

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

PROGRAMA DE MEDICINA HUMANA



“RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE DINÁMICA FAMILIAR Y EL CONTROL DEL ASMA BRONQUIAL DE ADOLESCENTES, AREQUIPA 2014”.

TESIS PRESENTADA POR:

BACHILLER EN MEDICINA HUMANA

JOYSE KARELIA CHAVEZ JARAMILLO

Para optar el Título Profesional de:

MÉDICO CIRUJANO

AREQUIPA - PERÚ

2014

DEDICATORIA

Dedico esta Tesis a mi Madre por el apoyo incondicional que me brinda en los momentos gratos y difíciles de mi vida, por su esfuerzo en sacarme adelante, enseñarme a no rendirme ante nada y siempre perseverar, ya que sin sus consejos y motivación no habría culminado esta hermosa profesión.

Joyse K. Chávez Jaramillo

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por permitirme llegar a este momento tan especial en mi formación profesional, por protegerme durante todo mi camino y darme fuerzas para superar obstáculos y dificultades a lo largo de toda mi vida.

A mis Padres, Rosalía y Alejandro por sacrificarse y esforzarse día a día para darme una buena educación, a mis hermanos José Carlos, Karol y mi prima Kelly por su alegría contagiante que me brindaban en los momentos estresantes de la carrera, a mis tíos y abuelos quienes siempre me brindaron su apoyo y me dieron la mano cuando sentía que el camino se terminaba, a ustedes por siempre mi corazón y mi agradecimiento.

Finalmente gracias a mi Universidad y a mis Docentes por sus enseñanzas, lecciones y experiencias; quienes influenciaron en mí para ser una persona de bien y sobre todo preparada para los retos que pone la vida y esta apasionante profesión.

Joyse K. Chávez Jaramillo

RESUMEN

Se realizó un estudio de tipo descriptivo correlacional de corte transversal, cuyo propósito fue determinar la relación entre el nivel de dinámica familiar y el grado de control del Asma Bronquial de los adolescentes atendidos en el Hospital Goyeneche y Honorio Delgado. La población de estudio estuvo constituida por 117 pacientes. La técnica empleada fue la encuesta y la observación documental, como instrumentos se empleó la el Cuestionario de Dinámica Familiar FACES III y la ficha de recolección de datos. El análisis estadístico consistió en estadística de tendencia central, para establecer la significancia de los resultados se aplicó la prueba de Ji cuadrado.

Los resultados muestran que nivel de dinámica familiar de los adolescentes con asma bronquial es disfuncional. El grado de control del Asma Bronquial de los adolescentes es parcialmente controlada. La edad promedio de los adolescentes es 12,81 años; el 59,83% son de género masculino; el tiempo de enfermedad promedio es 3,82 años. Son más frecuentes las familias nucleares y cohabitantes (48,72%); el 60,68% de los adolescentes con asma bronquial no cumplen el tratamiento según indicaciones médicas. Existe relación entre el nivel de dinámica familiar y el grado de control del Asma Bronquial de los adolescentes, los adolescentes con disfunción familiar tienen mal control del asma.

PALABRAS CLAVE: ASMA BRONQUIAL, DINÁMICA FAMILIAR, ADOLESCENTES.

ABSTRACT

It was performed a study of type descriptive correlational cross-sectional, whose purpose was to determine the relationship between the level of family dynamics and the degree of control of Bronchial Asthma in adolescents treated at Hospital Goyeneche and Honorio Delgado. The study population was consisted of 117 patients. The technique used was the survey and documentary observation, as instruments was used the Family Dynamics Questionnaire FACES III and the list of data collection. The Statistical analysis consisted in statistical central tendency, to establish the significance of the results was applied Chi-square test.

The results show that, the level of family dynamics of adolescents with asthma is dysfunctional. The degree of control of Bronchial Asthma in adolescents is partially controlled. The average age of adolescents is 12.81 years, the 59.83 % are male, and the mean disease duration is 3.82 years. The families more frequent are cohabitantes nuclear families (48.72 %), the 60.68 % of adolescents with Bronchial asthma do not meet the treatment according to medical indications. There is a relationship between the level of family dynamics and the degree of control of Bronchial Asthma, adolescents with family dysfunction have poor Bronchial Asthma control.

KEYWORDS: BRONCHIAL ASTHMA, FAMILY DYNAMIC, ADOLESCENTS

ÍNDICE

RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN7
<u>CAPÍTULO I</u>	
MATERIAL Y MÉTODOS9
<u>CAPÍTULO II</u>	
RESULTADOS16
<u>CAPÍTULO III</u>	
DISCUSIÓN Y COMENTARIOS46
<u>CAPÍTULO IV</u>	
CONCLUSIONES RECOMENDACIONES53
BIBLIOGRAFÍA57
ANEXOS	
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN60

INTRODUCCIÓN

El asma bronquial es una enfermedad crónica que requiere constante atención y vigilancia por parte de los padres de los niños y adolescentes afectados. Su naturaleza aguda y episódica comporta continuas visitas de control médico, numerosas ausencias escolares y algunas hospitalizaciones que ocasionan frecuentes cambios en la vida diaria familiar, que pueden tener repercusiones importantes en la calidad de vida, no sólo del niño sino también de sus padres y de su familia. (1)

Algunos estudios indican que el entorno familiar de los adolescentes asmáticos puede verse afectado por la enfermedad. Los padres pueden volverse hiperdependientes de los médicos que atienden a sus hijos y adoptar conductas sobreprotectoras hacia éstos. Pueden experimentar sentimientos de desesperanza, de falta de ayuda y de frustración familiar. Los hermanos sanos del adolescente asmático pueden experimentar resentimiento hacia éste o hacia sus padres a causa de los cuidados y de la sobreprotección paterna que recibe el enfermo. El adolescente asmático puede adoptar una conducta manipulativa para conseguir una mayor atención por parte de los padres y de los demás miembros de la familia (1).

Durante el desarrollo del internado médico, se han atendido niños y adolescentes con asma bronquial, que en efecto, debido a los diferentes grados de severidad de la enfermedad requieren de controles médicos frecuentes, en otros casos, acuden al Servicio de Emergencia, al presentar exacerbación aguda de la enfermedad. En todos los casos, se ha podido apreciar el impacto que se produce en la familia. Los padres, por lo general, la madre se muestra también con mucha ansiedad y preocupación por su hijo, frecuentemente hacen preguntas acerca de cuándo se le curará el asma al adolescente y el peligro vital que la dificultad respiratoria les puede acarrear.

De manera frecuente, los padres comentan que el cuidado del adolescente asmático afecta a otras áreas que no se relacionan directamente con la condición del paciente. Señalan por ejemplo, que la responsabilidad de cuidar al adolescente muchas veces los obliga a dejar sus actividades diarias, a ausentarse del trabajo o incluso a dejarlo o a cambiar sus horarios, lo cual puede alterar la economía familiar. Incluso algunos padres que permanecen en su trabajo habitual, manifestaron el temor a que a causa de las ausencias escolares y a la necesidad de llevar al paciente a los controles del asma o a urgencias a causa de una recaída, los lleve a ser despedidos del mismo, o que los adolescentes puedan perder el año escolar.

A partir de las observaciones anteriores y debido al incremento que el Asma Bronquial viene presentando en Arequipa, me vi motivada para realizar esta investigación, porque considero importante el estudio de la dinámica familiar, porque a partir de los cambios que se puedan instaurar se puede contribuir a reducir los síntomas del adolescente y mejorar su calidad de vida.

Los hechos anteriores han motivado el desarrollo de este estudio, el mismo que se llevó a cabo en los Servicios de Pediatría y Medicina del Hospital Regional Honorio Delgado y del Hospital Goyeneche, mediante la aplicación de los instrumentos elaborados para tal fin. La tesis está estructurada en un capítulo de material y métodos, el segundo capítulo presenta y analiza los resultados de la investigación, en el tercer capítulo se realiza la discusión, en el cuarto capítulo se presentan las conclusiones y recomendaciones y finalmente se presentan los anexos.



CAPÍTULO I

MATERIAL Y MÉTODOS

MATERIAL Y MÉTODOS

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1. TÉCNICAS

Se utilizó como técnica la encuesta y la observación documental.

1.2. INSTRUMENTOS

1.2.1. Cuestionario de Dinámica Familiar

Se aplicó la Escala FACES III, el cual es un instrumento que mide la adaptabilidad y cohesión familiar. Consta de 20 preguntas. La calificación de cohesión es igual a la suma de los puntajes de los ítems impares y la de adaptabilidad a la de los ítems pares, finalmente las categorías son: (45)

En cuanto a la adaptabilidad:

Caótica: 29 a 50 puntos.

Flexible: 25 a 28.

Estructurada: 20 a 24.

Rígida de 10 a 19.

En cuanto a la cohesión:

Disgregada de 10 a 34.

Semirrelacionada: 35 a 40.

Relacionada: 41 a 45.

Aglutinada: 46 a 50.

Las familias disfuncionales corresponden a las caóticas y rígidas en el indicador de adaptabilidad y a disgregadas y aglutinadas en el indicador de cohesión.

En cuanto a la confiabilidad de la Escala FACES III, la misma ha sido empleada en diversos estudios, entre ellos los efectuados con población de diferentes regiones por Schmidt V. El modelo teórico en que se sustenta la escala - modelo circunplejo discrimina la funcionalidad o disfuncionalidad de la familia según su puntuaciones sean balanceadas o extremas en cada una de las dos variables, si bien bajo ciertas circunstancias puede resultar adaptativo que una familia presente niveles extremos siendo una escala sensible a los cambios que se atraviesan a través de los ciclos vitales. (45)

La consistencia interna medida de la Escala de Funcionamiento Familiar FACES III es de 0,793 (alfa de Cronbach). El análisis factorial mostró que cada uno de los ítems de las subescalas de adaptabilidad y cohesión, que hacen parte de la escala total representan un único factor, por lo que los autores concluyeron que es un instrumento altamente confiable con alta consistencia interna. (45)

1.2.2. Ficha de Recolección de Datos

En este instrumento que fue elaborado por la investigadora, se incluyeron dos secciones, en la primera, se incluyó los indicadores que GINA recomienda para evaluar el grado de control del asma bronquial. En la segunda parte, los datos referidos a las variables intervinientes. Este instrumento fue elaborado con la colaboración del tutor de la investigación. No requirió validación por ser solo para recojo de información. Los indicadores del grado de control del asma han sido validados por GINA (2006) (38).

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. UBICACIÓN ESPACIAL

El estudio de investigación fue realizado en el Servicio de Pediatría y Medicina del Hospital Goyeneche, que está ubicado en la Avenida Goyeneche s/n y en el Servicio de Pediatría del Hospital Regional Honorio Delgado, ubicado en la Avenida Daniel Alcides Carrión 505, en el Distrito de Arequipa, en la Provincia, Departamento y Región Arequipa.

2.2. UBICACIÓN TEMPORAL

Estudio de tipo coyuntural que abarcó el período de noviembre del año 2013 al mes de febrero del 2014.

2.3. UNIDADES DE ESTUDIO

2.3.1. Universo

Estuvo conformado por todos los adolescentes con asma bronquial que son atendidos en el Servicio de Pediatría y Medicina del Hospital Goyeneche y del Hospital Regional Honorio Delgado, los que sumaron 117 pacientes. Se trabajó con las dos instituciones a fin de tener un tamaño de muestra mayor y por ende de mayor representatividad.

2.3.2. Muestra

No se trabajó con muestra sino con los pacientes que se atendieron en el periodo del estudio que fueron un total de 117 pacientes. Se eligieron a los pacientes de acuerdo a los siguientes criterios:

De inclusión:

- Adolescentes con diagnóstico confirmado mediante estudios clínicos y/o funcionales de asma bronquial.

De exclusión:

- Adolescentes que no vivan con su familia.
- Padres que no acepten participar.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1.1. ORGANIZACIÓN

- Después de que el proyecto fue aprobado se envió solicitudes para revisión de Historias Clínicas a los Hospitales Goyeneche y Hospital Regional Honorio Delgado para que el Director de cada Institución autorice la realización del estudio.
- La investigadora acudió a los dos servicios de Pediatría y Medicina para realizar la identificación de los pacientes atendidos por asma bronquial, tanto en consultorios externos y hospitalización. Previa explicación del propósito del estudio a los padres y habiendo estos autorizado la participación del paciente, se procedió a evaluar la dinámica familiar.
- La información referida al grado de control del asma bronquial fue registrada a partir de la información de la historia clínica. Una vez finalizada la fase de recolección de datos, se realizó la base de datos en el Programa Excel y el análisis estadístico de los resultados. Luego se elaboró el informe final de la investigación.

3.2. RECURSOS

Humanos:

La investigadora: JoyseKareliaChavez Jaramillo.

Alumna de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad
Católica de Santa María.

Tutor: Dr. Cesar Alpaca Cano

Médico Pediatra, Hospital Goyeneche

Institucionales:

Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María.

Biblioteca de la U.C.S.M.

Hospital Goyeneche.

Hospital Regional Honorio Delgado.

Materiales:

Ficha de recolección de datos, material de escritorio, computadora, paquete estadístico.

Financieros: Autofinanciamiento.

3.3 VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

El instrumento es sólo para el recojo de información, por lo que no fue necesario realizar su validación. Fue elaborado por la investigadora con la orientación del tutor y según las variables de estudio. Se realizó una prueba piloto para identificar los ítems que fueron necesarios modificar.

3.4 CRITERIOS Ó ESTRATEGIAS PARA EL MANEJO DE LOS RESULTADOS

Para el análisis estadístico se utilizó estadística descriptiva, es decir, promedio, mediana, moda, valor mínimo y máximo, desviación estándar de las variables cuantitativas. Las variables categóricas se expresaron en número y porcentaje.

Para la sistematización de los datos, se empleó la hoja de cálculo Excel 2010 y el paquete estadístico Epiinfo. Los resultados son presentados en tablas.





CAPÍTULO II

RESULTADOS

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE DINÁMICA FAMILIAR Y EL CONTROL DEL ASMA BRONQUIAL DE ADOLESCENTES AREQUIPA 2014

TABLA 1

ADAPTABILIDAD Y COHESIÓN FAMILIAR DE LOS ADOLESCENTES CON ASMA BRONQUIAL

DINÁMICA FAMILIAR	Nº	%	
ADAPTABILIDAD	Caótica	65	55,55
	Flexible	12	10,26
	Estructurada	15	12,82
	Rígida	25	21,37
TOTAL		117	100
COHESIÓN	Disgregada	83	70,94
	Semirrelacionada	9	7,69
	Relacionada	15	12,82
	Aglutinada	10	8,55
TOTAL		117	100

Elaboración propia

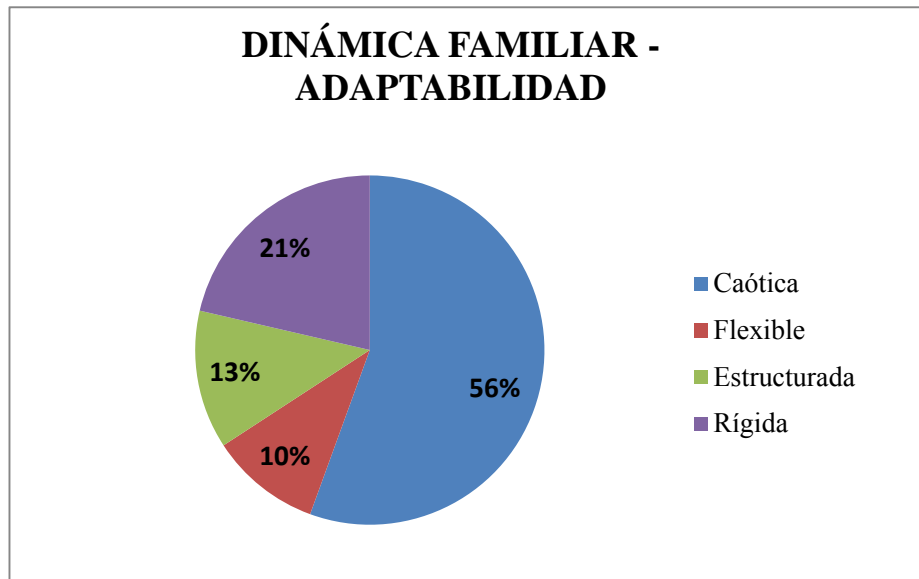
En la tabla muestra que la adaptabilidad familiar, como indicador de la dinámica de la familia del adolescente, es predominantemente caótica y rígida 76,92%, existiendo un reducido porcentaje de familias flexibles y estructuradas 23,08%.

Respecto a la cohesión, como otro indicador de la dinámica familiar, vemos que la mayoría de familias son disgregadas 70,94% y el 12,82% son relacionadas.

GRÁFICO 1

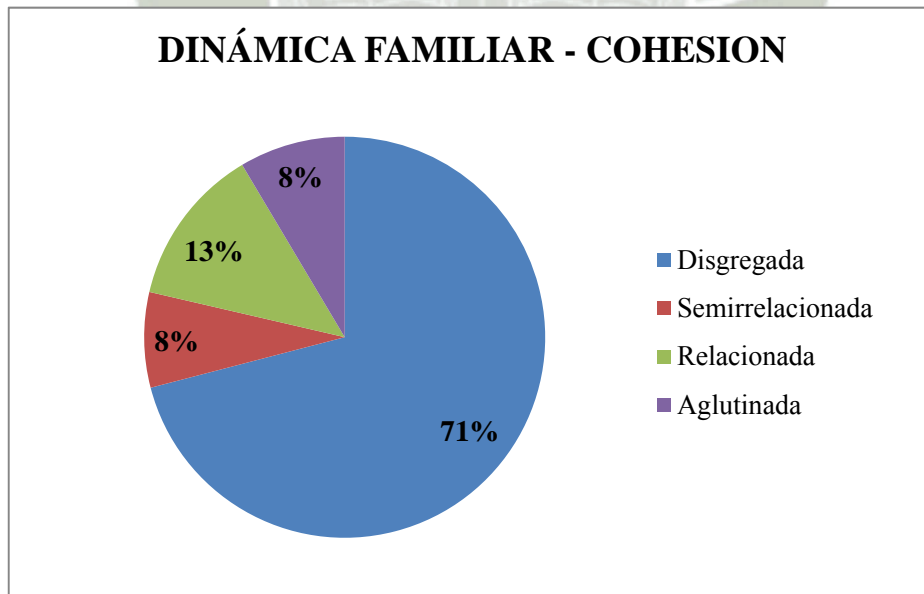
ADAPTABILIDAD Y COHESIÓN FAMILIAR DE LOS ADOLESCENTES CON ASMA BRONQUIAL

GRÁFICO 1.1



Elaboración propia

GRÁFICO 1.2



Elaboración propia

En el gráfico 1 muestran que la adaptabilidad familiar, como indicador de la dinámica de la familia del adolescente, es predominantemente caótica y rígida 77%, en valor aproximado, existiendo un reducido porcentaje de familias flexibles y estructuradas 23%.

En el gráfico 2 respecto a la cohesión, como otro indicador de la dinámica familiar, vemos que la mayoría de familias son disgregadas 71% en valor aproximado y el 13% son relacionadas.



**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE DINÁMICA FAMILIAR Y EL
CONTROL DEL ASMA BRONQUIAL DE ADOLESCENTES
AREQUIPA 2014**

TABLA 2

**DINÁMICA FAMILIAR DE LOS ADOLESCENTES CON ASMA
BRONQUIAL**

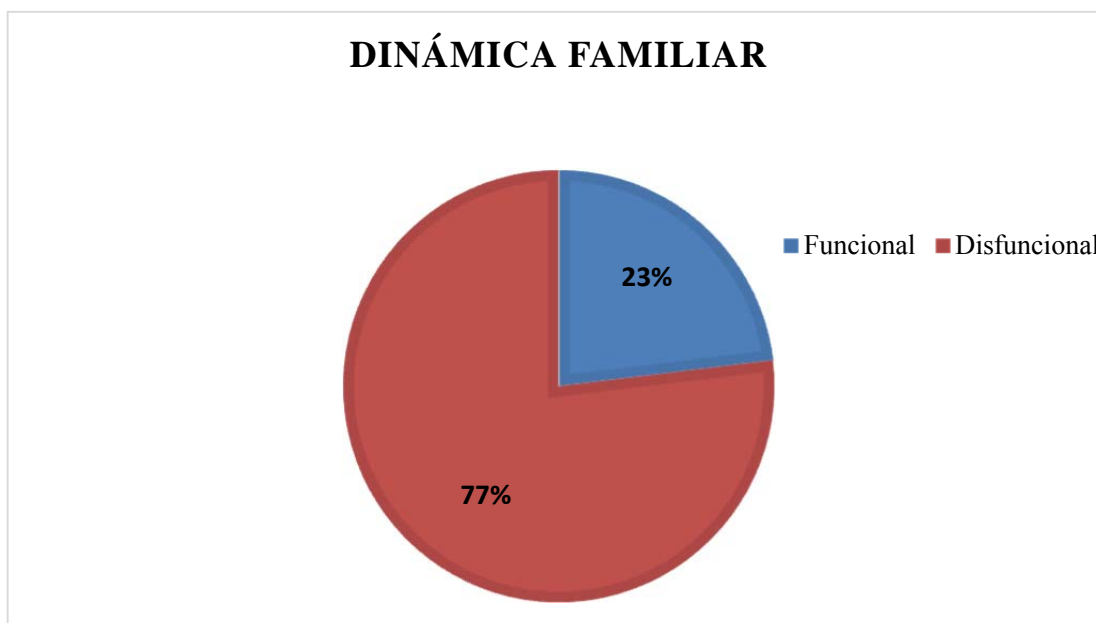
DINÁMICA FAMILIAR	F.	%
Funcional	27	23,08
Disfuncional	90	76,92
TOTAL	117	100

Elaboración propia

En la tabla se observa que el 76,92% de adolescentes tienen familias disfuncionales, el 23,08% tienen familias funcionales, este resultado es obtenido en base al análisis de la adaptabilidad y cohesión familiar.

GRÁFICO 2

DINÁMICA FAMILIAR DE LOS ADOLESCENTES CON ASMA BRONQUIAL



Elaboración propia

En el gráfico 2 se observa que el 77% de adolescentes como valor aproximado, tienen familias disfuncionales, el 23% tienen familias funcionales, este resultado es obtenido en base al análisis de la adaptabilidad y cohesión familiar.

**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE DINÁMICA FAMILIAR Y EL
CONTROL DEL ASMA BRONQUIAL DE ADOLESCENTES
AREQUIPA 2014**

TABLA 3

**INDICADORES DEL GRADO DE CONTROL DEL ASMA BRONQUIAL EN
LOS ADOLESCENTES**

Síntomas durante el día	F.	%
Ninguno (Menos de dos veces por semana)	38	32,48
Más de dos veces por semana	79	67,52
TOTAL	117	100
Limitación de actividades		
Sí	82	70,08
No	35	29,92
TOTAL	117	100
Síntomas nocturnos		
Sí	81	69,23
No	36	30,77
TOTAL	117	100
Uso de medicamentos de rescate		
No (Menos de dos veces por semana)	39	33,33
Más de dos veces por semana	78	66,67
TOTAL	117	100
Función pulmonar		
FEV1 o FEM normal	94	80,34
<80% del predicho	23	19,66
TOTAL	117	100
Exacerbaciones		
Ninguna	31	26,49
Una o más por año	57	48,72
Una en cualquier semana	29	24,79
TOTAL	117	100
Uso de medicamentos de control		
Usa	117	100,00
No usa	0	0,00
TOTAL	117	100

Elaboración propia

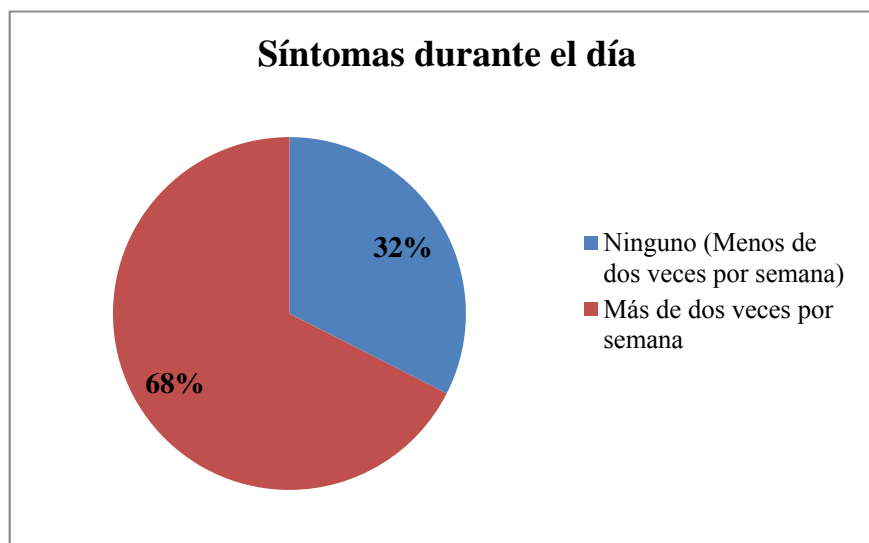
Se observa en la tabla que 67,52% de adolescentes presentan síntomas diurnos más de dos veces por semana; el 70,08% señaló que sí presenta limitación de actividades; 69,23% tiene síntomas nocturnos; 66,67% usa medicamentos de rescate más de dos veces por semana; 80,34% tienen función pulmonar normal y el 19,66% tiene <80% del valor predicho; 48,72% y 24,79% tienen exacerbaciones una o más por año o una en cualquier semana respectivamente, el 26,49% no tiene exacerbaciones. El 100% de adolescentes usa medicamentos de control.



GRÁFICO 3

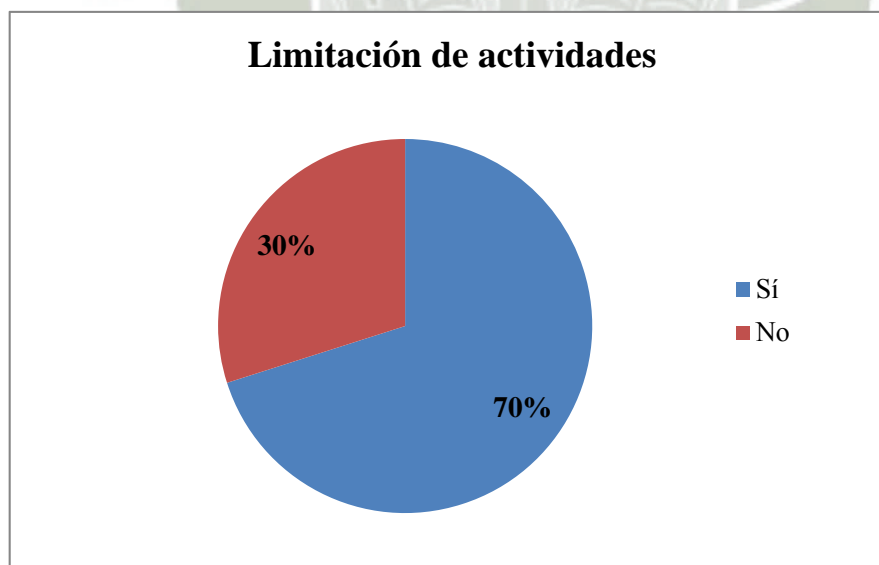
INDICADORES DEL GRADO DE CONTROL DEL ASMA BRONQUIAL EN LOS ADOLESCENTES

GRÁFICO 3.1



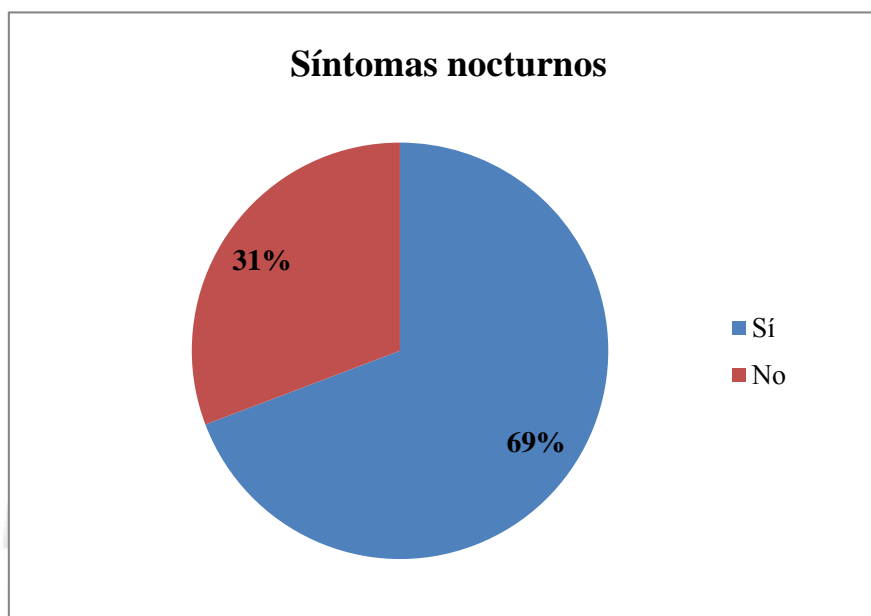
Elaboración propia

GRÁFICO 3.2



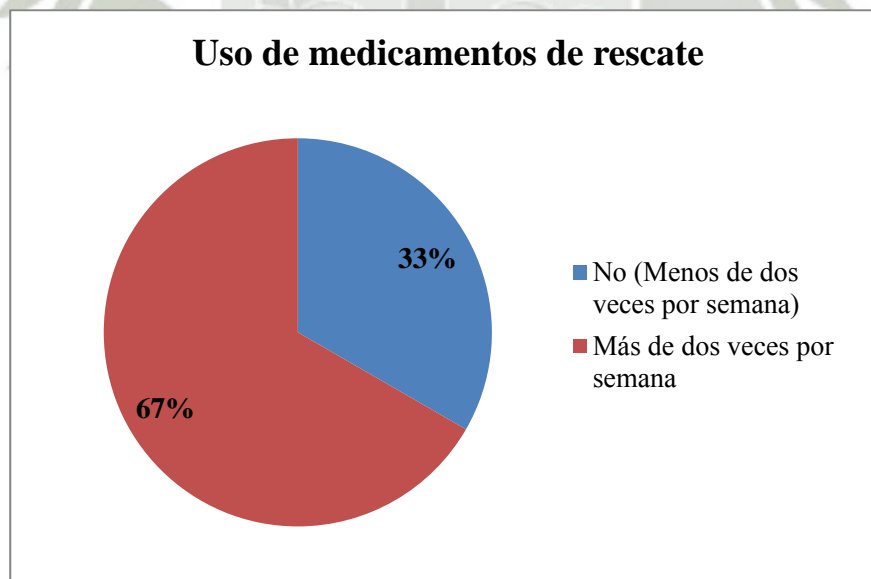
Elaboración propia

GRÁFICO 3.3



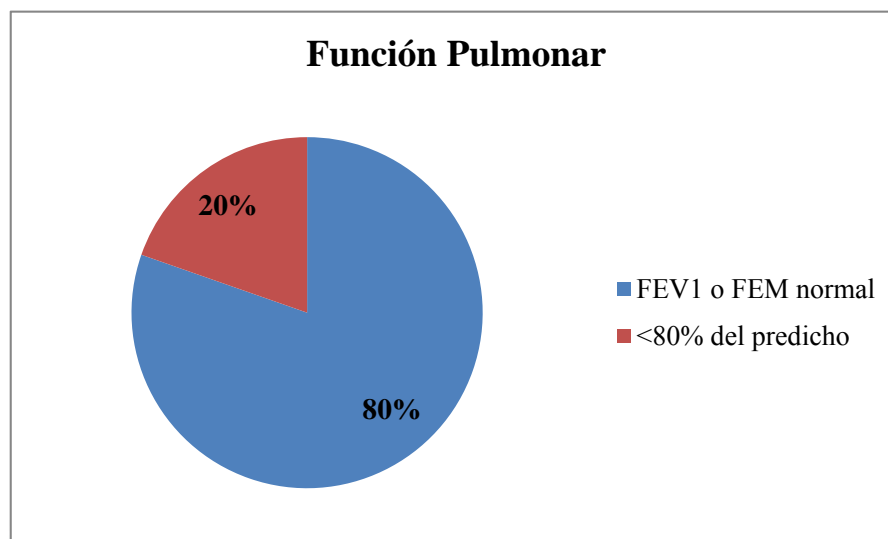
Elaboración propia

GRÁFICO 3.4



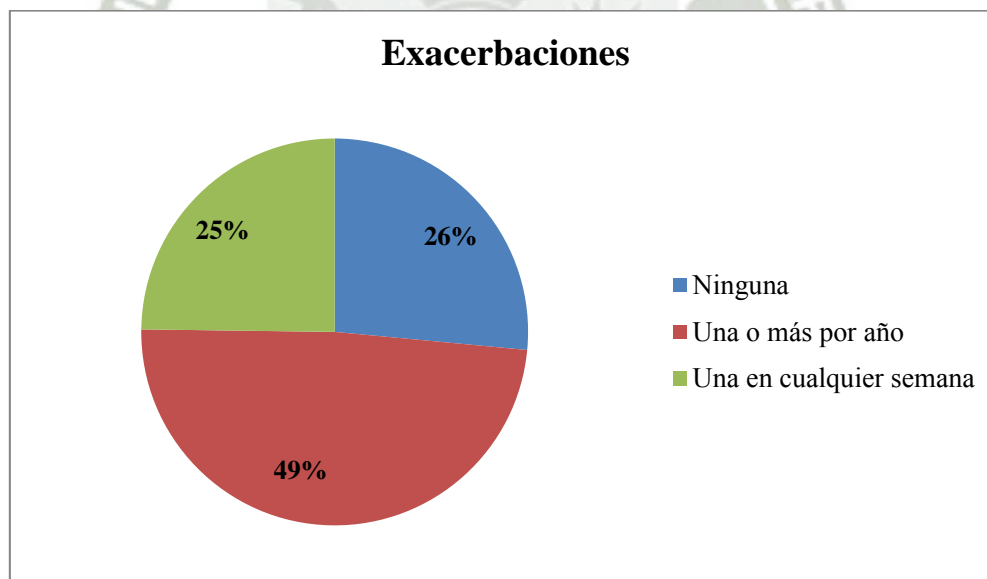
Elaboración propia

GRÁFICO 3.5



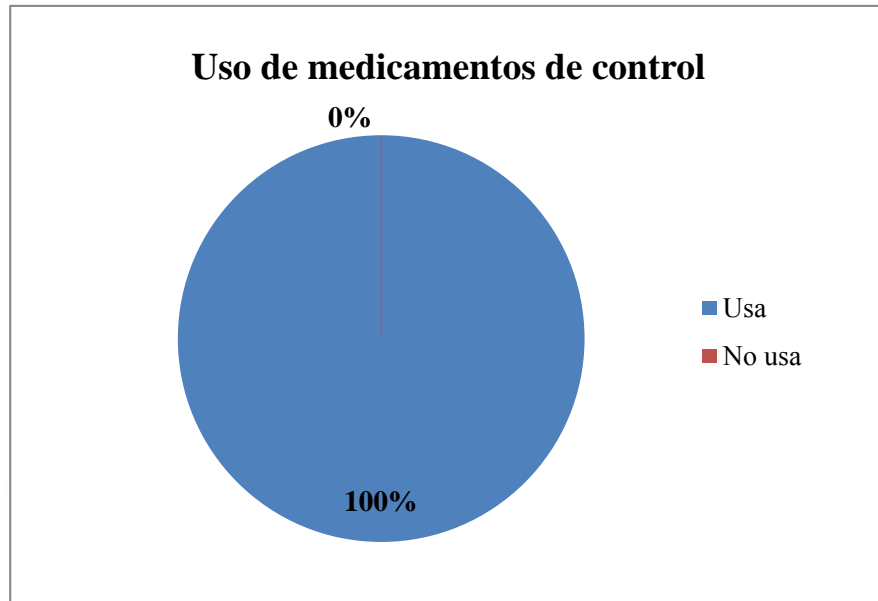
Elaboración propia

GRÁFICO 3.6



Elaboración propia

GRÁFICO 3.7



Elaboración propia

Se observa en el gráfico 3.1 que 68% de adolescentes como valor aproximado, presentan síntomas diurnos más de dos veces por semana; en el gráfico 3.2 el 70% señaló que sí presenta limitación de actividades; en el gráfico 3.3 el 69% tiene síntomas nocturnos; en el gráfico 3.4 el 67% usa medicamentos de rescate más de dos veces por semana; en el gráfico 3.5 el 80% tienen función pulmonar normal y el 20% tiene <80% del valor predicho; en el gráfico 3.6 el 49% y 25% tienen exacerbaciones una o más por año o una en cualquier semana respectivamente, y el 26% no tiene exacerbaciones. Finalmente en el gráfico 3.7 el 100% de adolescentes usa medicamentos de control.

**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE DINÁMICA FAMILIAR Y EL
CONTROL DEL ASMA BRONQUIAL DE ADOLESCENTES
AREQUIPA 2014**

TABLA 4

**MEDICAMENTOS MÁS USADOS POR LOS ADOLESCENTES CON ASMA
BRONQUIAL**

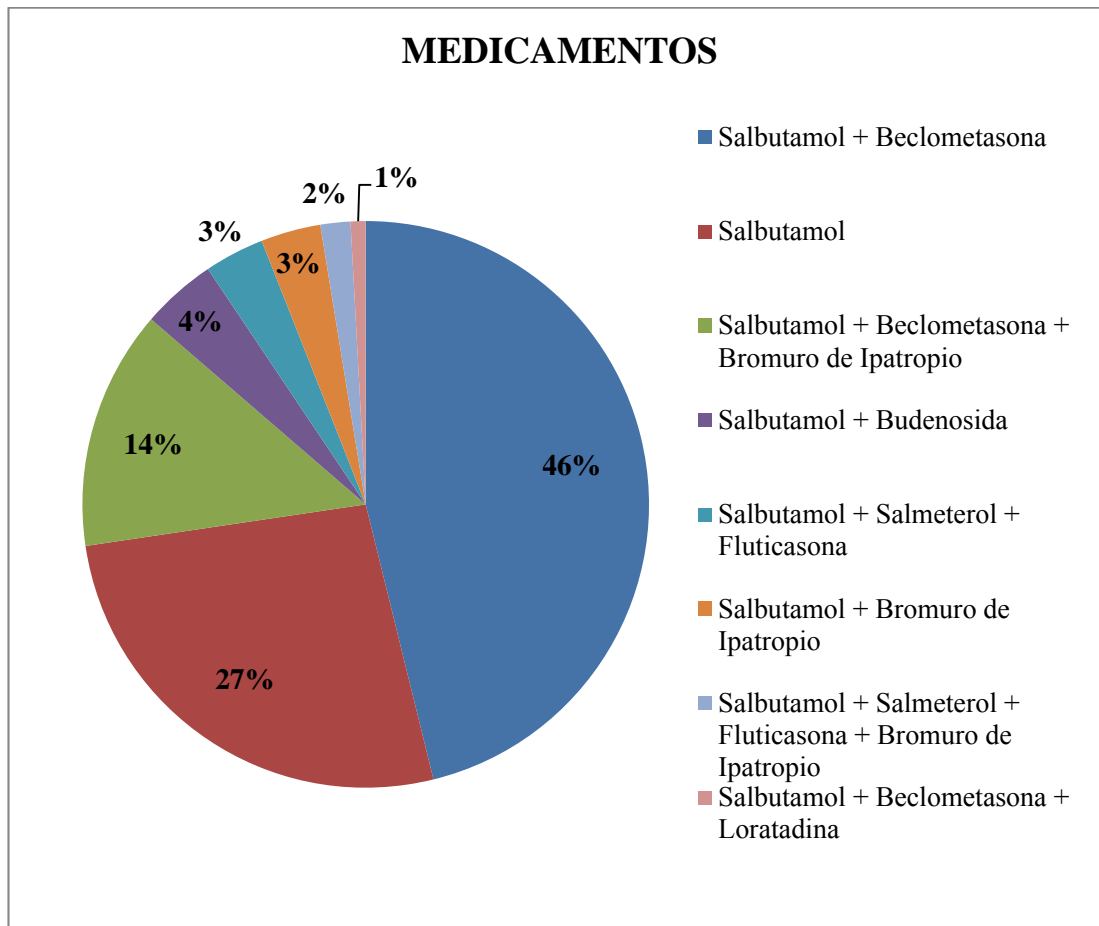
MEDICAMENTOS	F.	%
Salbutamol + Beclometasona	54	46,15
Salbutamol	31	26,50
Salbutamol + Beclometasona + Bromuro de Ipatropio	16	13,68
Salbutamol + Budenosida	5	4,27
Salbutamol + Salmeterol + Fluticasona	4	3,42
Salbutamol + Bromuro de Ipatropio	4	3,42
Salbutamol + Salmeterol + Fluticasona + Bromuro de Ipatropio	2	1,71
Salbutamol + Beclometasona + Loratadina	1	0,85
TOTAL	117	100

Elaboración propia

La tabla muestra que todos los adolescentes reciben medicamentos para el control del asma bronquial. Asimismo, el 26,50% sólo recibe salbutamol, mientras que el 73,50% recibe una combinación de medicamentos, siendo los más empleados el salbutamol + beclometasona (46,15%), Salbutamol + Beclometasona + Bromuro de Ipatropio (13,68%), entre los principales.

GRÁFICO 4

MEDICAMENTOS MÁS USADOS POR LOS ADOLESCENTES CON ASMA BRONQUIAL



Elaboración propia

El gráfico 4 muestra que todos los adolescentes reciben medicamentos para el control del asma bronquial. Asimismo, el 27% como valor aproximado sólo recibe salbutamol, mientras que el 73% recibe una combinación de medicamentos, siendo los más empleados el salbutamol + beclometasona (46%), Salbutamol + Beclometasona + Bromuro de Ipatropio (14%), entre los principales.

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE DINÁMICA FAMILIAR Y EL CONTROL DEL ASMA BRONQUIAL DE ADOLESCENTES AREQUIPA 2014

TABLA 5

ADOLESCENTES CON ASMA BRONQUIAL POR EDAD SEGÚN GÉNERO

EDAD (años)	GÉNERO				TOTAL	
	Masculino		Femenino		N°	%
	N°	%	N°	%		
10 – 14	59	50,43	35	29,91	94	80,34
15 – 19	11	9,40	12	10,26	23	19,66
TOTAL	70	59,83	47	40,17	117	100

Elaboración propia

Edad promedio: 12,81 años; valor mínimo: 10 años; valor máximo: 19 años; moda: 11 años; desviación estándar: $\pm 2,65$.

$$X^2 = 1,7161$$

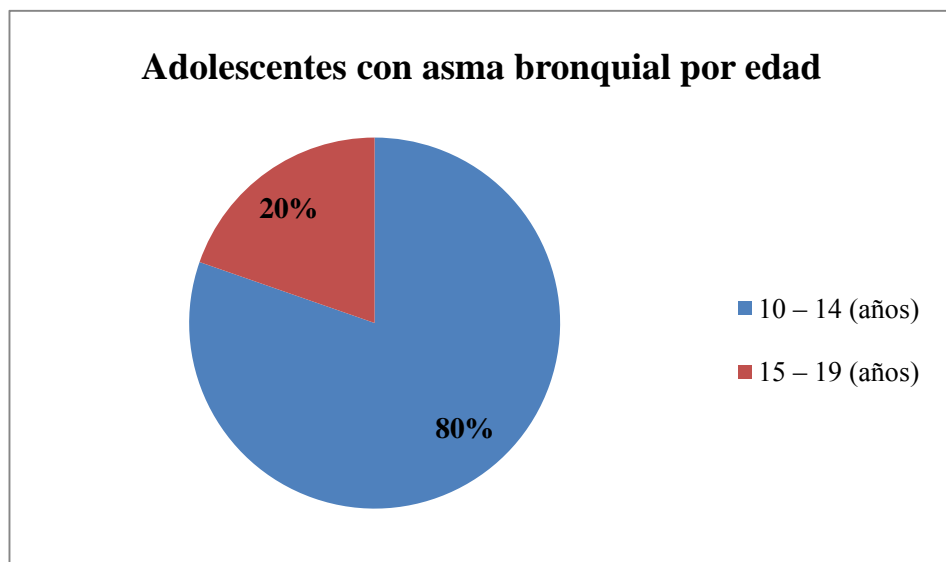
Se observa en la tabla que el 80,34% de adolescentes con asma bronquial tienen edades entre 10 a 14 años, el 19,66% entre 15 a 19 años. En cuanto al género predomina el masculino en 59,83% frente al 40,17% de pacientes de género femenino.

En el grupo de adolescencia temprana, es decir, entre 10 a 14 años, se distribuye el 50,43% de varones y el 29,91% de mujeres. En el grupo de adolescencia tardía, o de 15 a 19 años se ubica el 9,40% de varones y el 10,26% de mujeres. La prueba de Ji cuadrado demuestra que no existen diferencias estadísticas entre la edad y género de los adolescentes.

GRÁFICO 5

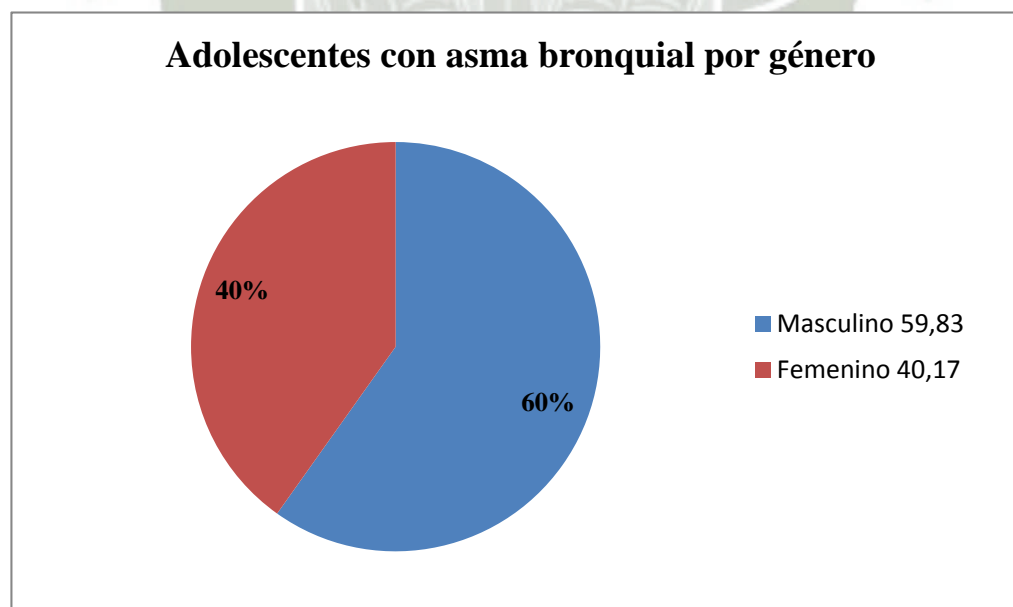
ADOLESCENTES CON ASMA BRONQUIAL POR EDAD SEGÚN GÉNERO

GRÁFICO 5.1



Elaboración propia

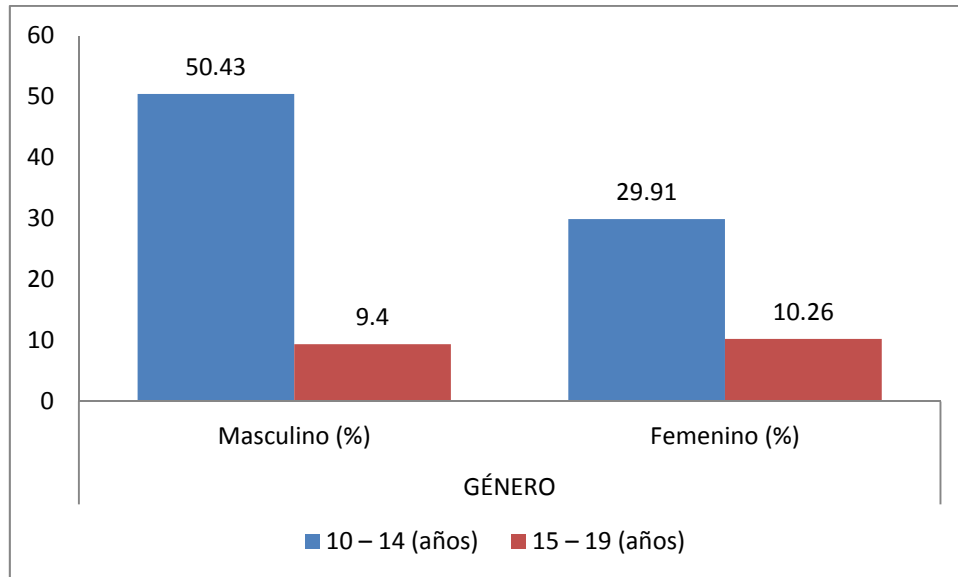
GRÁFICO 5.2



Elaboración propia

GRÁFICO 5.3

ADOLESCENTES CON ASMA BRONQUIAL POR EDAD SEGÚN GÉNERO



Elaboración propia

Se observa en el gráfico 5.1 que el 80% como valor aproximado de adolescentes con asma bronquial tienen edades entre 10 a 14 años, el 20% entre 15 a 19 años. El gráfico 5.2 en cuanto al género predomina el masculino en 60% como valor aproximado frente al 40% de pacientes de género femenino.

Además observamos que en el gráfico 5.3 el grupo de adolescencia temprana, es decir, entre 10 a 14 años, se distribuye el 50,43% de varones y el 29,91% de mujeres. En el grupo de adolescencia tardía, o de 15 a 19 años se ubica el 9,40% de varones y el 10,26% de mujeres. La prueba de Ji cuadrado demuestra que no existen diferencias estadísticas entre la edad y género de los adolescentes.

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE DINÁMICA FAMILIAR Y EL CONTROL DEL ASMA BRONQUIAL DE ADOLESCENTES AREQUIPA 2014

TABLA 6
**TIEMPO DE ENFERMEDAD DE LOS ADOLESCENTES CON ASMA
BRONQUIAL**

TIEMPO DE ENFERMEDAD (años)	F.	%
≤ 2	51	43,59
3 – 4	28	23,93
5 - 6	14	11,97
7 – 8	13	11,11
9 – 10	7	5,98
11 a más	4	3,42
TOTAL	117	100

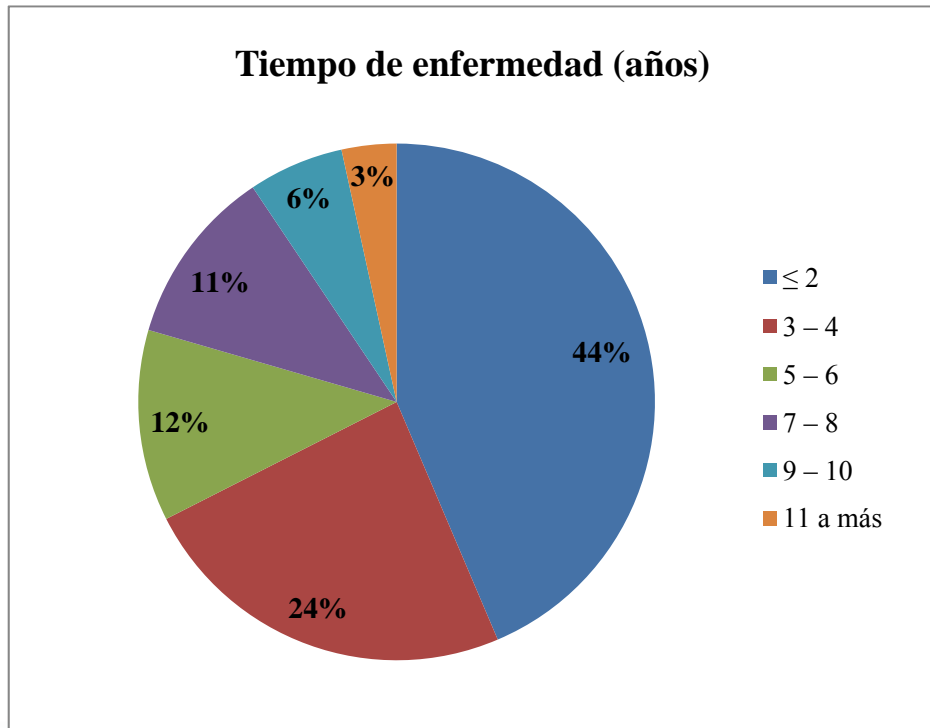
Elaboración propia

Tiempo de enfermedad promedio: 3,82 años; valor mínimo: 7 meses; valor máximo: 15 años; moda: 1 año; desviación estándar: $\pm 3,24$.

Se observa en la tabla que el 43,59% de adolescentes presentan el asma por un tiempo menor o igual a dos años; el 23,93% entre 3 a 4 años; 11,97% y 11,11% de 5 a 6 y de 7 a 8 años respectivamente. El 9,4% tiene el asma por espacio de 9 a más años.

El tiempo de enfermedad promedio en la muestra es 3,82 años.

GRÁFICO 6
**TIEMPO DE ENFERMEDAD DE LOS ADOLESCENTES CON ASMA
BRONQUIAL**



Elaboración propia

Se observa en el gráfico 6 que el 44% como valor aproximado de adolescentes presentan el asma por un tiempo menor o igual a dos años; el 24% entre 3 a 4 años; 12% y 11% de 5 a 6 y de 7 a 8 años respectivamente. El 9% tiene el asma por espacio de 9 a más años.

**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE DINÁMICA FAMILIAR Y EL
CONTROL DEL ASMA BRONQUIAL DE ADOLESCENTES
AREQUIPA 2014**

TABLA 7

**EDAD DEL PADRE O MADRE DE LOS ADOLESCENTES CON ASMA
BRONQUIAL**

EDAD (años)	F.	%
25 – 34	26	22,22
35 – 44	66	56,42
45 – 54	24	20,51
55 a más	1	0,85
TOTAL	117	100

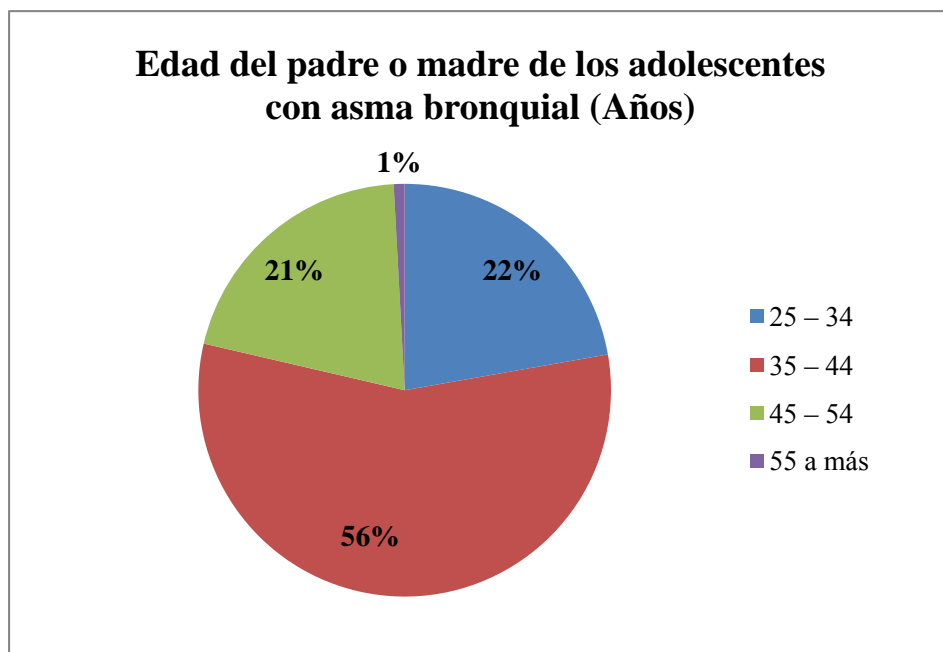
Elaboración propia

Tiempo de enfermedad promedio: 39,67 años; valor mínimo: 27 años; valor máximo: 75 años; moda: 38 años; desviación estándar: $\pm 6,84$ años.

La tabla muestra que el 56,42% del padre o madre de los adolescentes tienen edades comprendidas entre los 35 a 44 años, el 22,22% entre 25 a 34 años, 20,51% entre 45 a 54 años y sólo el 0,85% tiene más de 55 años. La edad promedio de los padres es 39,67 años.

GRÁFICO 7

EDAD DEL PADRE O MADRE DE LOS ADOLESCENTES CON ASMA BRONQUIAL



Elaboración propia

En el gráfico 7 muestra que el 56% como valor aproximado del padre o madre de los adolescentes tienen edades comprendidas entre los 35 a 44 años, el 22% entre 25 a 34 años, 21% entre 45 a 54 años y sólo el 1% tiene más de 55 años.

La edad promedio de los padres es 40 años.

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE DINÁMICA FAMILIAR Y EL CONTROL DEL ASMA BRONQUIAL DE ADOLESCENTES AREQUIPA 2014

TABLA 8
NIVEL DE INSTRUCCIÓN DEL PADRE O MADRE DE LOS
ADOLESCENTES CON ASMA BRONQUIAL

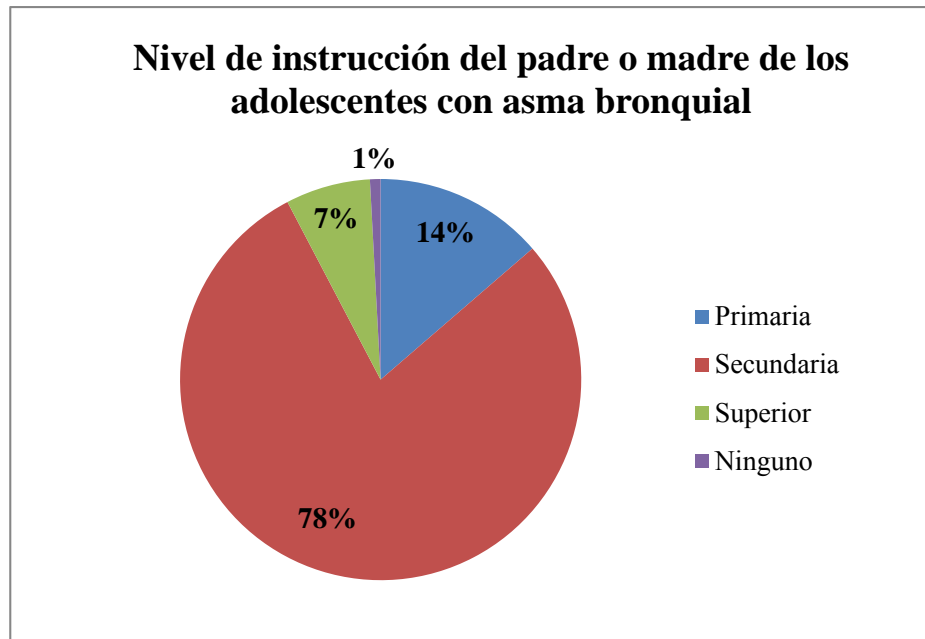
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	F.	%
Primaria	16	13,67
Secundaria	92	78,64
Superior	8	6,84
Ninguno	1	0,85
TOTAL	117	100

Elaboración propia

La tabla muestra que el 78,64% del padre o madre de los adolescentes tienen instrucción secundaria, el 13,67% tienen instrucción primaria. El 6,84% y 0,85% tienen instrucción superior o ninguna instrucción respectivamente.

GRÁFICO 8

NIVEL DE INSTRUCCIÓN DEL PADRE O MADRE DE LOS ADOLESCENTES CON ASMA BRONQUIAL



Elaboración propia

El gráfico 8 muestra que el 79% del padre o madre de los adolescentes tienen instrucción secundaria, el 14% tienen instrucción primaria. El 7% y 1% tienen instrucción superior o ninguna instrucción respectivamente.

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE DINÁMICA FAMILIAR Y EL CONTROL DEL ASMA BRONQUIAL DE ADOLESCENTES AREQUIPA 2014

TABLA 9

TIPO DE FAMILIA DE LOS ADOLESCENTES CON ASMA BRONQUIAL

TIPO DE FAMILIA	F.	%
Nuclear	30	25,64
Extensa	34	29,06
Monoparental	15	12,82
Mixta	6	5,13
Cohabiente	27	23,08
Otras	5	4,27
TOTAL	117	100

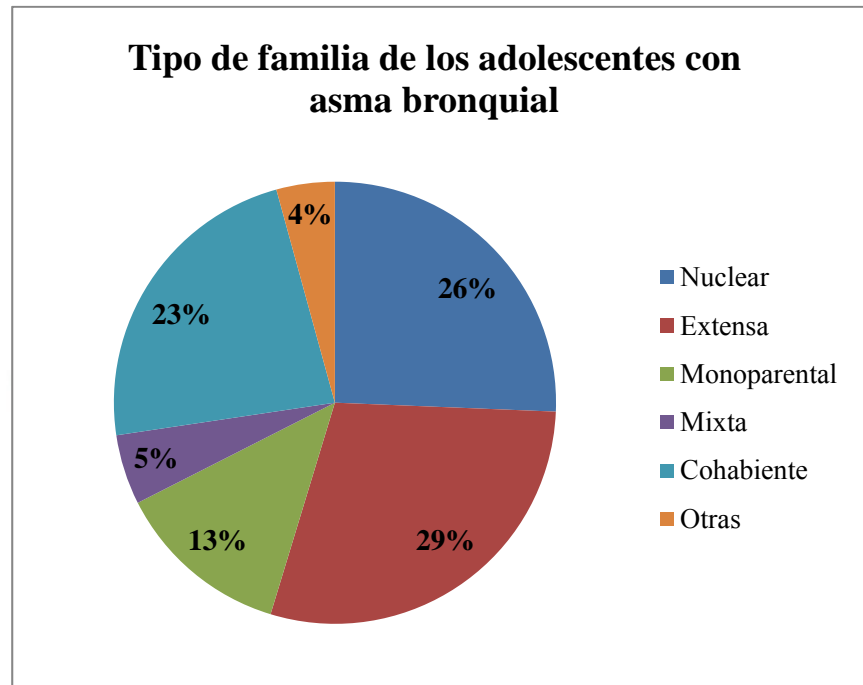
Elaboración propia

Se observa en la tabla, que en la muestra estudiada predominan las familias extensas en 29,06%, luego las nucleares y cohabitantes en 25,64% y 23,08% respectivamente. El 12,82% y 5,13% de adolescentes viven en familias monoparentales o mixtas respectivamente. Otros tipos de familias representan el 4,27%.

Es importante mencionar que nos referimos a la familia nuclear o ideal que está integrada por el padre, madre y los hijos, la familia extensa está integrada por los padres, hijos y otros familiares, la familia monoparental es donde se presenta un solo padre, está integrada por un padre con sus hijos o una madre con sus hijos, la familia mixta también llamada reconstituida con presencia de hijastros, padrastros y madrastras, la familia cohabitante consta de dos personas del sexo opuesto que viven juntas con o sin hijos sin formalizar el matrimonio legal y dentro de la sección de otras familias incluimos a las familias binucleares, comunales o donde no se cuenta con los padres y está formada solo por hermanos primos, madrina etc.

GRÁFICO 9

TIPO DE FAMILIA DE LOS ADOLESCENTES CON ASMA BRONQUIAL



Elaboración propia

Se observa en el gráfico 9, que en la muestra estudiada predominan las familias extensas en 29% como valor aproximado, luego las nucleares y cohabitantes en 26% y 23% respectivamente. El 13% y 5% de adolescentes viven en familias monoparentales o mixtas respectivamente. Otros tipos de familias representan el 4%.

**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE DINÁMICA FAMILIAR Y EL
CONTROL DEL ASMA BRONQUIAL DE ADOLESCENTES
AREQUIPA 2014**

TABLA 10
**ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LOS ADOLESCENTES CON ASMA
BRONQUIAL**

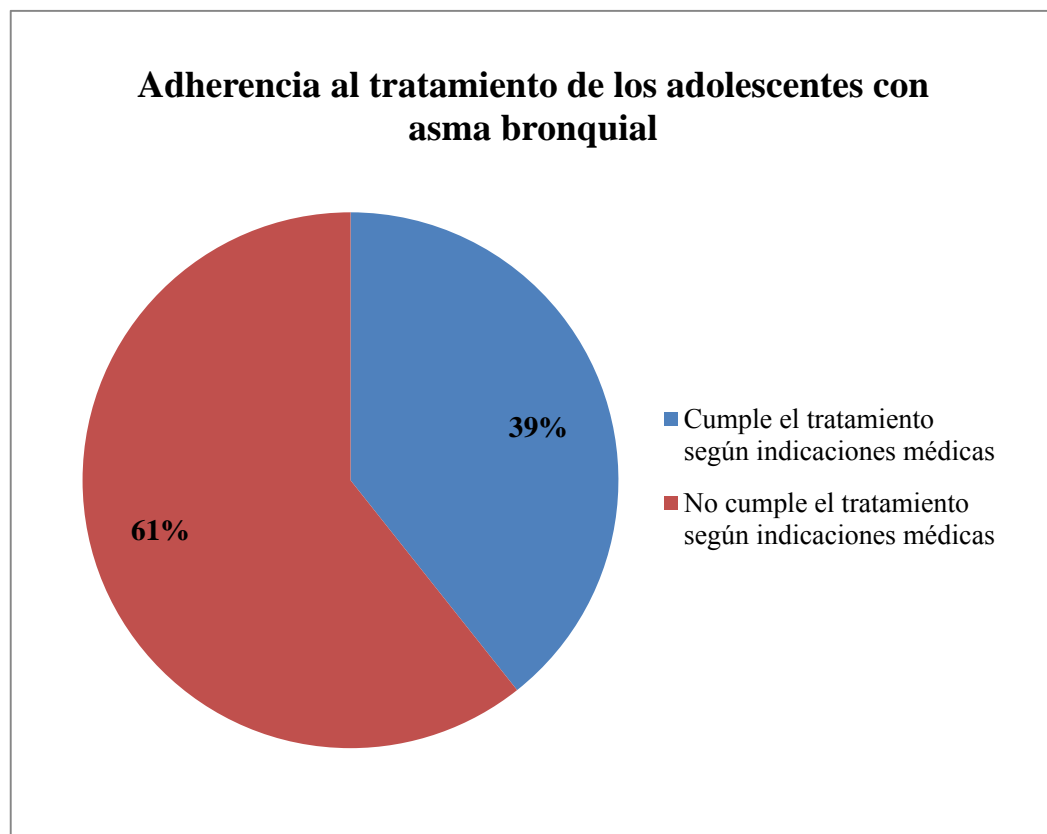
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	F.	%
Cumple el tratamiento según indicaciones médicas	46	39,32
No cumple el tratamiento según indicaciones médicas	71	60,68
TOTAL	117	100

Elaboración propia

Se observa en la tabla, que en la muestra estudiada el 60,68% de los adolescentes con asma bronquial no cumplen el tratamiento según indicaciones médicas, y solo el 39,32% si lo hace.

GRÁFICO 10

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LOS ADOLESCENTES CON ASMA BRONQUIAL



Elaboración propia

Se observa en el gráfico 10, que en la muestra estudiada el 61% como valor aproximado de los adolescentes con asma bronquial no cumplen el tratamiento según indicaciones médicas, y solo el 39% si lo hace.

**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE DINÁMICA FAMILIAR Y EL
CONTROL DEL ASMA BRONQUIAL DE ADOLESCENTES
AREQUIPA 2014**

TABLA 11

**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE DINÁMICA FAMILIAR Y EL
GRADO DE CONTROL DEL ASMA BRONQUIAL DE LOS
ADOLESCENTES**

NIVEL DE DINÁMICA FAMILIAR	GRADO DE CONTROL DEL ASMA						TOTAL	
	Controlada		Parcialmente controlada		No controlada			
	F	%	F	%	F	%	F	%
Funcional	18	48,65	3	5,45	6	24,00	27	23,08
Disfunción	19	51,35	52	94,54	19	76,00	90	76,92
TOTAL	37	100	55	100	25	100	117	100

Elaboración propia

$$X^2 = 19,9335$$

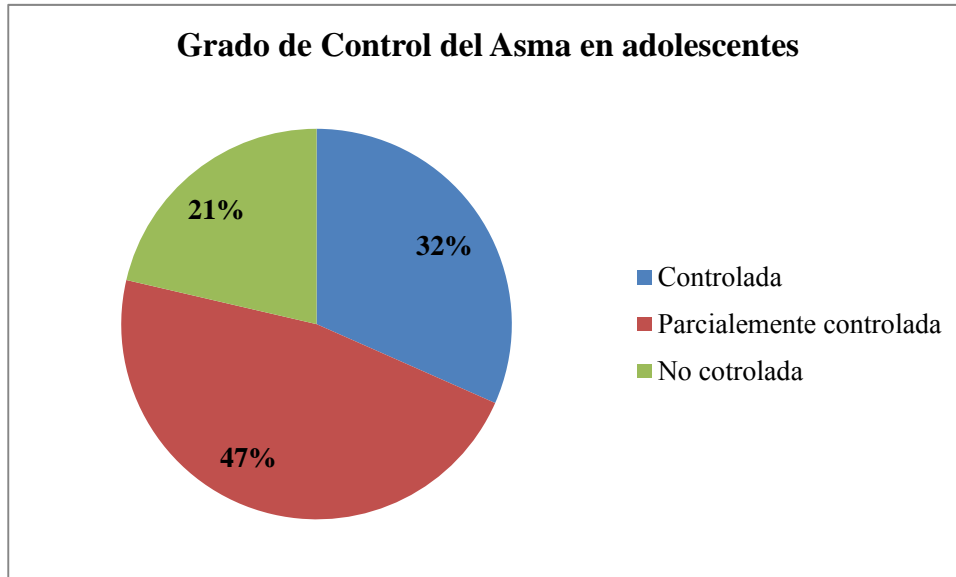
Se observa en la tabla, que el 48,65% de los adolescentes con familia funcional tiene asma controlada y el 51,35% de los que tienen disfunción familiar tienen control del asma. En los adolescentes con asma parcialmente controlada, el 94,54% tienen disfunción familiar y el 5,45% tienen familia funcional. El 76% de adolescentes con asma no controlada tienen familia disfuncional y el 24% tienen familia funcional.

La prueba de Ji cuadrado demuestra que existe relación estadísticamente significativa entre la dinámica familiar y el grado de control del asma, viéndose que la disfunción familiar se relaciona con el asma no controlada.

GRÁFICO 11

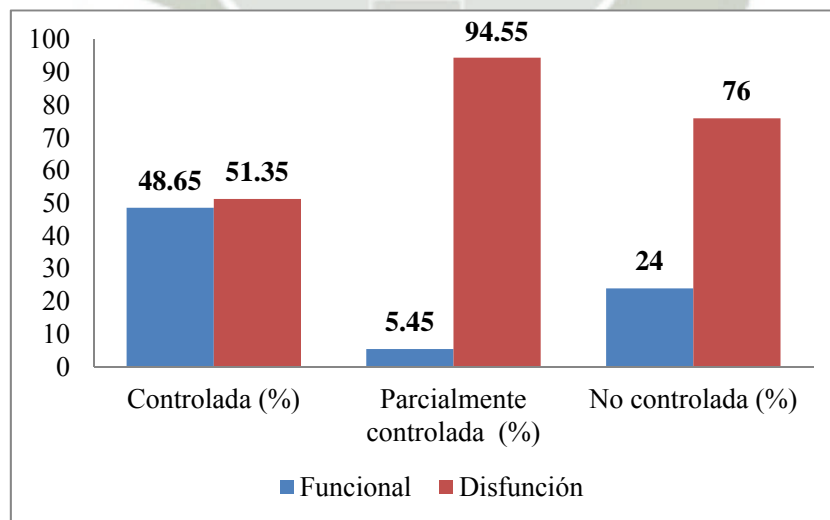
RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE DINÁMICA FAMILIAR Y EL GRADO DE CONTROL DEL ASMA BRONQUIAL DE LOS ADOLESCENTES

GRÁFICO 11.1



Elaboración propia

GRÁFICO 11.2

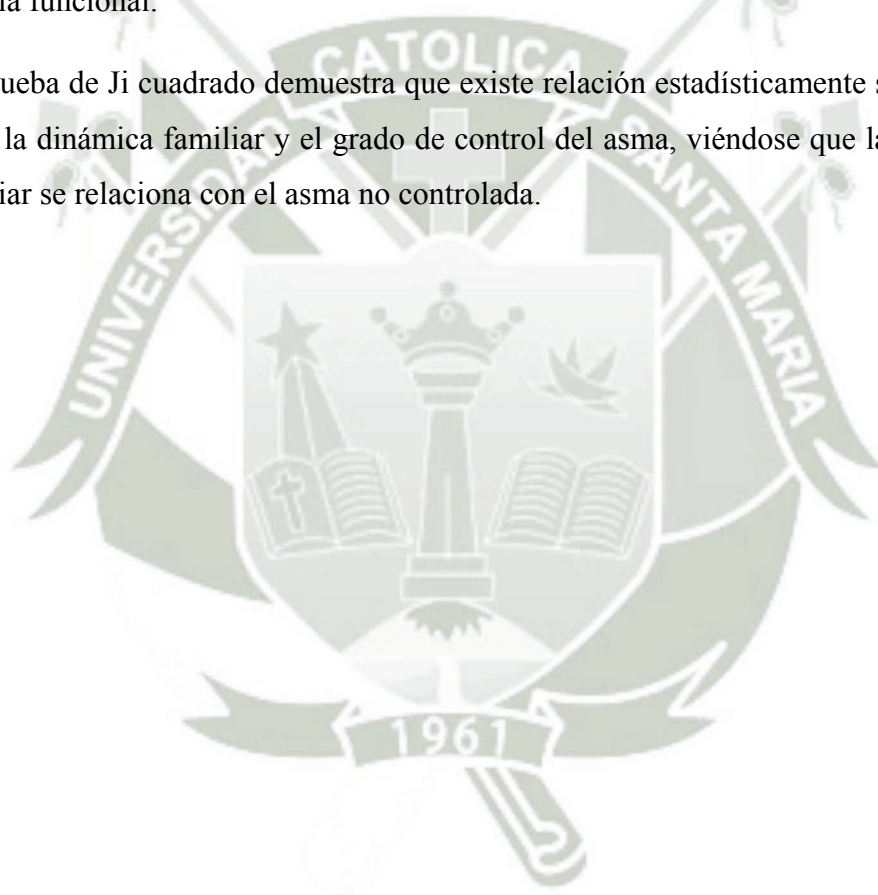


Elaboración propia

Se observa en el grafico 11.1, que el 47% como valor aproximado de la muestra tiene el asma parcialmente controlada, en el 32% el asma está controlada y se el asma no controlada se presenta en el 21%.

Se observa en el grafico 11.2, que el 48,65% de los adolescentes con familia funcional tiene asma controlada y el 51,35% de los que tienen disfunción familiar tienen control del asma. En los adolescentes con asma parcialmente controlada, el 94,54% tienen disfunción familiar y el 5,45% tienen familia funcional. El 76% de adolescentes con asma no controlada tienen familia disfuncional y el 24% tienen familia funcional.

La prueba de Ji cuadrado demuestra que existe relación estadísticamente significativa entre la dinámica familiar y el grado de control del asma, viéndose que la disfunción familiar se relaciona con el asma no controlada.



CAPÍTULO III

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

En la tabla 1, se analizaron las dimensiones de la dinámica familiar en cuanto a la adaptabilidad y cohesión, los resultados indican que la mayoría de familias son caóticas y disgregadas, lo que se traduce en una familia disfuncional, tal y como se observó en la tabla 2, el 76,92% de familias son disfuncionales y el 23,08% son funcionales.

La literatura señala que se ha encontrado que la dinámica familiar disfuncional se asocia con la salud física y mental de los adolescentes. Musitú y García¹ han encontrado el mismo patrón de relaciones entre las prácticas parentales disfuncionales, la autovaloración negativa del hijo o hija y la sintomatología del asma en la adolescencia.

En la tabla 3 se observa que el 67,52% de adolescentes presentan síntomas diurnos más de dos veces por semana, el 70,08% tiene limitación de las actividades, 69,23% presenta síntomas nocturnos, el 66,67% usa medicamentos de rescate más de dos veces por semana, 80,34% tiene el FEV₁ o FEM normales, 73,51% presenta exacerbaciones frecuentes y el 100% usa medicamentos de control.

En la tabla 4, se observa que los medicamentos de control más usados son el salbutamol + beclometasona (46,15%), el salbutamol solo (26,50%), salbutamol + beclometasona + bromuro de ipatropio (13,68%), otras combinaciones de medicamentos son menos frecuentes.

En la tabla 5, se observa que las edades más frecuentes de los pacientes están entre 10 a 14 años (80,34%) y 19,66% entre 15 a 19 años, siendo la edad promedio de 12,81 años. En cuanto al género, hubo más varones que mujeres (59,83% y 40,17% respectivamente). La prueba de Ji cuadrado no encuentra diferencia estadísticamente significativa entre la edad y género de los pacientes.

La literatura señala que el sexo masculino influye en la mayor prevalencia de asma. Antes de los 14 años de edad, la prevalencia del asma es casi dos veces mayor en niños que en niñas². Cuando los niños van creciendo la diferencia entre los sexos se hace menor, y en la edad adulta la prevalencia del asma es mayor en mujeres que en hombres. Las razones de esta diferencia en la relación de los sexos no están claras. Sin embargo, el tamaño de la vía aérea es más pequeño en varones que en niñas al nacer, lo que podría influir en el predominio del asma en corta edad.³

En la tabla 6 se observa que el tiempo de enfermedad promedio es de 3,82 años, el 79,49% de adolescentes presentaban la enfermedad desde menos de dos años hasta seis años, habiendo incluso pacientes con 15 años de tiempo de enfermedad.

Al respecto se puede comentar, que siendo el asma bronquial una enfermedad crónica que por lo general se inicia en la infancia, es de esperar que muchos pacientes presenten la enfermedad por largos períodos, sin embargo, es característico también que haya períodos a veces prolongados en los que no se presentan exacerbaciones o éstas disminuyen notablemente en frecuencia y severidad, de allí que es importante el cumplimiento del tratamiento, dado que éste se asocia a períodos más prolongados sin síntomas.

En cuanto a las características familiares de los adolescentes, la edad promedio de los padres es 39,67 años, el 78,64% tienen edades entre los 25 a 44 años (tabla 7). La tabla 8 muestra que 92,31% de padres tienen instrucción primaria y secundaria. En la tabla 9 se ve que 29,06% de familias son extensas, 25,64% nucleares, 23,08% cohabitantes, 12,82% monoparentales, mixtas el 5,13% y otras familias el 4,27%.

Estos resultados coinciden con los del Censo Nacional de Población y Vivienda 2007 del INEI, donde se concluye que el 53% de los hogares del Perú son nucleares, destacando entre los otros tipos de familia⁴.

La familia nuclear es un pequeño grupo compacto y ligado emocionalmente, que está basada en la relación entre esposos e hijos; representa la familia ideal y ella debe ser

el modelo de familia que debemos formar y mantener⁵. Freyre señala que “los riesgos que los niños, adolescentes y jóvenes enfrentan en la época actual serán menores si viven en familiar nucleares, donde los padres les brindan amor, guía y apoyo, inculcándoles principios y valores sólidos y estando siempre dispuestos a ayudarlos, pero adoptando estilos de crianza diferentes en el trato de los niños y de los adolescentes, quienes necesitan de mayor confianza, comprensión y sobre todo afecto⁶.”

En la tabla 10 se observó que el 60,68% de pacientes no cumple el tratamiento según las indicaciones médicas, el 39,32% sí las cumple.

El asma es una enfermedad que se considera puede ser controlable, aunque no puede curarse^{7, 8}. Una serie de estudios^{9, 10} publicados entre 1985 y 1990 demostraron que el asma es una enfermedad inflamatoria crónica, y poco después se comprobó que con tratamiento antiinflamatorio continuo se conseguía mantener a los pacientes sin molestias y con una función pulmonar normal¹¹. Las guías para el diagnóstico y el tratamiento del asma^{7,8} recomiendan pautas terapéuticas simples para tratar adecuadamente a los pacientes. Todo esto hizo pensar a los clínicos que, en efecto, el asma es una enfermedad fácil de controlar aunque, paradójicamente, en estudios epidemiológicos se ha demostrado que en la práctica la mayor parte de los pacientes no están bien controlados. En el estudio AIRE¹², por ejemplo, sólo el 35% tiene su asma totalmente controlada. Incluso con tratamientos aparentemente correctos, menos de la mitad de los pacientes tienen un buen control de la enfermedad, tal como se muestra en el estudio ASES¹³. Es decir, aunque el asma sea una enfermedad fácilmente controlable, en la práctica los pacientes no están bien controlados. Para explicar esta paradoja, la causa que se cita con más frecuencia, sobre todo en pacientes con tratamiento correcto, es el incumplimiento terapéutico^{13, 14}.

Con las tasas de cumplimiento tan pobres que tienen los pacientes con asma, no es de extrañar que, en efecto, el mal control sea un factor determinante. Los enfermos con asma toman su medicación solamente el 50% de las veces¹⁵ e incluso menos que los

pacientes con hipercolesterolemia¹⁶ o hipertensión arterial¹⁷, que toman su medicación el 60 y el 70% de las veces, respectivamente. Son numerosos los estudios^{18, 19} que confirman que las tasas de incumplimiento son bajas, aunque con un rango muy amplio (del 15 al 65%), debido a diferencias en la población estudiada, en las formas y en las medidas utilizadas. Así pues, es evidente que el bajo cumplimiento del régimen prescrito durante la práctica clínica limita el éxito del cuidado médico. Los profesionales, ante el fracaso terapéutico, suelen tomar caminos fáciles pero casi siempre erróneos, como aumentar la dosis, añadir más fármacos o cambiar las pautas terapéuticas, soluciones que evidentemente no conducen al éxito, ya que la causa más frecuente del fracaso terapéutico es el incumplimiento. Se recurre a estas prácticas porque muchos profesionales sanitarios creen que el incumplimiento del paciente no es un problema suyo y, por tanto, no actúan sobre él. Un cambio de actitud de los profesionales a este respecto tendrá mucha importancia sobre la decisión terapéutica, ya que, aunque ésta depende sobre todo del paciente, está ligada a la conducta del médico y a su propósito de producir cambios en el enfermo con sus recomendaciones¹⁹.

Un estudio señala que la indefensión aprendida²⁰ es la pérdida percibida de control del entorno, de tal forma que una persona tiene la percepción de que lo que le ocurre es algo independiente de su conducta, y esto es fruto de una historia de fracasos en la forma de hacer frente a las situaciones o especies de castigos por portarse mal, no estudiar, ser mal hijo, etc. Algunos adolescentes con asma ven problemas irresolubles y muestran síntomas de indefensión aprendida, de tal manera que perciben que no pueden hacer nada para controlar la situación, tal vez como una manera de llamar la atención de la familia.

En la tabla 11, se observó que el 31,62% de pacientes tienen el asma controlada, el 47,01% tienen el asma parcialmente controlada y 21,37% tienen el asma no controlada. Asimismo, se observa que según resultados de la Prueba de Ji cuadrado, la hipótesis planteada ha sido confirmada, dado que se ha demostrado que los pacientes con asma controlada en su mayoría tienen familias funcionales, el asma

parcialmente controlada o no controlada es más frecuente en los adolescentes con disfunción familiar ($p < 0,05$).

Estos resultados concuerdan con el estudio de Berbesi y cols²¹ quienes reportan que la disfunción familiar es un factor asociado con mayor frecuencia a familias de niños con asma no controlada, en comparación con aquellas que no tienen este tipo de pacientes. La disfunción familiar es notoriamente mayor en familias con niños con asma no controlada. De igual modo, el estudio de Vásquez y cols²² reporta una gran frecuencia de disfunción familiar aunada al mal control del asma bronquial y pobre cumplimiento del tratamiento.

El estudio de Torres y cols²³, reporta que existe una asociación estadísticamente significativa entre las variables de estudio, por ende, puede expresarse que el funcionamiento familiar está relacionado con la función emocional del paciente pediátrico. Asimismo, se comprobó una relación estadísticamente significativa entre la cohesión familiar y la preocupación que sienten los pacientes por su enfermedad, de igual manera, se detectó que existe una relación estadísticamente significativa entre la cohesión familiar y el reactivo hacer actividades con amigos y con la familia y se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la cohesión familiar y el reactivo molestias a causa de la falta de aire.

Por otro lado, el estudio de Guzman²⁴, refiere que la disfunción familiar es un factor asociado con mayor frecuencia a familias con pacientes asmáticos en comparación con aquellas que no tienen este tipo de pacientes, la disfunción severa es notoriamente mayor en familias con integrantes asmáticos, por lo que la evaluación de la funcionalidad familiar se debe considerar como parte del abordaje integral de las familias de los pacientes.

Con relación al papel de la familia en el curso y desarrollo de la enfermedad en los niños, los investigadores han coincidido en el impacto que tiene para los padres y cuidadores el padecimiento de sus hijos en la esfera emocional y física, tanto de los padres como de los hijos.

Al respecto, Moreno²⁵ señala: “La evaluación del impacto familiar de los niños que sufren de asma, debe tomar en cuenta los efectos de esta enfermedad en el funcionamiento de la vida diaria de los padres, en los aspectos psicosociales de sus vidas, así como en los ámbitos económico y laboral”.



CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

1. El nivel de dinámica familiar de los adolescentes con asma bronquial atendidos en el Hospital Goyeneche y en el Hospital Regional Honorio Delgado es disfuncional.
2. El grado de control del Asma Bronquial de los adolescentes es parcialmente controlada.
3. Las características sociodemográficas del paciente adolescente con asma bronquial son: las edades más frecuentes están entre 10 a 14 años, con un promedio de 12,81 años; el 59,83% son de género masculino; el tiempo de enfermedad promedio es 3,82 años.
4. Las características sociodemográficas de la familia son: la edad promedio del padre o madre es 39,67 años, predominado el grupo etáreo de 25 a 44 años; 78,64% tiene instrucción secundaria, son más frecuentes las familias nucleares y cohabitantes (48,72%); 60,68% no cumple el tratamiento según indicaciones médicas.
5. Las características más resaltantes de la enfermedad son que el 67,52% de adolescentes presentan síntomas diurnos más de dos veces por semana. El 70,08% tienen limitación de actividades; el 69,23% tienen síntomas nocturnos, 66,67% requiere medicamentos de rescate más de dos veces por semana; el 80,34% tienen función pulmonar normal; 73,51% tienen exacerbaciones frecuentes. El 100% usa medicamentos de control.

6. El 60,68% de los adolescentes con asma bronquial no cumplen el tratamiento según indicaciones médicas.

7. Existe relación entre el nivel de dinámica familiar y el grado de control del Asma Bronquial de los adolescentes, los adolescentes con disfunción familiar tienen mal control del asma.



RECOMENDACIONES

1. Se sugiere al Servicio de Pediatría y Medicina del Hospital Goyeneche y del Hospital Regional Honorio Delgado, que para la atención de los pacientes con asma bronquial, participen diversos profesionales de la salud con un enfoque interdisciplinario y transdisciplinario, toda vez que es un padecimiento de alta incidencia en nuestro país y que además se relaciona con factores familiares, emocionales, psicológicos y conductuales, además de factores biológicos y ambientales que requieren de una exhaustiva evaluación y comprensión de cada caso para ofrecer un tratamiento integral.
2. Se sugiere que todos los pacientes adolescentes con asma bronquial reciban atención en el Servicio de Psicología y Adolescentología de los Hospitales para su evaluación y así permita identificar factores psicosociales de riesgo como es la disfunción familiar para poder brindar seguimiento a cada caso. Además porque en la muestra estudiada se han evidenciado adolescentes con trastornos de conducta, ansiedad, depresión, problemas relacionados a la alimentación, ludopatía, mal rendimiento escolar y problemas de mala adaptación social.
3. Realizar programas de intervención educativa con ayuda de especialistas Neumólogos y Pediatras de los Hospitales, integrando planes escritos de autotratamiento dirigidos a los adolescentes con asma bronquial y sus padres; para mejorar sus conocimientos acerca de la enfermedad, es también necesario realizar un plan de seguimiento periódico a cada paciente para mejorar el control del asma.
4. Coordinación de especialistas Adolescentólogos, y Psicólogos de los Hospitales con las instituciones educativas de la jurisdicción a efectos de reformular o repotenciar los programas de escuelas de padres considerando los problemas de disfunción familiar, sintomatología depresiva, algunos comportamientos psicosociales inadecuados, enseñando a los padres los factores de desarrollo y deterioro del adolescente, cómo mejorar sus habilidades de diálogo con sus hijos y cómo ayudarles a aceptarse, comunicarse y resolver los conflictos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Musitú, G; Buelga, S; Lila, M; Cava, M. (2007): Familia y Adolescencia. Madrid: Editorial Síntesis.
2. Tattersfield AE, Hall IP. (2004): Are beta2-adrenoceptor polymorphisms important in asthma--an unravelling story. *Lancet*;364(9444):1464-6.
3. Shore SA, Fredberg JJ. (2005): Obesity, smooth muscle, and airway hyperresponsiveness. *J Allergy Clin Immunol*;115(5):925-7.
4. Instituto Nacional de estadística e Informática. Datos de Población Censo 2007. Lima.
5. ONG Opción (2009): La familia, aspectos psicosociales. Tomo I. 2da ed. Perú.
6. Freyre E. (2005): Salud del Adolescente: Aspectos Médicos y Psicosociales. Arequipa.
7. Global Initiative for Asthma. Global strategy for asthma management and prevention NHLBI/WHO (2010): Workshop Report, Disponible en: <http://www.ginasthma.com>.
8. Plaza V, Álvarez J, Casán P, Cobos N, López A, Llauger A, et al. (2009) :Guía española para el manejo del asma (GEMA). España.
9. Laitinen A, Heino M, Laitinen A, Kava T, Hachtela T. (1985): Damage of the airway epithelium and bronchial reactivity in patients with asthma. *Am Rev Respir Dis*. Apr;131(4):599-606.
10. Jeffery K, Wardlaw J, Nelson C, Collins V, Kay B. (1989): Bronchial biopsies in asthma. An ultrastructural, quantitative study and correlation with hyperreactivity. *Am Rev Respir Dis*; 140(6):1745-53.
11. Kiviranta K, Koshinen S, Lehtonen K, et al. (2006): Comparison of a beta 2-agonist, terbutaline, with an inhaled corticosteroid, budesonide, in newly detected asthma. *N Engl J Med*. 11;412(9):470 -82.

12. Rabe KF, Vermeire PA, Soriano JB, Maier WC. (2000): Clinical management of asthma in 1999: the Asthma Insights and Reality in Europe (AIRE) study. *EurRespir J.*;16(5):802-7.
13. López A, Cimas E, Díaz C, Coria G, Vegazo O, Picado C. A (2003): Comparison of primary care physicians and pneumologists in the management of asthma in Spain: ASES study. *Respir Med*;97(8):872-81.
14. Soriano B, Rabe F, Vermeire A. (2003): Predictors of poor asthma control in European adults. *J Asthma*;40(7):803-13.
15. Bender G, Milgrom H, Rand C. (2006): *Respir Med*;97(8):872-81.
16. Avorn J, Monette J, Lacour A, Bohn RL, Monane M, Mogun H, et al. (2004): Persistence of use of lipid-lowering medications: a cross-national study. *JAMA*. May 13;279(18):1458-62.
17. Patel P, Taylor D. (2008): Factors affecting medication adherence in hypertensive patients. *Ann Pharmacother.*;36(1):40-5.
18. Barrows E, Zuwallack RL. (2007): Adherence with twice-daily dosing of inhaled steroids. Socioeconomic and health-belief differences. *Am J Respir Crit Care Med*; 204(4):2225 - 32.
19. Bowry P, Smith B, Rand C. (2006): Noncompliance and treatment failure in children with asthma. *J Allergy Clin Immunol.*; 108(12):1034 - 38.
20. Seligman M. (2007): *Indefensión: Aspectos psicológicos y conductuales*. Madrid: Limusa.
21. Berbesí, D., García, M., Segura, Á., Posada, R. (2013): Evaluación de la dinámica familiar en familias de niños con diagnóstico de asma. *Rev. colomb. psiquiatr*;42(1):63-71. Colombia.
22. Vázquez, F; Santos, Adel; Martínez, J; Caballero, F; Morales, F; Prado, S. (2013): El paciente asmático y su dinámica familiar. *RevAlerg Mex*;50(6):214-9. México.

23. Torres, I., Vázquez, F., Beltrán, J., Lin, D., Martínez, G., Calderón, M. (2010): Evaluación de la calidad de vida de pacientes pediátricos con asma y su relación con el funcionamiento familiar. *Revista Medicina Salud y Sociedad* Vol 1 No. 1 Sept-Dic.. México.
24. Guzmán, J., Reyes, E., Luce, E., Valadez, F., Gutiérrez, E., Robles, F. (2008): Disfunción familiar en pacientes adolescentes con asma. *Rev. Aten. Prim.* Vol. 40. Núm. 11. México.
25. Moreno, A., C. (2002): Evaluación del impacto familiar del asma bronquial infantil. Tesis Doctoral. Ed. Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España.





ANEXOS

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

PROGRAMA DE MEDICINA HUMANA



**“Relación entre el nivel de dinámica familiar y el control del Asma
Bronquial de adolescentes. Arequipa 2014”.**

PROYECTO DE TESIS PRESENTADO POR:
JOYSE KARELIA CHAVEZ JARAMILLO

Para optar el Título Profesional de:
MÉDICO CIRUJANO

AREQUIPA - PERÚ

2014

I. PREÁMBULO

El asma bronquial es una enfermedad crónica que requiere constante atención y vigilancia por parte de los padres de los niños y adolescentes afectados. Su naturaleza aguda y episódica comporta continuas visitas de control médico, numerosas ausencias escolares y algunas hospitalizaciones que ocasionan frecuentes cambios en la vida diaria familiar, que pueden tener repercusiones importantes en la calidad de vida, no sólo del niño sino también de sus padres y de su familia. (1)

Algunos estudios indican que el entorno familiar de los adolescentes asmáticos puede verse afectado por la enfermedad. Los padres pueden volverse hiperdependientes de los médicos que atienden a sus hijos y adoptar conductas sobreprotectoras hacia éstos. Pueden experimentar sentimientos de desesperanza, de falta de ayuda y de frustración familiar. Los hermanos sanos del adolescente asmático pueden experimentar resentimiento hacia éste o hacia sus padres a causa de los cuidados y de la sobreprotección paterna que recibe el enfermo. El adolescente asmático puede adoptar una conducta manipulativa para conseguir una mayor atención por parte de los padres y de los demás miembros de la familia (1).

Durante el desarrollo del internado médico, se han atendido niños y adolescentes con asma bronquial, que en efecto, debido a los diferentes grados de severidad de la enfermedad requieren de controles médicos frecuentes, en otros casos, acuden al Servicio de Emergencia, al presentar exacerbación aguda de la enfermedad. En todos los casos, se ha podido apreciar el impacto que se produce en la familia. Los padres, por lo general, la madre se muestra también con mucha ansiedad y preocupación por su hijo, frecuentemente hacen preguntas acerca de cuándo se le curará el asma al adolescente y el peligro vital que la dificultad respiratoria les puede acarrear.

De manera frecuente, los padres comentan que el cuidado del adolescente asmático afecta a otras áreas que no se relacionan directamente con la condición del paciente.

Señalan por ejemplo, que la responsabilidad de cuidar al adolescente muchas veces los obliga a dejar sus actividades diarias, a ausentarse del trabajo o incluso a dejarlo o a cambiar sus horarios, lo cual puede alterar la economía familiar. Incluso algunos padres que permanecen en su trabajo habitual, manifestaron el temor a que a causa de las ausencias escolares y a la necesidad de llevar al paciente a los controles del asma o a urgencias a causa de una recaída, los lleve a ser despedidos del mismo, o que los adolescentes puedan perder el año escolar.

A partir de las observaciones anteriores y debido al incremento que el Asma Bronquial viene presentando en Arequipa, me vi motivada para realizar esta investigación, porque considero importante el estudio de la dinámica familiar, porque a partir de los cambios que se puedan instaurar se puede contribuir a reducir los síntomas del adolescente y mejorar su calidad de vida.

II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. ENUNCIADO DEL PROBLEMA

¿Cuál en la relación entre el nivel de dinámica familiar y el control del Asma Bronquial de adolescentes, Arequipa, 2014?

1.2. DESCRIPCIÓN

a) Área de Intervención de Conocimiento

GENERAL: Ciencias de la Salud.

ESPECÍFICA: Medicina.

ESPECIALIDAD: Pediatría.

LINEA: Asma Bronquial.

b) Operacionalización de Variables

VARIABLE	INDICADOR	CATEGORÍA	ESCALA
V. Independiente: Dinámica Familiar	Adaptabilidad: ⁽¹⁾ Caótica Flexible Estructurada Rígida Cohesión ⁽²⁾ Disgregada Semirrelacionada Relacionada Aglutinada	Nivel: Funcional Disfuncional	Catagórica nominal
V. Dependiente: Control del Asma Bronquial	Síntomas durante el día Limitación de las actividades Síntomas nocturnos Uso de medicamentos de rescate Función pulmonar FEV1 o FEM Exacerbaciones Uso de medicamentos de control	Controlado Parcialmente controlado No controlado	Catagórica nominal
V. Interviniente: Características sociodemográficas del paciente Edad del paciente Género del paciente Características sociodemográficas de la familia Edad de la madre o el padre Nivel de instrucción Tipo de familia	Fecha de nacimiento Caracteres sexuales secundarios Fecha de nacimiento Último nivel de estudios aprobado Estructura familiar	Años Masculino Femenino Años Ninguno, Primaria Secundaria, Superior Nuclear, Extensa Monoparental, Mixta Cohabiente	Numérica discreta Catagórica nominal Numérica discreta Catagórica nominal Catagórica nominal

Características de la enfermedad			
Tiempo de enfermedad	Tiempo transcurrido desde el diagnóstico	Meses o años	Numérica discreta
Sintomatología durante la semana	Frecuencia de síntomas durante el día y por semana	Ninguno (menos de dos veces por semana). Más de dos veces por semana.	Numérica discreta
Presencia de síntomas nocturnos	Síntomas Nocturnos presentes o ausentes	Si No	Categoría nominal
Tratamiento recibido	Medicamentos de rescate usados durante la semana	No (menos de dos veces por semana). Más de dos veces por semana.	Numérica discreta
	Uso de medicamentos de control	Usa No usa	Categoría nominal
	Adherencia al tratamiento	Cumple el tratamiento según indicaciones médicas No cumple el tratamiento según indicaciones médicas	Categoría nominal
Numero de exacerbaciones	Numero de exacerbaciones de la enfermedad	Ninguna Uno o más por año Una en cualquier semana	Numérica discreta

(1) (2) Escala de Funcionamiento Familiar FACES III. Obtenido de: Berbesí, D., García, M., Segura, Á., Posada, R. (2013). Evaluación de la dinámica familiar en familias de niños con diagnóstico de asma. Rev. colomb. psiquiatr;42(1):63-71. Colombia.

c) Interrogantes Básicas

1. ¿Cómo es el nivel de dinámica familiar de los adolescentes con asma bronquial?
2. ¿Cuál es el grado de control del Asma Bronquial de los adolescentes?
3. ¿Cuáles son las características sociodemográficas del paciente adolescente con asma bronquial?

4. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de la familia?
5. ¿Cuáles son las características de la enfermedad?
6. ¿Los adolescentes con asma bronquial cumplen el tratamiento según indicaciones médicas?
7. ¿Cuál es la relación entre el nivel de dinámica familiar y el grado de control del Asma Bronquial de los adolescentes?

d) Tipo de investigación

El presente estudio es de tipo descriptivo correlacional de corte transversal.

1.2. JUSTIFICACIÓN

La relevancia científica del estudio, se sustenta en el incremento de la incidencia del Asma Bronquial, en el Perú, según el Ministerio de Salud entre 5 y 10% de niños y adolescentes, padece asma. Las estadísticas proporcionadas por esta institución, indican que en los últimos diez años el asma bronquial se ha incrementado un 30 por ciento entre niños y adolescentes, lo que resulta una cifra preocupante en comparación con otras enfermedades. (2)

El desarrollo del estudio tiene relevancia práctica porque es de interés para el servicio de Pediatría y Medicina del Hospital Goyeneche y del Hospital Regional Honorio Delgado, la evaluación de la dinámica familiar y su repercusión en el control del asma bronquial, lo que debe proporcionar información sobre las repercusiones de la enfermedad en la dinámica familiar en las dimensiones funcional, emocional, social y económica. Se considera que la evaluación y detección de los problemas de dinámica familiar, son de utilidad para llevar a cabo planes de intervención sanitaria dirigida a los padres de los adolescentes asmáticos, para mejorar su calidad de vida y la de sus hijos enfermos.

La relevancia social se justifica porque la presencia del asma en el adolescente, implica en los padres una serie de demandas emocionales y dificultades prácticas, que muchas veces conllevan riesgos en el funcionamiento familiar normal. Es importante que estos aspectos implícitos, puedan ser identificados, con tal de evitar o disminuir los riesgos que la enfermedad conlleva para la familia. Por ello, se considera importante evaluar la dinámica familiar de los adolescentes que sufren de asma bronquial, debido a la necesidad de tomar en cuenta los efectos de esta enfermedad en el funcionamiento de la vida diaria de los padres, en los aspectos psicosociales de sus vidas, así como en los ámbitos económico y laboral.

El trabajo es factible porque se puede realizar en el grupo de población y en el campo asignado.

El interés personal se suscitó por la observación personal de que muchos adolescentes con asma bronquial presentan familias en las que probablemente se presenten alteraciones en la dinámica familiar. Además, la literatura reporta que se pueden reducir los síntomas y mejorar su calidad de vida, mediante la instauración de cambios en la dinámica familiar. En esta misma línea, Schulz et al. (4) señalan que los efectos emocionales negativos que el asma puede ocasionar en los padres, pueden aumentar los síntomas asmáticos del adolescente enfermo.

La contribución académica consisten que permitirá ampliar los conocimientos sobre el tema y también puede propiciar que se desarrollen nuevos trabajos de investigación.

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1. ASMA BRONQUIAL

2.1.1. DEFINICIÓN

El asma es un trastorno inflamatorio crónico de la vía aérea en la cual participan diversas células y elementos celulares.

La inflamación crónica está asociada a un aumento en la hiperreactividad de la vía aérea que conduce a los episodios recurrentes de sibilancias, disnea, opresión torácica, y tos, particularmente en la noche o temprano en la mañana. Estos episodios se asocian generalmente a la obstrucción generalizada pero variable en el flujo aéreo pulmonar que es frecuentemente reversible espontáneamente o con el tratamiento. (5)

2.1.2. EPIDEMIOLOGÍA

El asma es una enfermedad crónica de distribución mundial que afecta principalmente a la población infantil. (6) El estudio internacional de asma y alergia en la infancia (ISAAC, por sus siglas en inglés) (7), basado en información de niños y padres, es la principal fuente de información mundial sobre la prevalencia de asma, donde se muestra que ésta varía de país en país, fluctuando entre 6 a 30% (8), además el asma tienen una tendencia creciente (9).

Según el ISAAC, el Perú, se encuentra en el grupo de los países con prevalencias altas (20,7 a 28,2 %) junto con Australia, Nueva Zelanda, Omán, Singapur, y el Reino Unido (10).

En Perú, se han realizado algunos estudios para estimar la prevalencia de asma en niños y adolescentes, a continuación resumimos estos estudios:

el año 1995, el estudio FASE I de ISAAC (11), basado en un cuestionario escrito, en niños de un colegio de Lima, encontró una prevalencia de sibilantes en los últimos doce meses del 26%. En el año 1996, una investigación realizada en colegios del distrito de Santiago de Surco en Lima, encontró que la prevalencia de asma era de 15,4% y 15,3% de escolares de 6 a 7 años y de 13 a 14 años respectivamente (12).

En otra investigación (13) realizada en el año 2007, uno de los pocos estudios de base poblacional, llevado a cabo en un área urbana de alta pobreza, reportó una prevalencia de síntomas sugestivos de asma del 23,2%.

No obstante, los factores de riesgo para asma muestran gran variabilidad alrededor del mundo, algunos como la historia familiar de asma (14), rinitis alérgica (15), exposición a tabaco intrafamiliar (16), prematuridad (17), obesidad (18), introducción de otros productos lácteos antes de los 4 meses de edad (19) y nivel socioeconómico bajo (20) han sido identificados por su relación directa con esta enfermedad, cabe mencionar, que varían dependiendo del fenotipo de asma presentado por el niño (sibilantes transitorios, asmático no atópico y asmático atópico) (19) (20).

Además, el radicar en una zona urbana podría aumentar el riesgo de padecer asma y síntomas asmáticos en relación a las zonas rurales, probablemente debido a la contaminación ambiental (21).

En Arequipa, Madariaga señala que el incremento en la incidencia del asma bronquial está en el orden de 30 a 35% en el último año, esto debido en gran medida al incremento de la contaminación ambiental por material particulado presente en el aire atmosférico (3).

2.1.3. FACTORES DE RIESGO

Los factores que influyen en el riesgo de desarrollar asma pueden ser divididos en aquellos que provocan el desarrollo de asma y aquellos que precipitan los síntomas de asma; algunos participan en ambas situaciones. Los primeros son relacionados a factores del huésped (que primariamente son genéticos) y los otros son usualmente factores ambientales. Los mecanismos que conducen al eventual desarrollo y expresiones del asma son complejos e interactivos. Por ejemplo, ciertos genes interactúan con otros genes y factores ambientales, para determinar la susceptibilidad al asma (5).

Además, aspectos del desarrollo tales como la maduración de la respuesta inmune y la exposición a infecciones durante los primeros años de vida están emergiendo como factores importantes, que modifican el riesgo del asma en la persona genéticamente susceptible.

A continuación se detallan los principales factores que influyen en el desarrollo y expresión del asma (5).

a. Factores del huésped:

Genéticos:

Genes que predisponen a la atopía.

Genes que predisponen a la hiperreactividad de la vía aérea.

Obesidad.

Género.

b. Factores ambientales:

Alérgenos intradomiciliarios (ácaros, pelo y saliva de animales domésticos, hongos).

Alérgenos extradomiciliarios (sustancias contaminantes del aire, pólenes, hongos).

Infecciones virales.

Sensibilizantes ocupacionales.

Humo del tabaco, tanto en fumadores pasivos como activos.

Contaminación ambiental intra o extra domiciliaria.

Dieta.

2.1.4. FISIOPATOLOGÍA

Los alérgenos inhalados activan a las células cebadas y macrófagos, que liberan mediadores proinflamatorios, leucotrienos, factores quimiotáxicos, citosinas. Los antígenos son presentados por el macrófago al linfocito TH0 (Linfocito virgen no activado), bajo un patrón especial, éste se diferencia en TH2, que estimula la liberación de IL-4 e IL-5 quienes causan la liberación de IgE, por los linfocitos B y eosinófilos respiratorios. La IL1, TNF α (factor de necrosis tisular), INF – gamma, aumentan las moléculas de adhesión a las células endoteliales, permitiendo la salida de leucocitos de la vasculatura a la mucosa de vías aéreas. Las consecuencias de este infiltrado de células inflamatorias, incluyendo la esfacelación del epitelio, son cambios en la función mucociliar y aumento de la respuesta bronquial (23).

La disminución del calibre de la vía aérea es el evento final común que conduce a los síntomas y a los cambios fisiológicos en el asma. Varios factores contribuyen para su desarrollo: (23)

a. La contracción del músculo liso de la vía aérea como respuesta a los múltiples mediadores y a los neurotransmisores bronco-constrictores constituye el mecanismo predominante del estrechamiento de la vía aérea que se revierte con los broncodilatadores. (23)

b. El edema de la vía aérea es debido al exudado microvascular en respuesta a mediadores inflamatorios. Esto puede ser particularmente importante durante las exacerbaciones agudas. (23)

c. El engrosamiento de las vías aéreas es debido a cambios estructurales descritos como remodelamiento y pueden ser importantes en enfermedades más severas y no son del todo reversibles con la terapia actual. (23)

d. La hipersecreción de moco puede conducir a la obstrucción del lumen ("tapones de moco") y es producto del aumento en la secreción de moco y de exudados inflamatorios. (23)

e. Hiperreactividad de la vía aérea: Este suceso de la vía aérea, es la alteración funcional característica del asma, provoca un estrechamiento de la vía aérea en respuesta a estímulos que serían inofensivos en personas normales. En consecuencia, este estrechamiento de la vía aérea provoca limitación variable al flujo del aire y síntomas intermitentes. La hiperreactividad se asocia a la inflamación y a la reparación de la vía aérea y es parcialmente reversible con terapia. Sus mecanismos aún no se han dilucidado completamente. (23)

f. Exacerbaciones agudas: El agravamiento transitorio del asma puede ocurrir como resultado de la exposición a los factores de riesgo tales como ejercicio y contaminantes del aire, e incluso ciertas condiciones

climatológicas, Ej: tormentas (24). Un agravamiento prolongado es generalmente debido a las infecciones virales del tracto respiratorio superior (particularmente rinovirus y virus respiratorio sincitial) o a la exposición a alérgenos que aumentan la inflamación en las vías aéreas inferiores (inflamación aguda o crónica) que pueden persistir por varios días o semanas (24).

g. Asma nocturna: Los mecanismos que intervienen en el empeoramiento del asma en la noche no se entienden totalmente pero pueden ser provocados por el ritmo circadiano de hormonas circulantes tales como epinefrina, cortisol y melatonina y los mecanismos neuronales tales como el tono colinérgico. Hay un aumento en la inflamación de la vía aérea en la noche, reflejando posiblemente una reducción en mecanismos anti – inflamatorios endógenos (25).

h. Limitación irreversible del flujo de la vía aérea: Algunos pacientes con asma grave desarrollan limitación progresiva al flujo de la vía aérea que no es completamente reversible con la terapia actual disponible (25).

2.1.5. DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de asma en la adolescencia resulta de la combinación de tres elementos: una historia clínica concordante (antecedentes familiares y personales), la exploración física y la exploración funcional (pruebas de función pulmonar). A estos tres aspectos resulta necesario unir, especialmente en la infancia, un diagnóstico diferencial correcto (27) (28).

En términos generales podemos establecer que la historia clínica y la exploración física orientan hacia un diagnóstico de asma, y es la

exploración de la función pulmonar, con la espirometría forzada como técnica de elección objetivando una obstrucción bronquial reversible, la que confirma dicho diagnóstico. (28)

El concepto de atopía hace referencia a una tendencia personal o familiar a producir anticuerpos IgE específicos en respuesta a dosis bajas de alérgenos, normalmente proteínas (sensibilización), y que sintomáticamente (alergia) se expresa como dermatitis- eccema, asma bronquial y rinoconjuntivitis. (28)

Es por ello que, una vez establecido el diagnóstico del asma bronquial en un niño, resulta necesario, por sus implicaciones terapéuticas y pronósticas, investigar la presencia de atopía y los posibles alérgenos implicados como agentes etiológicos y desencadenantes de la enfermedad asmática. (28)

a. Diagnóstico clínico

El diagnóstico clínico del asma bronquial es posible gracias a la información recogida en la historia clínica del adolescente y su familia y a los datos obtenidos en la exploración física. (28)

a.1. Historia clínica

La historia clínica proporciona información relativa a antecedentes personales y antecedentes familiares.

- **Antecedentes personales:** Dentro de los antecedentes personales debe averiguarse:

- Qué tipo de signos y síntomas tiene.
 - La forma de presentación de éstos.
 - Si son coincidentes con catarro o no.
 - La existencia de enfermedades asociadas.
- **Signos y síntomas de asma:** Los principales signos y síntomas de asma son las sibilancias, la tos, la dificultad para respirar y el dolor-opresión torácica. Las *sibilancias*, también objetivables mediante la exploración física, suelen ser referidas por la familia o el propio niño como pitos o silbidos del pecho, se consideran el síntoma cardinal del asma (27) (28) y el signo físico más fiable, reflejando la obstrucción del flujo aéreo con una excelente especificidad (99%), aunque baja sensibilidad (15%), y buena reproducibilidad entre observadores. Es además el signo que mejor se correlaciona con la caída del FEV₁, del FEM, con la saturación de oxígeno y con la respuesta positiva al test de metacolina (30).

La tose es el síntoma de asma más frecuente, si bien su especificidad es muy baja dado que muchos otros procesos en la infancia pueden cursar con tos. Puede aparecer espontáneamente o bien provocada por el ejercicio u otros desencadenantes; puede ser de predominio diurno o nocturno (muy característico) y asociarse a sibilancias o no. Existe una forma de asma con tos como síntoma exclusivo (llamada por algunos autores *tos-variante de asma*, pero que en sí no deja de ser asma), cuyo dato más orientador es la persistencia de tos más allá de cuatro semanas en ausencia de catarro (31).

La dificultad para respirar (disnea) es un síntoma muy frecuentemente referido por las familias que acuden a consultar, si bien siempre resulta necesario profundizar en lo que las familias (o el niño) quieren decir con

esto, y en especial cuando usan expresiones como “se fatiga”, “no puede respirar”, etc. (30)

La opresión y/o dolor torácico es un síntoma poco referido por los niños, y más común en adolescentes y adultos, posiblemente debido más a la complejidad de diferenciar este síntoma del conjunto de los demás. La valoración conjunta de los síntomas que refiere la familia (y el adolescente) nos pueden orientar hacia el diagnóstico de asma de una forma más eficiente (valores predictivos, sensibilidad y especificidad) que analizando los síntomas por separado. (28) (30)

- **Antecedentes familiares:** Los datos más relevantes de la historia familiar son la presencia de asma bronquial u otra enfermedad atópica en familiares de primer grado (padres y hermanos). (30)

a.2. Exploración

Fuera del periodo de síntomas, el examen físico del adolescente con asma puede ser normal. En presencia de síntomas la exploración puede constatar: sibilancias, espiración alargada, uso de la musculatura respiratoria accesoria, tiraje o retracción torácica, taquipnea, taquicardia y cianosis. Otros datos relevantes pueden ser la existencia de signos de rinitis y dermatitis atópica. (29)

a.3. Diagnóstico Funcional

La medición objetiva de la función pulmonar, es, junto con la clínica, el pilar del diagnóstico de asma (27) (28).

La prueba de función pulmonar por excelencia en el asma es la espirometría, en concreto la espirometrías, forzada y el análisis de la fase espiratoria de la misma. En determinadas circunstancias, la medición del flujo espiratorio máximo (FEM), mediante el flujómetro, puede resultar de utilidad, aunque la información que ofrece es mucho menos valiosa que la obtenida en una espirometría.

Espirometría: Es una técnica de exploración funcional pulmonar que evalúa volúmenes y flujos pulmonares, poniéndolos en relación entre sí y/o con el tiempo necesitado para la realización de la prueba. El *espirómetro* es el instrumento con el que se realiza la espirometría. Básicamente podemos clasificarlos en dos modelos: de volumen o cerrados (espirómetros de agua, de fuelle o de pistón) y de flujo, abiertos o neumotacógrafos (de Fleisch, de malla, de alambre caliente y de turbina). En la actualidad los equipos vienen acompañados de un procesador informático que permite imprimir curvas y datos, poniéndolos en relación con valores de referencia.

Las principales mediciones que se pueden realizar con un espirómetro son la cuantificación de (32):

- Volúmenes pulmonares estáticos, siendo el más importante la capacidad vital (CV).
- Volúmenes y flujos pulmonares dinámicos, como la FVC, el FEV1, la relación entre ambos y el FEF 25 – 75.

Los primeros se obtienen mediante una maniobra lenta o relajada, mientras que en los dinámicos la maniobra debe ser máxima y forzada. Estos últimos son los que más interesan en el asma. De entre estos valores debe resaltarse que el FEV1 es el patrón oro en la valoración de la

función pulmonar en el asma. Es el valor más reproducible y el que mejor refleja la obstrucción al flujo de la vía aérea y la respuesta de ésta a los broncodilatadores. La relación entre el FEV1 y la FVC, cuando está por debajo del 80% de los valores de referencia, es indicadora de patrón obstructivo. (32) El FEF (33) es un parámetro sensible a la obstrucción del flujo aéreo, pero su variabilidad 25 – 75 es mucho mayor que la del FEV1, por lo que la interpretación aislada de su resultado debe hacerse con cautela.

La ejecución e interpretación de una espirometría requiere de unos procedimientos ampliamente estandarizados. En resumen se puede decir que para poder aplicar los resultados de una espirometría, deben seguirse tres pasos básicos, tal que el correcto cumplimiento del paso previo es condición *sine qua non* para dar el siguiente. (30) (32) Estos tres pasos son: (32)

- Ejecución de la espirometría.
- Comprobación de que ésta cumple criterios de calidad.
- Interpretación de los resultados obtenidos.

Flujometría: La utilización de la medición del Flujo Espiratorio Máximo (FEM) o flujo espiratorio tope o cúspide con un equipo diferente al tradicional espirómetro, ha sido posible con la creación del flujómetro de Wright y posteriormente con su versión simplificada, conocida como “mini Wright”. Estos equipos, de menor costo y actualmente de amplia distribución, se utilizan en los enfermos con patologías respiratorias obstructivas, porque las variaciones de sus mediciones son paralelas a las del volumen espiratorio forzado en el primer segundo (VEF1) en la espirometría, que ha sido la evaluación tradicional del diagnóstico y seguimiento de las limitaciones ventilatorias obstructivas (34).

Las indicaciones de la flujometría son las siguientes(34):

- Evaluación de patologías con alteraciones respiratorias, principalmente obstructivas.
- Evaluación de la variabilidad circadiana de sus resultados.
- Cuantificación de la gravedad de la alteración.
- Objetivación de la respuesta a terapias broncodilatadoras o esteroidales.
- Evaluación en el tiempo de la patología de base.
- Evaluación de la obstrucción bronquial por ejercicio.

La técnica de la flujometría consta de los siguientes pasos (34):

- La persona debe estar en posición de pie.
- Debe realizar una inspiración máxima.
- Colocarse la boquilla en la boca.
- Fijarla bien con los labios.
- Espirar lo más fuerte y rápido posible, antes de 4 segundos después de haber hecho una inspiración máxima.
- La maniobra debe repetirse al menos tres veces, permitiendo un tiempo de descanso adecuado entre ellas.
- Las dos mayores mediciones deben tener una diferencia menor a 5% entre ellas. Si no la hay, el paciente deberá seguir haciendo maniobras de espiración forzada, hasta un máximo de 8.
- Se debe registrar el más alto valor obtenido en las mediciones y la hora del día en que se efectuó la medición.

Hay que tener presente que se trata de maniobras cuyo resultado (FEM) es dependientes del esfuerzo y que en pacientes nuevos es necesario explicar bien la técnica y entrenarlos antes de efectuar el registro.

Los equipos tienen una vida media útil que es muy dependiente del cuidado que se tenga con ellos, por lo cual se aconseja comparar sus resultados cada tres meses con controles biológicos (3 personas con FEM conocido, sanas, no fumadoras, de diferentes tallas) (34).

La periodicidad de las mediciones en pacientes obstructivos depende de la gravedad o inestabilidad de su patología. Puede ser diaria y en tres momentos diferentes (mañana, tarde y noche) o semanal, quincenal o mensual. Lo mínimo aceptable es que el FEM se mida SIEMPRE cuando el paciente asiste a control e idealmente a la misma hora del día.

Para realizar la evaluación de la flujometría, Se debe usar siempre el gráfico de valores normales de Gregg y Nunn (35), no es conveniente extrapolar valores de la espirometría. Idealmente se debiera tener conocido y registrado el “mejor valor” en los pacientes crónicos, para usarlos como referencia. Los valores teóricos más conocidos en niños son los de Godfrey, pero también se sabe que los mejores valores de referencia son los obtenidos por el propio paciente cuando está clínicamente estable. (35)

En Arequipa el estudio de Loayza y Recabarren han establecido los siguientes valores: (22)

PEF varones = 5.56 (talla cm) - 448.

PEF mujeres = 4.63 (talla cm) - 338.

1. Si se obtiene un valor de FEM igual o superior al 80 % del teórico o mejor valor conocido, se considera como patología estable o controlada.

2. Si el valor del FEM es inferior a dicho valor, hay que considerar al paciente con patología fuera de control.

$$\text{Variabilidad diaria} = \frac{\text{FEM mayor} - \text{FEM menor} \cdot 100}{\text{FEM mayor}}$$

No debe ser mayor a 20%, pues reflejaría inestabilidad.

$$\text{Obstrucción por ejercicio} = \frac{\text{FEM mayor} - \text{FEM menor post ejercicio} \cdot 100}{\text{FEM mayor}}$$

Es positivo si es mayor a 11% (22).

Pruebas funcionales

a. Test de broncodilatación: Las pruebas funcionales buscan demostrar la presencia de obstrucción reversible al flujo aéreo de la vía respiratoria intrapulmonar. A todo niño-adolescente con sospecha de asma, con independencia del patrón obtenido en la espirometría o flujometría basal, debe realizársele una prueba de broncodilatación. Un test de broncodilatación positivo es la prueba por excelencia de diagnóstico del asma. No obstante, debe tenerse en cuenta que una prueba negativa no lo descarta. (29) (30)

b. Test de ejercicio: Existen varias pruebas de provocación bronquial que lo que buscan es conocer la respuesta de la vía respiratoria a diversos estímulos capaces de producir obstrucción bronquial. En el ámbito de la Atención Primaria, la prueba de ejercicio es la de mayor interés, y de

entre las posibles opciones, el test de carrera libre es el de elección. El test de ejercicio puede realizarse como una prueba más de provocación bronquial inespecífica, si bien su mayor aplicabilidad es en aquellos pacientes que refieren síntomas coincidiendo con la práctica del deporte. (29)

c. Test de variabilidad: Algunos adolescentes con asma presentan una función pulmonar inestable que se expresa funcionalmente por la variación del flujo aéreo entre la mañana y la noche, y clínicamente con tos, especialmente nocturna y al levantarse, con otros síntomas de asma o bien ser asintomática. La demostración de esta variabilidad mediante el test correspondiente es diagnóstica de asma y es factible utilizando un medidor de FEM en el domicilio del niño. Como en los otros tests funcionales comentados en este capítulo, un test de variabilidad negativo no descarta el diagnóstico de asma. (22) (29)

2.1.6. CLASIFICACIÓN SEGÚN LA SEVERIDAD

La clasificación del asma, según la severidad, es útil para establecer las decisiones que se están tomando sobre el manejo en la evaluación inicial de un paciente. Es importante reconocer, sin embargo, que la severidad del asma implica ambas, la severidad de la enfermedad subyacente y su sensibilidad al tratamiento. Así, el asma se puede presentar con síntomas severos y la obstrucción al flujo aéreo, puede ser clasificada como severo persistente en la presentación inicial, pero responde completamente al tratamiento y después se clasifique como asma persistente moderada. Además, la severidad no es una característica invariable de un individuo con asma, sino que puede cambiar a través de los meses o años. (5)

La clasificación de la severidad del asma se presenta en la siguiente tabla (5)

Tabla 1: Clasificación de la severidad del asma

<p>Intermitente</p> <p>Síntomas menos de una vez por semana.</p> <p>^L Exacerbaciones de corta duración.</p> <p>^a Síntomas nocturnos, no más de dos veces al mes.</p> <p>^s • PEF₁ o PEF > 80% del valor predicho.</p> <p>• Variabilidad en el PEF o VEF₁ < 20%.</p>
<p>Persistente Leve</p> <p>^l Síntomas más de una vez por semana, pero menos de una vez al día.</p> <p>^a Exacerbaciones que pueden afectar la actividad y el sueño.</p> <p>^s Síntomas nocturnos más de dos veces por mes.</p> <p>ⁱ • VEF₁ o PEF > 80% del valor predicho.</p> <p>^f • Variabilidad en el PEF o VEF₁ < 20 – 30%.</p>
<p>Moderada Persistente</p> <p>^c Síntomas diarios.</p> <p>^a Exacerbaciones que afectan la actividad y el sueño.</p> <p>^c Síntomas nocturnos, más de una vez a la semana.</p> <p>ⁱ Uso diario de inhaladores con β₂ agonistas de acción corta.</p> <p>^o • VEF₁ o PEF 60 – 80% valor predicho.</p> <p>ⁿ • Variabilidad en el PEF o VEF₁ > 30%</p>
<p>Severa Persistente</p> <p>^s Síntomas Diarios</p> <p>Exacerbaciones frecuentes</p> <p>^d Síntomas frecuentes de asma nocturna</p> <p>^e Limitación de realizar actividades físicas</p> <p>• VEF₁ o PEF < 60% valor predicho</p> <p>• Variabilidad en el PEF o VEF₁ > 30%</p>

La clasificación del Asma se fundamentan en las características fisiopatológicas de este padecimiento. Es una enfermedad crónica, con grados variables de inflamación, la cual funcionalmente se puede traducir en grados variables de obstrucción al flujo de aire y manifestaciones clínicas también de intensidad variable (37). Esto significa que la gravedad no es una característica constante, sino que puede cambiar en el tiempo, por lo que es necesario mantener al paciente en seguimiento hasta revalorarlo clínica y funcionalmente y así reclasificarlo.

La clasificación de la enfermedad por gravedad es de gran utilidad en la evaluación inicial del paciente por sus implicaciones terapéuticas y de pronóstico. En enero de 2004, el Comité Ejecutivo de GINA (Iniciativa Global para el Asma) recomendó que la guía fuera revisada y enfatizara el manejo del asma de acuerdo al grado de control clínico, más que en la clasificación de severidad y fue en la revisión del 2006, cuando presentó la clasificación de acuerdo al grado de control, clasificando la enfermedad en tres categorías: controlado, parcialmente controlado y no controlado. En esta clasificación, además de incluir la frecuencia de los síntomas y la función pulmonar, considera la frecuencia de las exacerbaciones. La clasificación del grado de control del asma se presenta en la tabla 2 (38).

Tabla 2: Clasificación del asma de acuerdo a niveles de control

GINA 2006			
Característica	Controlado	Parcialmente controlado	No controlado
Síntomas durante el día	Ninguno (menos de dos veces por semana)	Más de dos veces por semana	Tres o más características de parcialmente controlado en cualquier semana
Limitación de las actividades	No	Sí	
Síntomas nocturnos	No	Sí	
Uso de medicamentos de rescate	No (menos de dos veces por semana)	Más de dos veces por semana	
Función pulmonar FEV1 o FEM	Normal	< 80% del predicho	
Exacerbaciones	Ninguna	Uno o más por año	Una en cualquier semana

2.1.7. TRATAMIENTO

a. Vía de Administración

La terapia inhalada es la piedra angular del tratamiento del asma para los pacientes de todas las edades. Casi todos los adolescentes pueden ser educados a utilizar eficientemente la terapia inhalada. Los diferentes grupos de edades requieren diversos inhaladores para una terapia eficaz y la opción del inhalador debe ser individualizada. La información sobre la dosis que se deposita en el pulmón para un medicamento, está escasamente disponible para los niños y adolescentes, y existen diferencias marcadas entre los varios inhaladores. (36)

Esto debe ser considerado siempre que un dispositivo de inhalación se sustituya con otro. Además la opción del dispositivo de inhalación debe incluir la eficacia de la droga, de los costos, de la seguridad, de la facilidad de empleo, de la conveniencia y de la documentación de la droga en su uso en diferentes grupos etáreos. En general, un inhalador de dosis medida (MDI) con espaciador es preferible a la terapia nebulizada debido a su conveniencia, a una deposición pulmonar más eficaz, a menos efectos secundarios y a un costo más bajo. Los espaciadores conservan partículas grandes de la droga que serían normalmente depositadas en la orofaringe, reduciendo la absorción oral, gastrointestinal y la disponibilidad sistémica de la droga inhalada.

El tratamiento del asma se resume en el siguiente esquema (36):

Broncodilatadores

Agonistas de los receptores β -adrenérgicos No selectivos (epinefrina, isoproterenol).

β 2 selectivos de acción corta (salbutamol y terbutalina).

β 2 selectivos de acción prolongada (salmeterol y formoterol).

Anticolinérgicos

- De acción corta (bromuro de ipratropio).

- De acción prolongada (tiotropio).

Xantinas

Vía oral (teofilina).

Vía i.v. (aminofilina).

Antiinflamatorios

Esteroides: Vía inhalada (beclometasona, budesonida, Fluticasona).

Vía oral (prednisona, prednisolona, deflazacort).

Via i.v. (metilprednisolona).

Cromonas

Cromoglicato de sodio.

Nedocromilo sódico.

Antileucotrienos

Inhibidor de la síntesis de leucotrienos (Zileuton).

Bloqueadores de los receptores: (montelukast, zafirlukast y pranlukast) (36).

2.2. DINÁMICA FAMILIAR

2.2.1. CONCEPTO DE FAMILIA

La familia es una sociedad natural, conformada por un conjunto de personas unidas por vínculos de afinidad, consanguinidad, afectividad y convivencia en un hogar común, que enfrentan similares problemas, tienen los mismos fines y buscan satisfacciones recíprocas. Se entiende: (39)

Por afinidad: A la elección mutua de varón y mujer para vivir juntos sobre la base del afecto y la comprensión, de la atracción física y espiritual y del respeto a los valores y normas que la sociedad establece para tal fin. (39)

Por consanguinidad: A las relaciones de parentesco que existen entre personas que descienden de un tronco común, es decir entre familiares como abuelos, padres, hijos, nietos, tíos, primos, sobrinos, etc. (39)

Por afectividad: A los sentimientos de amor conyugal, filial y fraterno, así como a los de solidaridad, cooperación y reciprocidad entre sus miembros. Estos lazos afectivos cuando están presentes enriquecen la convivencia familiar; pero cuando se debilitan dan paso a resentimientos, incomunicación, incomprensión y autoritarismo que limitan y empobrecen la vida familiar. (39)

Por hogar: A la convivencia de la familia en un ambiente común que le da unidad (39).

2.2.2. CARACTERÍSTICAS ESENCIALES DE LA FAMILIA

Se han elaborado muchas definiciones sobre la familia, que si bien señalan sus características descriptivas y sus fines, no permiten aún una comprensión global de ella. A través de los conceptos podemos determinar las características de la familia (39):

- a. La familia es una institución de derecho natural.
- b. Tiene su origen en el matrimonio, o la unión de un hombre y una mujer libremente contraído y públicamente afirmado, y está abierta a la transmisión de la vida. Sin embargo, hay familias que se construyen a partir de uniones consensuales, (es decir, la vida marital de un hombre y de una mujer sin haber contraído matrimonio civil o religioso).

La Organización Mundial de la Salud señala que por familia se entiende, a los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos a los que se destinen los datos y, por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial (40).

Minuchin (41) la define como el grupo en el cual el individuo desarrolla sus sentimientos de identidad y de independencia, el primero de ellos fundamentalmente influido por el hecho de sentirse miembro de una familia, y el segundo por el hecho de pertenecer a diferentes subsistemas intrafamiliares y por su participación con grupos extrafamiliares.

Para Minuchin (41), la familia es un grupo natural que, en el curso del tiempo, ha elaborado pautas de interacción. Estas constituyen la estructura familiar que, a su vez, rige el funcionamiento de los miembros de la familia, define su gama de conductas y facilita su interacción recíproca. Así, algunas conclusiones generales sobre familia podrían ser:

- a. Es un grupo natural primario que, en el curso del tiempo, ha elaborado pautas de interacción.
- b. Proporciona los vínculos necesarios para que se realice el proceso de individualización con la suficiente autonomía e intimidad.
- c. Es el grupo primario donde comienza para la persona la socialización.
- d. Es un sistema relacional que supera y articula entre sí los diferentes componentes individuales.

Desde una visión de la familia entendida como sistema, plantean que ésta desempeña diversas funciones que sirven a dos objetivos diferentes: (41)

- **Intrafamiliar:** Persigue el desarrollo y protección psicosocial de sus miembros en el proceso de individualización.
- **Extrafamiliar:** En cuanto pretende la acomodación a una cultura y su transmisión en el proceso de socialización.

Son miembros de la familia el marido, la mujer y los hijos (as) nacidos de su unión. También otros parientes pueden estar integrados en este núcleo central como abuelos, tíos, etc. (41)

Sus miembros están ligados entre sí por vínculos afectivos, jurídicos, económicos y espirituales que crean una red de derechos y deberes y un conjunto diferenciado de sentimientos como amor, afecto, respeto, cooperación, solidaridad, entre otros. (41)

En la familia se construyen y transmiten valores culturales, éticos, sociales, espirituales y religiosos esenciales para el desarrollo y bienestar de sus miembros. La familia es la primera célula vital de la sociedad, es decir, es una unidad o hecho social universal.

2.2.3. TIPOS DE FAMILIA

- a. Familia nuclear:** Usualmente se le define como un pequeño grupo compacto y ligado emocional y afectivamente, está integrado por el padre, madre y los hijos y a su vez basado en la relación entre esposos e hijos, la presencia de los padres garantiza a sus miembros estabilidad psicoemocional en su continuo desarrollo.

La familia nuclear vive aparte de la familia original del esposo o esposa y generalmente goza de independencia económica. Esta familia representa la familia ideal y ella debe ser el modelo de familia que debemos formar y mantener (39).

- b. Familia compuesta o extensa:** Este tipo de familia está integrada por los padres, los hijos y otros familiares. En la familia extensa los hijos se casan y se quedan a vivir con los padres; ello sucede muy frecuentemente en nuestro medio, por factores culturales, motivos económicos, la escasez de vivienda, las dificultades para encontrar trabajo y los bajos ingresos económicos, entre otros (39).
- c. Familia monoparental:** Se le llama así porque este tipo de familia presenta un sólo padre, está integrada por un padre con sus hijos o una madre con sus hijos. En este tipo de familia, además de vivir con un solo padre pueden vivir con otros familiares como abuelos, tíos, primos, etc. Las familias con padre o madre únicos resultan de la pérdida del cónyuge por muerte, divorcio, separación o abandono; o del nacimiento de un hijo fuera de la unión marital. Este tipo de familia tiende a ser vulnerable en los aspectos social y económico, lo que puede crear un ambiente inestable y de privaciones para el desarrollo potencial de los hijos (39).
- d. Familia mixta o reconstituida:** La familia reconstituida también denominada familia mixta o combinada, vuelta a casar incluye hijastros, padrastros y madrastras. La separación, el divorcio y las nuevas uniones son muy comunes en la sociedad contemporánea (39).

- e. **Familia binuclear:** Es una familia dividida en dos por el divorcio. Consta de dos familias nucleares, la nuclear materna encabezada por la madre, la nuclear paterna encabezada por el padre. Las familias incluyen a los niños que se hayan tenido en la familia original. Cada nueva familia puede estar encabezada por un solo padre o por dos padres si los anteriores esposos vuelven a casarse (42).
- f. **Familia comunal:** Consiste en un grupo de personas que viven juntas y comparten diversos aspectos de sus vidas. Pueden ser considerados como familia si el grupo cae dentro de las definiciones generales precedentes. Algunos grupos familiares no son familias en este sentido.(42)
- g. **Familia cohabitante:** Consta de dos personas del sexo opuesto que viven juntas con o sin hijos, y que comparten la expresión y compromiso sexual sin que hayan formalizado el matrimonio legal. (42)
- h. **Otras familias:** Son aquellas en las que no se cuenta con los padres y puede estar conformada sólo por hermanos, por primos, abuelos, tíos, padrinos o madrinas, entre otros (39).

2.2.4. DINÁMICA FAMILIAR

a. Concepto

“Es la forma como los miembros de la familia interactúan entre sí”. Se considera (39):

b. Familia Funcional

Son familias en las que las relaciones entre sus miembros están bien establecidas y son positivas para todos sus miembros. Respetan y reconocen los intereses individuales y necesidades de privacidad, pero se mantienen unidas a pesar de las circunstancias. No existen competencias ni conflictos entre sus miembros. Sus características son:

(39).

- No existen coaliciones internas ni competencias entre ellas.
- Los límites de la familia son claros y todos la ven como una unidad.
- Es una estructura de negociación para arreglar conflictos y hay una comunicación clara que permite la espontaneidad.
- Existe empatía.
- Hay apoyo emocional.

c. Familia Disfuncional

Se caracteriza porque uno o varios de los integrantes de la familia presenta conductas desadaptativas que al relacionarse con los demás miembros generan un clima propicio para los conflictos, discusiones, peleas, agravios.

En estas familias existen poca atención a los sentimientos y opiniones de los demás, las pautas de interacción entre sus miembros son rígidas y fijas, no existe diálogo abierto ni comunicación. Sus características son (39):

- Líneas intergeneracionales borrosas.
- No existe actitud negociadora.

- Poca atención a los sentimientos y opiniones de los demás.
- Límites de la familia imprecisos.
- Pautas de interacciones rígidas y fijas.
- Las funciones de los miembros no están claras ni limitadas.

3. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

3.1. Internacionales

Autor: Berbesí, Dedsy; García, Margarita; Segura, Ángela; Posada, Ricardo.

Título: Evaluación de la dinámica familiar en familias de niños con diagnóstico de asma.

Fuente: Rev. colomb. psiquiatr;42(1):63-71, ene.-mar. 2013.

Resumen: Objetivo: Determinar a partir de esta investigación la funcionalidad familiar en un grupo de familias de niños asmáticos de 7 a 12 años de edad. Método: Estudio transversal, ejecutado de julio a septiembre del 2010 en 6 instituciones de salud en la ciudad de Medellín, Colombia. Se estudiaron 50 familias con niños con diagnóstico de asma, de los cuales 22 tenían asma no controlada, y 28, asma controlada, que participaron como grupo de comparación. Se evaluó la funcionalidad familiar mediante el instrumento APGAR Familiar y la valoración de una médica terapeuta de familia; entre tanto, el diagnóstico de asma y la evaluación clínica, con ayuda de un pediatra-neumólogo. Las asociaciones se exploraron mediante odds ratio (OR) e intervalos de confianza (IC) del 95 %. Resultados: La disfunción familiar es un factor asociado con mayor frecuencia a familias de niños con asma no controlada, en comparación con aquellas que no tienen este tipo de pacientes (OR = 8,95; IC95 %: 2,4-32,3). La disfunción familiar es notoriamente mayor en familias con niños con asma no controlada. Conclusiones: Dada la frecuencia de disfunción familiar en niños con asma, la evaluación de la funcionalidad familiar se debe considerar parte del abordaje integral de las familias con niños asmáticos (43).

Autor: Vázquez, F; Santos, Adel; Martínez, J; Caballero, F; Morales, F; Prado, S.

Título: El paciente asmático y su dinámica familiar.

Fuente: RevAlerg Mex;50(6):214-9, 2013. México.

Resumen: El asma es una enfermedad crónica de las vías respiratorias que modifican la respuesta de comportamiento de las personas y afectar a la función de la familia. **Objetivo:** Determinar si existe un trastorno de la dinámica familiar en pacientes asmáticos de Tamaulipas. Se incluyeron 300 personas que se encontraban entre 30 y 50 años de edad, hombres y mujeres: 100 sujetos con diagnóstico de asma, 100 con diabetes tipo 2 y 100 personas sanas. **Resultados:** edad promedio Los pacientes asmáticos "fue de 45,67 años, la familia nuclear completo se documentó en 15% de los enfermos, las mujeres eran el jefe de familia en el 50% de los casos, apreciamos una gran disfunción familiar en relación con: la función de la capacidad de adaptación (50 %), la participación (63%) , la familia crecerá de seguimiento (61%) y las manifestaciones de sentimientos (64%). En el 53 % de los casos de pareja conyugal de los pacientes, no lleva a cabo sus funciones de la familia como: comunicación 59%, compartir funciones 59 %, la satisfacción sexual al 60% , y la toma de decisiones 59 % (44).

Autor: Torres, Irma., Vázquez, Francisco., Beltrán, Javier., Lin, Dolores., Martínez, Gerardo., Calderón, Magaly.

Título: Evaluación de la calidad de vida de pacientes pediátricos con asma y su relación con el funcionamiento familiar.

Fuente: Revista Medicina Salud y Sociedad Vol 1 No. 1 Sept-Dic. 2010. México.

Resumen:El objetivo general de la presente investigación fue evaluar la calidad de vida de los niños que padecen de asma y su relación con el funcionamiento psicosocial de la familia a la que pertenecen. **Material y Métodos:** La muestra estuvo conformada por 34 de los pacientes pediátricos. Para la recolección de la información se utilizaron los siguientes cuestionarios: Cuestionario de calidad de vida para pacientes pediátricos con asma (PaediatricAsthmaQuality of LifeQuestionnaire: PAQLQ y Cuestionario FFSIL o Evaluación del Funcionamiento Familiar según la

Dinámica de las Relaciones Internas. Resultados. Se detectó que existe una asociación estadísticamente significativa entre las variables de estudio, por ende, puede expresarse que el funcionamiento familiar está relacionado con la función emocional del paciente pediátrico. Asimismo, se comprobó una relación estadísticamente significativa entre la cohesión familiar y la preocupación que sienten los pacientes por su enfermedad, de igual manera, se detectó que existe una relación estadísticamente significativa entre la cohesión familiar y el reactivo hacer actividades con amigos y con la familia y se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la cohesión familiar y el reactivo molestias a causa de la falta de aire (45).

Autor: Guzmán, J., Reyes, E., Luce, E., Valadez, F., Gutiérrez, E., Robles. F.

Título: Disfunción familiar en pacientes adolescentes con asma.

Fuente: Rev. Aten. Prim. Vol. 40. Núm. 11. Noviembre 2008. México.

Resumen: Objetivo. Determinar la funcionalidad familiar en pacientes pediátricos asmáticos. Diseño. Estudio transversal. Emplazamiento. Unidad de Medicina Familiar número 51 del IMSS, primer nivel de atención, en la ciudad de Guadalajara, Jalisco, México. Participantes. Se estudió a 50 familias de las que 25 tenían un adolescente con diagnóstico de asma previamente establecido y otras 25 con pacientes pediátricos sin diagnóstico de asma que participaron como grupo control. Métodos. De septiembre de 2006 a febrero de 2007 se evaluó la funcionalidad familiar mediante el instrumento Apgar familiar, las asociaciones se determinaron mediante odds ratio (OR) e intervalos de confianza (IC) del 95%. Resultados.

La disfunción familiar es un factor asociado con mayor frecuencia a familias con pacientes asmáticos en comparación con aquellas que no tienen este tipo de pacientes OR = 3,7 (IC del 95%, 1,1-13), la disfunción severa es notoriamente mayor en familias con integrantes asmáticos. Conclusiones. La disfunción familiar se presenta más frecuentemente en familias con adolescentes asmáticos, por lo que la evaluación de la funcionalidad familiar se debe considerar como parte del abordaje integral de las familias de los pacientes (46).

3.2. Nacionales

No se han encontrado estudios similares.

3.3. Locales

No se han encontrado estudios similares.

6. OBJETIVOS

GENERAL

Determinar la relación entre el nivel de dinámica familiar y el grado de control del Asma Bronquial de los adolescentes.

ESPECÍFICOS

1. Determinar el nivel de dinámica familiar de los adolescentes con asma bronquial.
2. Establecer el grado de control del Asma Bronquial de los adolescentes.
3. Precisar las características sociodemográficas del paciente adolescente con asma bronquial.
4. Describir las características sociodemográficas de la familia.
5. Precisar las características de la enfermedad.
6. Establecer si los adolescentes con asma bronquial cumplen el tratamiento según indicaciones médicas.
7. Establecer la relación entre el nivel de dinámica familiar y el grado de control del Asma Bronquial de los adolescentes.

7. HIPÓTESIS

La mala dinámica familiar que presentan algunos adolescentes, influye de manera significativa en el grado de control del asma bronquial.



III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1. TÉCNICAS

Se utilizará como técnica la encuesta y la observación documental.

1.2. INSTRUMENTOS

1.2.1. Cuestionario de Dinámica Familiar

Se aplicará la Escala FACES III, el cual es un instrumento que mide la adaptabilidad y cohesión familiar. Consta de 20 preguntas. La calificación de cohesión es igual a la suma de los puntajes de los ítems impares y la de adaptabilidad a la de los ítems pares, finalmente las categorías son: (45)

En cuanto a la adaptabilidad:

Caótica: 29 a 50 puntos.

Flexible: 25 a 28.

Estructurada: 20 a 24.

Rígida de 10 a 19.

En cuanto a la cohesión:

Disgregada de 10 a 34.

Semirrelacionada: 35 a 40.

Relacionada: 41 a 45.

Aglutinada: 46 a 50.

Las familias disfuncionales corresponden a las caóticas – disgregadas, flexibles – disgregadas; estructuradas – disgregadas; rígidas – disgregadas.

En cuanto a la confiabilidad de la Escala FACES III, la misma ha sido empleada en diversos estudios, entre ellos los efectuados con población de diferentes regiones por Schmidt V. El modelo teórico en que se sustenta la escala - modelo circunplejo discrimina la funcionalidad o disfuncionalidad de la familia según su puntuaciones sean balanceadas o extremas en cada una de las dos variables, si bien bajo ciertas circunstancias puede resultar adaptativo que una familia presente niveles extremos siendo una escala sensible a los cambios que se atraviesan a través de los ciclos vitales.

La consistencia interna medida de la Escala de Funcionamiento Familiar FACES III es de 0,793 (alfa de Cronbach). El análisis factorial mostró que cada uno de los ítems de las subescalas de adaptabilidad y cohesión, que hacen parte de la escala total representan un único factor, por lo que los autores concluyeron que es un instrumento altamente confiable con alta consistencia interna. (45)

1.2.2. Ficha de Recolección de Datos

En este instrumento que fue elaborado por la investigadora, se incluyen do secciones, en la primera, se incluye los indicadores que GINA recomienda para evaluar el grado de control del asma bronquial. En la segunda parte se incluyen los datos referidos a las variables intervinientes. Este instrumento fue elaborado con la colaboración del tutor de la investigación. No requiere validación por ser solo para recojo de información. Los indicadores del grado de control del asma han sido validados por GINA (2006) (38).

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. UBICACIÓN ESPACIAL

El estudio de investigación será realizado en el Servicio de Pediatría y Medicina del Hospital Goyeneche, que está ubicado en la Avenida Goyeneche s/n y en el Servicio de Pediatría del Hospital Regional Honorio Delgado, ubicado en la Avenida Daniel Alcides Carrión 505, en el Distrito de Arequipa, en la Provincia, Departamento y Región Arequipa.

2.2. UBICACIÓN TEMPORAL

Estudio de tipo coyuntural que comprende el período de noviembre del año 2013 al mes de febrero del 2014.

2.3. UNIDADES DE ESTUDIO

2.3.1. Universo

Está conformado por todos los adolescentes con asma bronquial que son atendidos en el Servicio de Pediatría y Medicina del Hospital Goyeneche y del Hospital Regional Honorio Delgado, los que suman 100 pacientes aproximadamente.

2.3.2. Muestra

Para el desarrollo del estudio no se trabajará con muestra sino con pacientes que se atendieron en el periodo del estudio. Se elegirán a los pacientes de acuerdo a los siguientes criterios:

De inclusión:

- Adolescentes con diagnóstico confirmado mediante estudios clínicos y/o funcionales de asma bronquial.

De exclusión:

- Adolescentes que no vivan con su familia.
- Padres que no acepten participar.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1.2. ORGANIZACIÓN

- Después de que el proyecto esté aprobado se enviara solicitudes para revisión de historias clínicas a los Hospitales Goyeneche y Hospital Regional Honorio Delgado para que el Director de cada Hospital autorice la realización del estudio.
- La investigadora acudirá a los dos servicios de Pediatría y Medicina para realizar la identificación de los pacientes atendidos por asma bronquial, tanto en consultorios externos y hospitalización. Previa explicación del propósito del estudio a los padres y habiendo estos autorizado la participación del paciente, se procederá a evaluar la dinámica familiar.
- La información referida al grado de control del asma bronquial será registrada a partir de la información de la historia clínica. Una vez finalizada la fase de recolección de datos, se realizará la base de datos en el Programa Excel y el análisis estadístico de los resultados. Luego se elaborará el informe final de la investigación.

3.2. RECURSOS

Humanos:

La investigadora: JoyseKareliaChavez Jaramillo.

Alumna de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad
Católica de Santa María.

Tutor: Dr. Cesar Alpaca Cano

Médico Pediatra, Hospital Goyeneche

Institucionales:

Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María.

Biblioteca de la U.C.S.M.

Hospital Goyeneche.

Hospital Regional Honorio Delgado.

Materiales:

Ficha de recolección de datos, material de escritorio, computadora, paquete estadístico.

Financieros: Autofinanciamiento.

3.4 VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

El instrumento es sólo para el recojo de información, por lo que no requiere de validación. Fue elaborado por la investigadora con la orientación del tutor y según las variables de estudio. Se realizará una prueba piloto para identificar los ítems que sean necesarios modificar.

3.4 CRITERIOS Ó ESTRATEGIAS PARA EL MANEJO DE LOS RESULTADOS

Para el análisis estadístico se utilizará estadística descriptiva, es decir, promedio, mediana, moda, valor mínimo y máximo, desviación estándar de las variables cuantitativas. Las variables categóricas se expresarán en número y porcentaje.

Para la sistematización de los datos, se empleara la hoja de cálculo Excel 2003 y el paquete estadístico Epiinfo. Los resultados serán presentados en tablas.



IV. CRONOGRAMA DE TRABAJO

TIEMPO ACTIVIDADES	2013		2014		
	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO
	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
Elaboración del proyecto	X X	X X			
Presentación y aprobación del proyecto		X X	X X X		
Recolección de Datos			X	X X X	
Elaboración del informe				X X	
Presentación del informe final					X

V. BIBLIOGRAFIA

1. Iniciativa Global para el Asma. (2010): Estrategia Global para el Manejo y la Prevención del Asma. Estados Unidos.
2. Ministerio de Salud. (2010): Prevalencia de Asma en el Perú. Lima.
3. Madariaga, Z. (2012): Datos estadísticos de la contaminación ambiental en Arequipa. Dirección Regional de Salud Arequipa.
4. Schulz et al. (1994): Impacto familiar del asma bronquial infantil. Rev Aten Prim. 34 (7): 123 – 126.
5. Iniciativa Global para el Asma. (2006): Estrategia Global para el Manejo y la Prevención del Asma. Estados Unidos.
6. Sienna-Monge JJL, Río-Navarro BEd, Baeza-Bacab M (2008): Asma. SaludPublica Mex;41(1):64-70.
7. Lewis S. (1998): Worldwide variation in prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and atopic eczema: ISAAC. The International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) Steering Committee. Lancet; 351(9111): 1225-32.
8. International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC). (1998): Worldwide variations in the prevalence of asthma symptoms: EurRespir J; 12(2): 315-35.
9. Community Respiratory Health Survey (ECRHS). (2010): Variations in the prevalence of respiratory symptoms, self-reported asthma attacks, and use of asthma medication in the European EurRespir J; 9(4): 687-95.
10. Asher MI, Montefort S, Bjorksten B, Lai CK, Strachan DP, Weiland SK, et al. (2006): Worldwide time trends in the prevalence of symptoms of asthma, allergic

rhinoconjunctivitis, and eczema in childhood: ISAAC Phases One and Three repeat multicountry cross-sectional surveys. *Lancet*; 368(9537): 733-43.

11. Vega, L. (1996): Prevalencia de asma infantil en el distrito de Surco-Lima. [Tesis de Bachiller] Lima: Facultad de Medicina, Universidad Peruana Cayetano Heredia.

12. Penny ME, Murad S, Madrid SS, Herrera TS, Pineiro A, Caceres DE, et al. (2001): Respiratory symptoms, asthma, exercise test spirometry, and atopy in schoolchildren from a Lima shanty town. *Thorax*; 56(8): 607-12.

13. Skadhauge LR, Christensen K, Kyvik KO, Sigsgaard T. (2007): Genetic and environmental influence on asthma: a population-based study of 11,688 Danish twin pairs. *EurRespir J*; 13(1): 8-14.

14. Siersted HC, Boldsen J, Hansen HS, Mostgaard G, Hyldebrandt N. (1998): Population based study of risk factors for underdiagnosis of asthma in adolescence: Odense schoolchild study. *BMJ*; 316(7132): 651-55.

15. Chatkin, N., Menezes, B. (2005): Prevalência e fatores de risco para asma em escolares de umacoorte no Sul do Brasil. *J Pediatr (Rio J)*; 81(5): 411-16.

16. Speer, P., Silverman, M. (1998): Issues relating to children born prematurely. *EurRespir J Suppl*; 27: 13s-6s.

17. Rasmussen, F., Lambrechtsen, J., Siersted, C., Hansen, S., Hansen, C. (2000): Low physical fitness in childhood is associated with the development of asthma in young adulthood: the Odense schoolchild study. *EurRespir J*; 16(5): 866-70.

18. Oddy. H., Sherriff, L., de Klerk, H., Kendall, E., Sly, D., Beilin, J., et al. (2004): The relation of breastfeeding and body mass index to asthma and atopy in children: a prospective cohort study to age 6 years. *Am J Public Health*; 94(9): 1531-37.

19. Lugogo, L., Kraft, M. (2006): Epidemiology of asthma. *Clin Chest Med*; 27(1): 1-15.

20. Passalacqua, G., Durham, R. (2007): Allergic rhinitis and its impact on asthma update: allergen immunotherapy. *J Allergy Clin Immunol*; 119(4): 881-91.
21. Holguin, F. (2008): Traffic, outdoor air pollution, and asthma. *Immunol Allergy Clin North Am*; 28(3): 577-88.
22. Recabarren A, Loayza L. (2003): Curva normal de flujo espiratorio máximo en niños de Arequipa. *Revista Enfermedades del Tórax* 2003; 46(1): 40 – 43.
23. Colegio Mexicano de Alergias Asma e inmunología pediátrica (COMDAIPE). (2005): Guías para diagnóstico de asma infantil 14:18-36.
24. Tillie-Leblond, I., Gosset, P., Tonnel, B. (2005): Inflammatory events in severe acute asthma. *Allergy*; 60(1):23-9.
25. Tan, C. (2005): Viruses in asthma exacerbations. *Curr Opin Pulm Med*; 11(1):21-26.
26. Bumbacea, D., Campbell, D., Nguyen, L., Carr, D., Barnes, J., Robinson, D., et al. (2004): Parameters associated with persistent airflow obstruction in chronic severe asthma. *Eur Respir J*; 24(1):122-8.
27. Global Initiative for Asthma. (2002): Global Strategy for Asthma Management and Prevention. NHLBI/WHO Workshop Report. National Heart, Lung and Blood Institute. National Institutes of Health, Bethesda.
28. National Asthma Education and Prevention Program. (1997): Expert Panel Report 2. Guidelines for the diagnosis and management of asthma. National Heart, Lung and Blood Institute. NIH Publication No. 97-4051.
29. Muñoz, L. (2005): Asma infantil (I): concepto, etiopatogenia, formas clínicas y métodos diagnósticos. En: Martín Mateos, editor. *Tratado de Alergología Pediátrica*. Madrid: Ergon; p. 189-209.

30. Sritippawawan, S., Deerojanawong, J., Prapphal, N. (2009): Clinical score and aretrial oxygen saturation in children with wheezing associated respiratory illnes (WARI). *J Med Assoc Thai*; 83: 1215-1222.
31. Rietvel, S., Rijssenbeeck-Nouwnesns, H., Prins, J. (1999): Cough as the ambiguous indicator of airway obstruction in asthma. *J Asthma*; 36: 177-186.
32. Navarro, M., Pérez, G. (2007): Diagnostico en el laboratorio. En: Cobos N, editor. *Asma, Enfermedad cronica infantil*. Madrid: Doyma; p. 131-158.
33. Lebecque, P., Kiakulanda, P., Coates, A. (1999): Spirometry in the asthmatic child: is FEF25-75 a more sensitive test than FEV1/FVC? *PediatrPulmonol*; 16: 19-22.
34. Gregg, I., Nunn, J. (1989): New regression equations for predicting peak expiratory flow in adults and childs. *BritMed J*; 298: 1068-70.
35. Sepúlveda, R. (2004): El flujómetro de Wright. Una herramienta indispensable en la práctica ambulatoria. *RevChilEnfRespir*; 20: 80-4.
36. Ibarra, D. (2011): *Asma Bronquial, Diagnóstico y Tratamiento*. ICAO Regional Medicine Seminarforthe NAM/CAR/SAM.México.
37. Teeter, G., Bleecker, R. (1998): Relationship between airway obstruction and respiratory symptoms in adult asthmatics. *Chest*; 113(2): 272-7.
38. National Institutes of Health (NIH). (2006): *Global Strategy for Asthma Management and Prevention (GINA)*. The GINA Report. www.ginasthma.org.
39. ONG Opción (2009): *La familia, aspectos psicosociales*. Tomo I. 2da ed. Perú.
40. Olson, D. (2004): *Matrimonio y familia*. España: Morata.
41. Minuchin, F. (2006): *Técnicas de terapia familiar*. 1ra ed. México: Paidos.
42. Vilches, F. (2007): *Psicología familiar*. Arequipa: U.C.S.M.

43. Berbesí, D., García, M., Segura, Á., Posada, R. (2013): Evaluación de la dinámica familiar en familias de niños con diagnóstico de asma. *Rev. colomb. psiquiatr*;42(1):63-71. Colombia.
44. Vázquez, F; Santos, Adel; Martínez, J; Caballero, F; Morales, F; Prado, S. (2013): El paciente asmático y su dinámica familiar. *RevAlerg Mex*;50(6):214-9. México.
45. Torres, I., Vázquez, F., Beltrán, J., Lin, D., Martínez, G., Calderón, M. (2010): Evaluación de la calidad de vida de pacientes pediátricos con asma y su relación con el funcionamiento familiar. *Revista Medicina Salud y Sociedad Vol 1 No. 1 Sept-Dic.* México.
46. Guzmán, J., Reyes, E., Luce, E., Valadez, F., Gutiérrez, E., Robles. F. (2008): Disfunción familiar en pacientes adolescentes con asma. *Rev. Aten. Prim. Vol. 40. Núm. 11.* México.





ANEXO 1

CUESTIONARIO DE DINÁMICA FAMILIAR FACES III

Por favor marca con una X la opción de respuesta que más se ajusta a la forma como son las relaciones en tu familia.

Conducta familiar	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Mayoría de veces	Siempre
1. Los miembros de la familia se apoyan entre sí.					
2. En tu familia se toma en cuenta las sugerencias de todos los integrantes.					
3. Aceptan las amistades de todos los miembros de la familia.					
4. En la familia todos pueden opinaren cuanto a la disciplina.					
5. Les gusta hacer actividades con todos los miembros de la familia.					
6. Les gusta hacer actividades con las otras familias del distrito.					
7. Diferentes personas actúan como líderes ("toman la batuta") en tu familia.					
8. Se sienten más unidos entre ustedes que con otras familias que pertenecen al distrito.					
9. Tu familia cambia el modo de hacer las cosas.					
10. Les gusta pasar el tiempo juntos.					
11. Se sienten muy unidos.					
12. Cando se reúne tu familia para tomar una decisión importante, todos están presentes.					
13. Las reglas cambian en tu familia.					
14. Con facilidad pueden planear actividades en familia.					
15. Intercambian los quehaceres del hogar entre ustedes.					
16. Se consultan unos con otros para tomar decisiones.					
17. La unión familiar es muy importante.					
18. Las labores del hogar las comparten todos.					
19. Ningún miembro de la familia es dejado de lado en la toma de decisiones.					
20. Siempre toman en cuenta lo que dice el familiar que tiene más autoridad en la familia.					

ANEXO 2

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Grado de Control del Asma Bronquial

Síntomas durante el día:

- Ninguno (menos de dos veces por semana).
 Más de dos veces por semana.

Limitación de las actividades: Si No.

Síntomas nocturnos: Si No.

Uso de medicamentos de rescate:

- No (menos de dos veces por semana).
 Más de dos veces por semana.

Función pulmonar:

- FEV1 o FEM Normal.
 < 80% del predicho.

Exacerbaciones:

- Ninguna
 Uno o más por año
 Una en cualquier semana

Uso de medicamentos de control: Usa No usa

Cuál es el tratamiento usado si es que recibe _____

Edad del paciente..... Género: Masculino Femenino
Tiempo de enfermedad:..... Edad de la madre o el padre.....
Nivel de instrucción: Primaria Secundaria Superior Ninguno

Tipo de familia: Nuclear Extensa Monoparental Mixta
 Cohabiente.

Adherencia al tratamiento: Cumple el tratamiento según indicaciones médicas
 No cumple el tratamiento según indicaciones médicas

**“AÑO DE LA INVERSIÓN PARA EL DESARROLLO RURAL Y LA SEGURIDAD
ALIMENTARIA”**

**SOLICITO: INFORMACIÓN E HISTORIAS
CLÍNICAS**

**SEÑORA DIRECTORA DEL HOSPITAL GOYENECHÉ
DRA. ALBERTA AVENDAÑO VIZCARRA**

Yo, **JOYSE KARELIA CHAVEZ JARAMILLO**,
identificada con DNI N° 44694412, con domicilio en
C.H. Dean Valdivia V9, L11 Distrito de Cayma,
Provincia y Departamento de Arequipa.

A usted atentamente me presento y digo:


Que solicito Información e Historias Clínicas de la Oficina de Estadística
del Hospital Goyeneche.

Solicito dicha información para la realización de proyecto de tesis de
Medicina.

POR LO EXPUESTO:

A Uds. Solicito acceder a lo solicitado.

Arequipa, 12 de Diciembre del 2013


JOYSE KARELIA CHAVEZ JARAMILLO
DNI 44694412



001968

SOLICITO: REVISION DE HISTORIAS CLINICAS

SEÑOR DIRECTOR GENERAL DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO
ESPINOZA DE AREQUIPA

YO, JOYSE KARELIA CHAVEZ JARAMILLO, identificada con
DNI N° 44694412, con domicilio en C.H. Dean Valdivia V-9
L-11 Distrito de Cayma, Provincia y Departamento de
Arequipa.

Ante usted con el debido respeto me presento y expongo.

Que solicito Revisión de historias clínicas de la Oficina de Estadística del
Hospital General Honorio Delgado Espinoza para la realización del Proyecto de tesis de
Medicina que tiene por título, "RELACION ENTRE EL NIVEL DE DINAMICA FAMILIAR Y EL
CONTROL DEL ASMA BRONQUIAL DE ADOLESCENTES, AREQUIPA 2014".

POR LO EXPUESTO:

Ruego a usted, acceder a mi solicitud por ser de justicia.

Atentamente

Arequipa, 24 de Enero del 2014



FIRMA

JOYSE KARELIA CHAVEZ JARAMILLO
DNI N° 44694412

