar cálido y confianza para niño (AFC).	0.05	-0.07	0.07	0.01	1								
Me gusta y tengo plantas dentro de la casa (GTP).	0.07	0.02	0.34	0.18	0.20	1							
Permito hijo jugar cualquier tipo o mascota (PJT).	0.15	0.33	0.15	0.22	0.05	0.10	1						
Evito exponerlo a lo que le provoca asma (EEA).	-0.06	0.30	0.32	0.18	0.09	0.08	0.17	1					
Protejo contra cambios bruscos temperatura (CBT).	0.02	0.14	0.66	0.02	0.19	0.20	-0.01	0.22	1				
Atención única/e cuando observo asma (AUA).	-0.16	0.26	0.19	0.25	0.15	0.25	0.16	0.20	0.25	1			
No permito salga silbido respiración forzada (SRF).	-0.05	0.14	0.17	0.42	-0.10	-0.14	0.11	0.42	0.10	0.08	1		
Pendiente tome los medicamentos l indicados (PTMI).	-0.11	0.25	0.65	0.11	-0.01	0.24	-0.01	0.37	0.32	0.22	-0.03	1	
Platico hijo sobre como enfrentar una crisis (PHE).	0.40	0.23	0.28	0.09	0.11	0.16	-0.06	0.18	-0.10	-0.08	0.06	0.06	1

Fuente: CMCPA

n=60

En relación a la subescala medidas preventivas, se observó un rango de correlación entre los indicadores de -0.14 a 0.66, es decir una correlación negativa débil, entre los indicadores 'me gusta y tengo plantas naturales dentro de la casa' y el no permitir al niño salir de casa ante síntomas de asma y una correlación positiva moderada entre proteger al niño contra cambios bruscos de temperatura y cuidarlo más cuando tiene gripa.

TABLA 14

CONGRUENCIA INTERNA OBTENIDA EN LAS SUBESCALAS

Monterrey, N. L. 1996

VARIABLE	NO. DE INDICADORES	ALFA DE CRONBACH
SUSCEPTIBILIDAD PERCIBIDA	3	0.67
SEVERIDAD PERCIBIDA	4	0.84
CONOCIMIENTOS	9	0.63
MEDIDAS PREVENTIVAS	13	0.70

Fuente: CMCPA

n=60

El coeficiente de la Alfa de Cronbach para cada una de las subescalas tuvo el mayor valor (0.84) en la subescala de severidad percibida, siguiéndole el correspondiente a medidas preventivas (0.70), mientras que en la subescala correspondiente a conocimientos, obtuvo el menor valor (0.63).

CAPITULO V

DISCUSION

El perfil demográfico de las 60 madres encuestadas corresponde a las características mencionadas por Berumen (1984) como vigentes a pesar de los cambios evolutivos de la sociedad. Así, se aprecia que la mayoría tiene pareja y no trabaja fuera del hogar (con un 92 y un 73 por ciento respectivamente), esto lleva a pensar, de acuerdo con el mismo autor, que una de las funciones básicas de la mujer dentro de la familia es la de vigilar la crianza, socialización y salud física y mental de sus hijos.

La mayoría (72 por ciento) tiene un grado de escolaridad igual o mayor a la secundaria incompleta, lo cual es superior al promedio referido por González (1988) en el diagnóstico de la salud de México donde señala al cuarto grado de primaria como promedio en la población total.

No se encontró asociación significativa entre los factores demográficos y el índice de medidas preventivas, lo cual coincide con lo encontrado por Becker y cols. (1974) en su estudio con población similar.

En cuanto a los datos de la enfermedad, el tiempo transcurrido desde el diagnóstico indicó que la mayoría (un 73 por ciento) de los niños tiene de dos años a más con el asma. No se encontró literatura al respecto.

La distribución de la edad del niño con asma se encontró con mayor incidencia en el grupo de cuatro a ocho años, lo cual puede explicarse por la baja frecuencia de diagnóstico en menores de 18 meses así como también por los errores de diagnóstico en población infantil de uno a tres años y la disminución de la incidencia hacia la adolescencia (Perpiña, 1984 y Krause, 1986).

La presencia de otro miembro en la familia con asma se vio en un 43 por ciento de los sujetos, lo cual es similar a la literatura que menciona que de un 30 a un 50 por ciento de los niños tienen familiar de primer grado con asma (Casas, 1983). De ellos, un 61 por ciento correspondió a la categoría del padre u otros, en dicha categoría (la opción de 'otros') se contó a los abuelos, tíos o primos del niño. La presencia de otro miembro con asma en la familia no tuvo relación significativa con la aplicación de medidas preventivas, lo cual coincide con Becker y cols. (1978), quienes tampoco encontraron dicha asociación.

La mayor parte de las mujeres (78 por ciento) dijo haber recibido consejos sobre medidas preventivas del asma, y al responder acerca de quiénes toma más en cuenta esos consejos, todas coincidieron en señalar al personal de salud. Esta respuesta pudo ser favorecida por (Schmieder, 1988) atender un cuestionario en una institución de atención a la salud y a un miembro del personal de salud. No se encontró relación significativa entre este indicador y las medidas preventivas, lo cual es similar a lo encontrado por Becker y cols. (1978) cuyos resultados revelaron que las madres cumplidoras,

es decir, las que aplican la medida preventiva, fueron las que menor probabilidad presentaron de tener consideración al reconocimiento médico.

En lo que respecta a los indicadores que mostraron mayor susceptibilidad percibida por la madre destacaron la preocupación por la posibilidad de nuevas crisis asmáticas y el hecho de la presencia de crisis anteriores como predisponente a nuevas crisis. Los indicadores de severidad mostraron que *la enfermedad no es vista como grave por las madres, pues no consideran que interfiera con la vida cotidiana del niño; esto indica cierto conocimiento materno de la enfermedad, ya que Wong, (1995) menciona que el asma no debe ser considerada como una enfermedad incapacitante en el niño, pues esto condiciona que los padres lo sobreprotejan creando en él un sentimiento de insuficiencia, dependencia e inseguridad. De igual manera, los resultados del estudio realizado por Perrin y col. (1989) señalan que la percepción de severidad del asma por parte de los padres se encuentra asociada con bajo índice de adaptación psicológica del niño a la enfermedad.*

En cuanto al conocimiento reportado por las mujeres del estudio, en mayor porcentaje se encontró reconocimiento de los síntomas de inicio de una crisis, definición del asma y manejo de medicamentos requeridos por el niño.

Los indicadores de medidas preventivas en los que hubo mayor acuerdo fueron los relacionados con el control ambiental, como lo son el realizar el aseo del hogar sin levantar polvo, cuidar más al niño si tiene gripa, protegerlo contra cambios bruscos de temperatura e impedir que salga de casa cuando presenta síntomas de asma. Dos de estos indicadores se pueden relacionar con las

extensas campañas publicitarias que se realizan para prevenir las infecciones respiratorias agudas (IRAs), y el mayor énfasis de los consejos del personal de salud sobre el control ambiental. Otra medida preventiva aplicada según las respuestas de las madres es la relacionada con el uso de medicamentos. Las medidas psicológicas como platicar con el niño sobre cómo enfrentar una crisis y propiciar un ambiente familiar de confianza y seguridad para él, también fueron reportadas como de importancia por las madres.

Estos hallazgos no se pueden comparar con resultados de otros estudios, pues en los localizados, la conducta preventiva fue medida en términos de utilización de servicios o administración del medicamento indicado.

Se encontró que la severidad percibida registró el índice más alto (69.31), lo que se traduce como una severidad media baja del asma. En base al Modelo de Creencias de Rosenstock (1988), se puede decir que el asma no tiene para la madre consecuencias clínicas importantes, y que es de pocas implicaciones en la escuela, vida familiar y relaciones sociales. Por su parte, el índice de medidas preventivas indica que existe una alta aplicación de éstas. Esto se puede atribuir a que la muestra fue captada de un servicio de consulta especializada donde se brinda orientación al paciente y familiar específica de su enfermedad. No se optó por aplicar el instrumento en un servicio de urgencias, aunque esto disminuiría este efecto en la población en control por especialista, por las repercusiones psicológicas que puede causar en la madre la situación de internamiento de su hijo por crisis presente. La aplicación de medidas preventivas depende no sólo de la percepción de la enfermedad, sino

también de la probabilidad de acción: beneficios y barreras, (Rosenstock, 1988) elementos del modelo no considerados en este estudio.

Sin embargo, las desviaciones de los índices de las subescalas fueron altos, lo cual hace suponer que el que los indicadores diseñados para cada variable del modelo en este estudio no fueran homogéneos, al menos en número, pudo influir en este resultado.

En el análisis de correlación de Pearson entre las subescalas del Modelo, se observó una correlación positiva moderada entre los conocimientos y la aplicación de medidas preventivas, con lo cual se acepta la hipótesis de investigación: **El conocimiento materno como factor modificador está relacionado a las medidas preventivas del asma.**

La relación entre medidas preventivas y las creencias de la enfermedad registrada bajo sus divisiones susceptibilidad y severidad percibidas no tuvo significancia estadística. Sin embargo al relacionarlas entre sí, se encontró una correlación positiva débil, con un nivel de significancia de 0.04.

Estos resultados permiten que se acepta la hipótesis nula: **Las percepciones maternas respecto a susceptibilidad y severidad del asma en sus hijos no se relacionan con las medidas preventivas.**

A diferencia de estos resultados, Becker (1974) encontró asociación entre la percepción materna de susceptibilidad y severidad y la conducta preventiva. Así mismo, Vicente (1993) encontró dicha asociación, aunque positiva baja. Terán en 1993 también encontró asociación entre la susceptibilidad percibida y la frecuencia del uso de programas preventivos.

Escamilla en 1995 encontró asociación entre conductas que favorecen la nutrición adecuada y las variables susceptibilidad y severidad percibida por las madres. Así mismo Kirscht, citado por Janz (1984) encontró asociación entre la amenaza de salud (susceptibilidad y severidad juntas) y la conducta preventiva (visitas al médico).

En el análisis de correlación de Pearson entre los indicadores de la subescala susceptibilidad percibida se obtuvo un rango de 0.29 (entre los indicadores de la frecuencia y la posibilidad de las crisis) a 0.52 entre los indicadores de posibilidad de crisis y presencia de crisis anteriores.

En la subescala severidad percibida se obtuvieron correlaciones positivas moderadas entre todos sus indicadores, encontrando la mayor (0.64) entre los indicadores 'mi hijo no disfruta su niñez a causa del asma' y 'el asma influye en el desarrollo de mi hijo'.

En las correlaciones encontradas en la subescala conocimientos se presentaron asociaciones negativas débiles entre el indicador de que los conocimientos que se tiene sobre medidas que evitan las crisis son suficientes para cuidar adecuadamente a su hijo y dos indicadores planteados en forma de negación iniciando con la palabra 'desconozco' lo cual pudo causar confusión al responder a ellos. Sin embargo la correlación negativa más marcada se dio entre dicho indicador y el de identificar los síntomas de asma. Se presentó también una asociación positiva moderada entre ese mismo indicador y el correspondiente a la definición de asma, lo cual puede explicarse por la

inclusión en algunas definiciones de la enfermedad de los síntomas y signos de las crisis.

En las correlaciones encontradas en la subescala medidas preventivas se encontró una mayor asociación en los indicadores 'tengo principal cuidado cuando mi hijo tiene gripa' y 'Protejo a mi hijo contra cambios bruscos de temperatura', con una correlación positiva moderada; ambas afirmaciones se reafirman quizá por las campañas publicitarias televisivas, por lo que la madre puede estar muy familiarizada con ellas y responder en base a ello. También se encontraron correlaciones negativas, la más marcada se vio entre los indicadores 'No permito que mi hijo salga de casa cuando tiene fiebre, silbido en el pecho, respiración rápida y forzada' y 'me gusta y tengo plantas naturales dentro de la casa' con una correlación negativa débil.

Aunque no fue un objetivo de este estudio, se aplicó la prueba de Cronbach para medir la consistencia interna de las subescalas, y se obtuvieron valores de 0.63 a 0.84, lo cual es bueno, ya que una r de 0.70 en variables sociopsicológicas es considerada como alta (Polit y Hungler 1994).

5.1. CONCLUSIONES

La severidad percibida por las madres del asma en sus hijos resultó con un índice bajo y no se asocia con las medidas preventivas, al igual que la susceptibilidad percibida.

Los conocimientos maternos como factor modificador estructural están asociados a las medidas preventivas del asma en los hijos.

La aplicación de medidas preventivas por las madres fue alta, y aunque se autoreportó, se puede considerar confiable.

La presencia de crisis anteriores y la posibilidad de nuevas crisis son importantes indicadores de susceptibilidad para la madre, ocasionándole mayor preocupación por sus hijos.

La creencia de que el niño no disfruta de su niñez a causa del asma es el indicador de severidad de mayor referencia por las madres.

Los factores modificadores demográficos maternos y del niño no influyen en la conducta preventiva.

La definición del asma, los síntomas y el tratamiento farmacológico son las áreas del conocimiento que más interesan a las madres, para ayudar al control de la enfermedad del niño.

La mayoría de las madres han recibido consejos sobre la manera de prevenir las crisis en sus hijos, y estos provienen del personal de salud.

Cerca de la mitad de los niños del estudio tiene un familiar en primer grado con asma, predominando el padre u otros.

El beneficio mayor de estos conocimientos será dado en la medida que se efectúen logros en cada uno de los niños con asma, pues el control de su enfermedad le brindará mayores posibilidades de desarrollo personal en todos los aspectos.

Se espera que las variables estudiadas permitan a los profesionales de la salud obtener un mejor entendimiento de los problemas que pueden tener las madres para llevar a cabo las medidas preventivas recomendadas y adecuar sus intervenciones de acuerdo a las necesidades particulares de cada una de ellas.

5.2. RECOMENDACIONES

Se recomienda que se realicen posteriores investigaciones relacionadas con las creencias maternas y la conducta preventiva en otras enfermedades con el fin de proporcionar al profesional de enfermería pediátrica herramientas para el establecimiento de programas educativos basados en la realidad encontrada.

Basado en la relación entre conocimientos y conducta preventiva, se recomienda diseñar estrategias educativas para las madres de niños con asma enfatizando en los aspectos en los cuales se encontró menor conocimiento, como en lo referente a las medidas preventivas, con el fin de favorecer el control de la enfermedad, lo que se traduce en la disminución de intensidad y frecuencia de las crisis.

Así mismo es aconsejable la duplicación de este estudio introduciendo cambios en el instrumento, tales como el agregar en las subescalas indicadores relacionados con aspectos emocionales que rodean la

enfermedad. Para aplicarla en diversas poblaciones y con ello ampliar el margen de *generalización de resultados*. Con el fin de desarrollar un instrumento válido y confiable que constituyan una herramienta de orientación en enfermería.

Se recomienda para la duplicación del estudio que se aumente la muestra para mayor confiabilidad del uso de los estadísticos, y contribuir así a la disminución de la dispersión de ésta.

Complementar los resultados de este estudio con una investigación en la que se contemplen los otros elementos del modelo de creencias, para hacer un análisis total del valor predictivo del modelo en el caso de niños con asma, así como también con la inclusión del padre como sujeto de investigación.

Realizar estudios longitudinales en los que se midan las variables antes y después de una intervención, que consista en un programa de educación a *las madres sobre medidas preventivas del asma.*

REFERENCIAS

- Becker, M. The Health Belief Model and sick role behavior. Health Education Monograph; 2 ; pp 409-419 (1974)
- Becker, M., Drachman, R. y Kirscht, J. Un nuevo enfoque para explicar el comportamiento del rol del enfermo en las poblaciones de bajo nivel socioeconómico. American Journal Public Health. Vol. 64 No.3 pp 205-216.(1974)
- Becker, M., Radius, S., Rosenstock, Y., Drachman, R. Schuberth, c. y Teets, K. Compliance with a Medical Regimen for Asthma: a Test of Health Belief Model. en Public Health Reports. Vol. 93. No. 3 pp 268-277. May-June (1978).
- Berumen, E., Juan, M., Trejo, s. y Egrem, J. La mujer en las acciones de Atención a la Salud de México. en Salud Pública de México. Vol. 26 No. 6 Nov-Dic pp 537-545. (1984)
- Bierman, C. Evaluación clínica del paciente con enfermedad alérgica e inmunológica. Inmunología y Alergia. Ed. Médica Panamericana (1988)
- Bustos, G., Bustos, G., Bracamonte, F., Romero, O., y Baroni. N. Asma en la adolescencia. Arch. Arg. Pediatr. Vol. 91 pp 12-16.(1993)
- Canseco, C., González, S. y Alvarado, C. Mortalidad por Asma en el Estado de Nuevo León, México. Revista Alergia México. Vol.40 No. 5, Sep-Oct (1993)
- Casas, J. Asma Infantil. Epidemiología, Fisiopatología y Etiopatogenia. Pediatría. Vol. 2 pp 19- 32. (1983).

- Crews, B. Mas Similares que Diferentes: los Niños con Enfermedad Crónica.
Journal of Pediatric Health Care. Vol. 2. No. 2. pp. 55-56 (1988)
- Crónica de la OMS, La Mujer como Provedora de Atención a la Salud. Vol.
37. No. 4. pp. 158-163. (1983).
- Dawson, K.P., Fergusson, D.M. y Horwood, L.J: Ketotifen in Asthma.
Australian Journal of Pediatrics. pp 86-87 (1983)
- Duff, L. y Platts, T. Alergenos y asma, en Clínicas pediátricas de Norteamérica
Vol. 6 . Ed. Interamericana. México . pp1369-1387 (1992)
- Escamilla, R. Creencias Maternas Sobre Alimentación y su Influencia en el
Estado Nutricio del Preescolar. Tesis inédita de maestría en
Enfermería con Especialidad en Salud Comunitaria. Universidad
Autónoma de Nuevo León. Monterrey, Nuevo León, México. 1995.
- Fernández, A. Eficacia de la Planificación de los Cuidados en Pacientes
Asmáticos. Enfermería Clínica Vol. 4. No. 6. pp 47-50 (1994)
- Frank, S. Child Psychiatric Collaboration in Asthma Treatment: Group
Approaches. Am. Journal Asthma Allerg. Ped. Vol. 2 p No. 17 p 120.
(1989).
- Fritz, G., Rubenstein, S. y Lewiston, J. Psychological Factors in Fatal
Childhood Asthma. Am. J. Orthopsych. Vol. 57. pp 253-257. (1987).
- Futcher, J. La Enfermedad Crónica y la Dinámica Familiar. Pediatric Nursing.
Vol. 14. No. 5. pp. 381-385. (1988).
- González, R. Diagnóstico de la Salud en México. Ed. Trillas pp. 69-70 (1988).
- Halfon, N. y Newacheck, P. Asma Infantil y Pobreza: Impactos diferenciales y
Utilización de los Servicios de Salud. Pediatrics (ed. esp.) Vol. 35.
No. 1. pp. 60-61.
- Hindi-Alexander, M., Thom, J. y Middleton, E. Collaborative Asthma Self-
magnament . Evaluation Designs. Clin. Rev. Allergy. Vol.5

pp 249-258. (1987)

Janz, N.K. y Becker, M.H. El Modelo de Creencias de Salud: una Década

Después. Health Education Quarterly. Vol. 11. No. 1. pp 1-47 (1984)

Kazak, A. Families with physically handicapped children: social ecology and

family systems. Family Process. Vol. 25 pp 265-281. (1986).

Krause, R. Epidemiologic and socioeconomic aspects of allergic diseases.

Journal Allergy clinica inmunologic. pp 953-954 (1986)

Kurdahi, L., Connolly, M. y Page, D. Assessment and management of the Child

with Asthma. Pediatric Nursing. Vol. 15. No. 2. pp 109-114.(1989)

Landau, L. Valoración y asistencia del asma en pacientes externos. en Clínicas

Pediátricas de Norteamérica Vol. 3. Ed. Interamericana. México. (1979)

Lane, D. Steroid-Sparing effect of Ketotifen in Steroid-dependent asthmatics.

Clin. Allergy Vol. 10. pp. 519-525. (1980).

Leddy, S. y Pepper, J. Bases conceptuales de la enfermería profesional.

1a. ed. en español, OPS. (1989)

Levin, J. Fundamentos de Estadística en la Investigación Social. 2a. ed. p 203

(1979)

MacVicar, m:g: y Sexton-Stone, K. El Impacto de la Enfermedad Crónica sobre

los Sistemas Humanos, en Enfermería y Salud Comunitaria: un

Enfoque de Sistemas. 2a. ed. Publicación de la OPS y OMS. pp587-

602 (1990)

Massicot, J. Epidemiologic and socioeconomics aspect of Allergic diseases. J.

Allergic Clin. Inmunol. Vol. 78 pp 954-956.(1986)

Mikhail, B. Review and Critical Evaluation of the Model, Research, and

Practice. Adv. Nurs. Sci. Vol. 4 No. 1. pp 65-82. (1981)

Miller, B. Depression and Asthma: A Potentially Lethal Mixture. Journal Allergy

Clin. Inmunol. Vol. 80. pp. 481-486 (1987).

- Milner, A. Childhood Asthma Diagnosis, Treatment and Management. 1a ed. Glaxo de México, S.A. de C.V. pp 13-14 (1994).
- Nemcek, M.A. Creencias de Salud y Conducta Preventiva. AAOHN Journal Vol. 38. No. 3. pp 127-138 (1990)
- Pender, N. Conducta protectora de la salud. (preventiva), Promoción de la Salud en la Práctica de Enfermería. 2a. ed. (1987)
- Perpiña, M. Furest, I. y Sanchis, J. Concepto, epidemiología e historia natural del asma bronquial. Neumología Vol. 2 pp 20-30. (1984)
- Perrin, J. MacLean, W. y Perrin, E. Percepciones de los Padres sobre el Estado de Salud y la Adaptación Psicológica de sus hijos Afectos de Asma en Pediatrics ed. española. Vol. 27 No. 1 p 51 (1989)
- Polit, B. y Hungler, Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 4a. ed. OPS y Ed. Interamericana . (1994)
- Popper, A. The Profoundly Injured Child: How to Assess the Damages to the family. Vol. 20 pp 28-32 (1984)
- Reid, J. Double Blind trial of Ketotifen in Childhood chronic cough and Wheeze. Immunol. Allergy Practice. Vol. 11. No. 143. pp13-20
- Rodriguez, F. Capacidad de Cuidado Materno en el Menor de Cinco Años con Infección de Vías Respiratorias Altas. Tesis inédita de maestría en Enfermería con Especialidad en Salud Comunitaria. Universidad Autónoma de Nuevo León. Monterrey, Nuevo León, México. 1995.
- Rosendahl, Y. Hospital Seek to Reduce Asthma Deaths in Children. Drug Topics. Vol. 2 pp23-24 (1989)
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. y Becker, M. La Teoría del Aprendizaje Social y El Modelo de Creencias de la Salud. Health Education Quarterly Vol. 15 No. 2 pp 175-183 (1988).

- Salas, J., Ramírez, A., Carrillo, G., Pérez, R., Sansores, R., Mejía, M. y Chapela, R. La Conducta de un Grupo de Médicos Mexicanos ante el Diagnóstico y Tratamiento del Asma. en Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Mexicano. Vol. 7, No. 2. pp 116-121. Abril-Junio (1994)
- Schmieder, N. Creencia y Adherencia a la salud en Enfermedades Crónicas. Image Journal of Nursing Scholarship. Vol. 20 No. 1. pp. 31-34 (1988)
- Schwam, J. Assisting the Parent of a Child with Asthma. Journal of Asthma Vol.24 No. 1. pp 45-54 (1987).
- Stephen, R. Prevalence of asthma in children under 16 . en British Medical Journal : vol: 292. pp599-607. (1986)
- Strunk R. Mrazek, D. Fuhrmann, G. Physiologic and Psychologic characteristic Associated with Death due to Asthma in Childhood. JAMA Vol. 754 pp 1193-1198 (1985).
- Terán, G. Influencia de las Creencias Maternas de Salud en el Uso de Programas Preventivos Maternos-Infantiles. Tesis inédita de maestría en Enfermería con Especialidad en Salud Comunitaria. Universidad Autónoma de Nuevo León. Monterrey, Nuevo León, México. 1993.
- Thompson, W.L. y Thompson, T.L. Psychiatric Aspects of Asthma. Adv. Psycosom Med. Vol. 14 pp 33-37 (1986)
- Valenzuela, R. Manual de Pediatría 10a. ed. Ed. Interamericana. México. pp.712-716. (1989)
- Vicente, M. Creencias de Salud Maternas relacionadas con la Conducta Preventiva en Diarrea Infantil. Tesis inédita de maestría en Enfermería con Especialidad en Materno-Infantil Pediatría. Universidad Autónoma de Nuevo León. Monterrey, Nuevo León, México. 1993.

- Waechter, E. H., Phillips, J. y Holaday, B. El Niño con Enfermedad Crónica en Enfermería Pediátrica. Ed. Interamericana Mc Graw-Hill. 10a ed. Vol. 2. pp 1310-1335 (1993)
- Whaley, L. y Wong, D. Tratado de Enfermería Pediátrica. Ed. Interamericana 2a. ed. (1988) y Ed. Mosby/Doyma 4a. ed. (1995).
- Wong, D. Impacto de la Enfermedad Crónica, la Incapacidad o la muerte en el Niño y la Familia en Enfermería Pediátrica, pp 474-513. Ed. Mosby/Doyma 4a. ed. (1995).

APENDICES

APENDICE A

INSTRUMENTO CMCPA

APENDICE A

CREENCIAS MATERNAS Y CONDUCTA PREVENTIVA DEL ASMA

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE ENFERMERIA

Número _____
Fecha _____

CUESTIONARIO para recolección de información sobre CREENCIAS MATERNAS Y CONDUCTA PREVENTIVA DEL ASMA (CMCPA) para madres de escolares y preescolares con asma.

INSTRUCCIONES: Responda el siguiente cuestionario encerrando en un círculo el número que corresponda a la respuesta correcta.

I. Datos de identificación de la madre.

1. Edad

- 1) 26 años y menos
- 2) 27 a 32 años
- 3) 32 años y más

2. Estado Civil

- 1) Con pareja
- 2) Sin pareja

3. Escolaridad

- 1) Primaria completa y menos
- 2) Secundaria incompleta y completa
- 3) Preparatoria y más

4. Ocupación

- 1) Trabaja
- 2) No trabaja

II. Información sobre la enfermedad de su hijo.

5. Edad del niño con asma

- 1) Menos de 4 años
- 2) De 4 a 8 años
- 3) Más de 8 años

6. Tiempo de diagnosticada la enfermedad

- 1) Menos de 2 años
- 2) De 2 a 4 años

3) Más de 4 años

7. ¿ Ha recibido orientación sobre medidas preventivas del asma?

- 1) Sí
- 2) No

8. Si su respuesta anterior fue "Sí" ¿ de quién toma más en cuenta esos consejos?

- 1) Amigos, conocidos y/o vecinos
- 2) Personal de salud
- 3) Familiares
- 4) No aplica

9. Hay otro miembro en su familia (aparte de su hijo) con asma

- 1) Sí
- 2) No

10. ¿Cuántos?

- 1) Ninguno
- 2) Uno
- 3) Más de uno

11. ¿Quién?

- 1) Otro hijo
- 2) Yo
- 3) Padre del niño u otros
- 4) No aplica

EN LA SIGUIENTE SECCION ELIJA LA RESPUESTA QUE INDIQUE SI USTED ESTA DE ACUERDO O DESACUERDO CON EL ENUNCIADO, ENCERRANDO EN UN CIRCULO EL NUMERO CORRESPONDIENTE.

Significado de los números:

- = Totalmente de Acuerdo
- = Parcialmente de Acuerdo
- = Parcialmente en Desacuerdo
- = Totalmente en Desacuerdo

I. Susceptibilidad percibida.

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 12. Mi hijo padece crisis asmáticas con demasiada frecuencia. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Me preocupa demasiado la posibilidad de una crisis asmática en mi hijo. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Las crisis anteriores en mi hijo ocasionan mayor preocupación en mí, ante la posibilidad de nuevas crisis. | 1 | 2 | 3 | 4 |

II. Severidad percibida.

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 15. Mi hijo debe llevar una vida diferente a la de los demás niños a causa del asma. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Mi hijo no disfruta de su niñez, a causa del asma. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. El asma está influyendo en el desarrollo de mi hijo. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. La enfermedad de mi hijo ha desestabilizado a la familia. | 1 | 2 | 3 | 4 |

III: Factor modificador estructural (conocimientos).

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 19. Mis conocimientos sobre asma son suficientes para cuidar adecuadamente a mi hijo, durante una crisis. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. Identifico claramente los síntomas de inicio de una crisis asmática en mi hijo. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21. Desconozco medidas para controlar el asma y evitar las crisis asmáticas de mi hijo. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22. Conozco el manejo de los medicamentos que requiere mi hijo con asma. | 1 | 2 | 3 | 4 |

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 23. Cuando mi hijo presenta una crisis asmática no sé que hacer. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24. Desconozco cuáles actividades puede o no realizar mi hijo con asma. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25. El asma es una enfermedad caracterizada por obstrucción de la vía de entrada de aire a los pulmones. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 26. Identifico lo que a mi hijo le causa síntomas de asma. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 27. Los conocimientos que tengo sobre medidas que evitan las crisis de asma, son suficientes para cuidar adecuadamente a mi hijo. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| IV. Medidas Preventivas. | | | | |
| 28. Incluyo a todos los miembros de la familia en el control y cuidado del niño con asma. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 29. Cuando realizo aseo de mi hogar evito que se levante el polvo. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 30. Tengo principal cuidado cuando mi hijo tiene gripa. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 31. No evito que mi hijo se exponga al humo del cigarro. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 32. Nuestro ambiente familiar es cálido y de confianza y seguridad para el niño. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 33. Me gusta y tengo plantas naturales dentro de la casa. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 34. Permito a mi hijo jugar con cualquier tipo de juguete o mascota. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 35. Evito exponer a mi hijo a lo que le provoca síntomas de asma. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 36. Protejo a mi hijo contra cambios bruscos de temperatura. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 37. Solicito atención médica, únicamente cuando observo síntomas de una crisis asmática. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 38. No permito que mi hijo salga de casa cuando tiene fiebre, silbido en el pecho, respiración rápida y forzada o cansancio y debilidad. | 1 | 2 | 3 | 4 |

39. Estoy pendiente de que mi hijo tome los medicamentos con el horario, la forma y durante el tiempo indicado. 1 2 3 4

40. Platico con mi hijo sobre la mejor forma de enfrentar una crisis asmática. 1 2 3 4

OBSERVACIONES:

APENDICE B
PROGRAMA DE CAPTURA DE DATOS

```

COMPUTE insu = (((var00012 + var00014 + var00015)-3) / 9) * 100
EXECUTE .
COMPUTE insev = (((var00016 + var00017 + var00018 + var00019)-4) / 12)*100 .
EXECUTE .
COMPUTE incono = (((var00020 + var00021 + var00022 + var00023 + var00024 +
var00025 + var00026 + var00027)-8 / 24)*100 .
EXECUTE .
COMPUTE inmedpre = (((var00029 + var00030 + var00031 + var00033 +
var00034 + var00035 + var00036 + var00037 + var00038 + var00040
+ var00041 + var00042 + var00043 -13) / 39) * 100 .
EXECUTE .
RELIABILITY
/VARIABLES=var00012 var00014 var00015
/FORMAT=NOLABELS
/SCALE(ALPHA)=ALL/MODEL=ALPHA
/STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE CORR
/SUMMARY=TOTAL MEANS VARIANCE .
RELIABILITY
/VARIABLES=var00016 var00017 var00018 var00019
/FORMAT=NOLABELS
/SCALE(ALPHA)=ALL/MODEL=ALPHA
/STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE CORR
/SUMMARY=TOTAL MEANS VARIANCE CORR .
RELIABILITY
/VARIABLES=var00020 var00021 var00022 var00023 var00024 var00025 var00026
var00027
/FORMAT=NOLABELS
/SCALE(ALPHA)=ALL/MODEL=ALPHA
/STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE CORR
/SUMMARY=TOTAL MEANS VARIANCE CORR .
RELIABILITY
/VARIABLES=var00029 var00030 var00031 var00033 var00034 var00035 var00036
var00037 var00038 var00040 var00041 var00042 var00043
/FORMAT=NOLABELS
/SCALE(ALPHA)=ALL/MODEL=ALPHA
/STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE CORR
/SUMMARY=TOTAL MEANS VARIANCE CORR .
DESCRIPTIVES
VARIABLES=consej cuanto dequie edadn1 edamadre edocivil escolar incono
inmedpre insev insu ocupac otrosas quien tiemdx
/FORMAT=LABELS NOINDEX
/STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX
/SORT=NAME (A) .
LIST
VARIABLES=consej cuanto dequie edadn1 edamadre edocivil escolar ocupac
otrosas quien tiemdx incono inmedpre insev insu
/CASES= BY 1
/FORMAT= WRAP NUMBERED .
CORRELATIONS
/VARIABLES=incono inmedpre insev insu
/PRINT=TWOTAIL SIG
/STATISTICS DESCRIPTIVES
/MISSING=PAIRWISE .
NONPAR CORR
/VARIABLES=incono inmedpre insev insu
/PRINT=SPEARMAN TWOTAIL SIG
/MISSING=PAIRWISE .
ANOVA
VARIABLES=inmedpre
BY edamadre(1 2) escolar(1 3) consej(1 2) otrosas(1 2) ocupac(1 2)
/MAXORDERS NONE
/STATISTICS MEAN
/METHOD EXPERIM
/FORMAT LABELS .

```


APENDICE C
RESUMEN AUTOBIOGRAFICO

RESUMEN AUTOBIOGRAFICO

Luz Verónica Berumen Burciaga

Candidato para el Grado de

Maestro en Enfermería con Especialidad en Materno-Infantil: Pediátrica

Tesis: **CREENCIAS MATERNAS Y CUIDADO PREVENTIVO AL NIÑO CON ASMA**

Campo de Estudio: Enfermería Pediátrica.

Biografía:

Datos Personales: Nacida en Chihuahua, Chihuahua el 26 de Mayo de 1971, hija de Jose Guadalupe Berumen Rivera y Socorro Imelda Burciaga Hernández.

Educación: Egresada de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Chihuahua, grado obtenido Licenciada en Enfermería en 1994, primer lugar de generación.

Experiencia Profesional: Hospital Lázaro Cárdenas del ISSSTE en los servicios de neonatología, urgencias y cuidados intensivos y colaboradora durante el servicio social en docencia y supervisión de práctica hospitalaria del programa de Enfermería General en la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Chihuahua.

