

UNIVERSIDAD CATÓLICA
“SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO”



MITOS, CREENCIAS Y PRÁCTICAS EN CUIDADORES DE NIÑOS CON ASMA RESPECTO AL TRATAMIENTO CON INHALADORES EN CHICLAYO, PERÚ – 2013

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE:

MEDICO CIRUJANO

AUTORES:

Bach. BELTRÁN CABRERA, CAMILO JESÚS

Bach. VELA PINEDO, SILVIA PATRICIA

ASESORES:

LEÓN JIMÉNEZ FRANCO

DÍAZ MANCHAY ROSA

18 de Febrero 2015
CHICLAYO, PERÚ

**MITOS, CREENCIAS Y PRÁCTICAS EN CUIDADORES DE NIÑOS CON ASMA
RESPECTO AL TRATAMIENTO CON INHALADORES EN CHICLAYO, PERÚ –
2013**

POR:

Bachiller en Medicina Humana:

**BELTRÁN CABRERA, CAMILO JESÚS
VELA PINEDO, SILVIA PATRICIA**

Presentada a la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo,

para optar el título profesional de:

MÉDICO CIRUJANO

APROBADO POR:

Mgtr. Luis Jara Romero
Presidente de Jurado

Mgtr. Cesar Ñique Carbajal
Secretario de Jurado

Mgtr. Jorge Osada Liy
Vocal/Asesor de Jurado

CHICLAYO, 18 Febrero de 2015.

ÍNDICE

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

ÍNDICE

RESUMEN

ABSTRACT

I. INTRODUCCIÓN.....	¡Error! Marcador no definido.
II. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	10
1. Antecedentes:	10
2. Base Teorico-Cientifico	12
III. MARCO METODOLÓGICO:	15
3.1 Tipo de investigación:	15
3.2 Abordaje Metodológico.....	15
3.3 Sujeto de Investigación	16
3.4 Escenario	16
3.5 Instrumentos de recolección de datos.....	16

3.6	Procedimiento	16
4.1	Análisis de datos	17
4.2	Criterios Éticos.....	17
IV.	RESULTADOS.....	19
V.	DISCUSIÓN.....	28
VI.	CONSIDERACIONES FINALES	35
VII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36
VIII.	ANEXOS.....	41

DEDICATORIA

A mi madre y hermanas que con su amor y cariño han logrado que dé todos estos pequeños pasos. A todas aquellas personas que han colaborado a mi formación profesional y personal. A mi novia Katty, mi compañera de tesis Patricia y mis mejores amigos.

Ante todo a Dios por guiarme incondicionalmente y darme las fuerzas para salir adelante. A mis padres, quienes con su apoyo, consejos y dedicación incondicional contribuyeron a la realización de este estudio. A mis hermanas por compartir cada momento de estos siete años. A mi compañero de tesis y mejor amigo Camilo. A mis maestros doctores por estos años de enseñanza.

RESUMEN

Objetivos: Describir y analizar los mitos, creencias y prácticas de cuidadores de niños con asma en relación al tratamiento con inhaladores en la provincia de Chiclayo - 2013. **Material y métodos:** Estudio cualitativo, perspectiva explicativa, con base en la teoría fundamentada. Muestreo por saturación teórica; se realizaron grupos focales y triangulación de información. Los participantes: 20 cuidadores de niños asmáticos, distribuidos en 4 grupos focales y 7 pediatras. Los resultados fueron grabados, transcritos y categorizados según análisis temático, en forma manual. **Resultados:** El 55% de participantes tuvieron niños asmáticos mal controlados. Se identificaron mitos: daño cardíaco, dependencia, incremento de peso, alteraciones en el sistema nervioso y coeficiente intelectual; además las creencias: alteraciones de la conducta, efectos en el crecimiento y sistema osteomuscular. Se halló uso de plantas medicinales, técnica deficiente en uso inhaladores y preferencia por nebulizaciones. **Consideraciones finales:** Cuidadores poseen mitos y creencias sobre el tratamiento con inhaladores, también hallados en la literatura. Técnica deficiente en uso de inhaladores. Médicos coinciden en mencionar la mayoría de mitos, creencias y prácticas de sus pacientes. Los cuidadores de consulta particular tienen mejor conocimiento y control. El médico debe explicar y brindar la ayuda necesaria, mejorando la adherencia y control del asma.

PALABRAS CLAVE: Asma, grupos focales, análisis cualitativo. (Fuente: DeCS)

ABSTRACT

Objectives: To describe and analyze the myths, beliefs and practices of children's caregivers with asthma in relation to inhalers treatment in the province of Chiclayo - 2013. **Material and methods:** Qualitative study of explanatory perspective, based on grounded theory. Sampling theoretical saturation; focus groups and triangulation of information were made. Participants were 20 caregivers of asthmatic children in 4 focus groups and 7 pediatricians. The results were recorded, transcribed and categorized according to thematic analysis manually. **Results:** 55% of participants had children with poorly controlled asthma. Myths were identified: possible heart damage, dependency, weight gain, alterations in the nervous system and IQ; additionally, the following beliefs: behavioral changes, effects on growth and musculoskeletal system. Poor inhaler technique in use, concomitant use of medicinal plants and preference for nebulization was found. **Final considerations:** Caregivers have myths and beliefs about treatment with inhalers, also found in the literature. The technique in the use of inhalers was poor. Doctors agree mention most myths, beliefs and practices of their patients. Caregivers who attend the private practice know more about treatment and have better controlled their children. Doctors should explain, clarify and provide necessary assistance so that the adherence improves, achieving disease control of disease.

KEYWORDS: Asthma, myth, belief, focus groups, qualitative analysis

I. INTRODUCCIÓN

El asma es una enfermedad con alta prevalencia a nivel mundial (1-18%). Es la enfermedad crónica más frecuente en niños^(1,2). En el Perú existen 265 mil niños menores de cinco años con asma, ocupando el primer lugar en Latinoamérica y el sexto a nivel mundial. Los departamentos con mayor prevalencia son: Lima, Ucayali y Lambayeque⁽²⁻⁴⁾. En nuestro país se han implementado programas y protocolos para un adecuado control^(2,5).

El pilar del tratamiento farmacológico son los beta-agonistas de acción rápida para las exacerbaciones y los corticoides inhalados como terapia de mantenimiento. Sin embargo, la baja adherencia al tratamiento es frecuente. En Estados Unidos y Alemania la adherencia es menos del 50%^(6,7). Estudios demuestran que algunas causas de pobre adherencia son: miedo a efectos adversos, sensación de cambios de personalidad o despersonalización, miedo a ser percibido como “diferentes” por sus amigos o familiares, e impacto negativo sobre sus estilos

de vida^(1,6-8). Algunas de las creencias halladas en diferentes estudios son: “los inhaladores producen dependencia o adicción”, “los inhaladores pueden afectar o dañar el corazón”, “no es bueno usar los inhaladores por largo tiempo”^(3,6-11).

Los cuidadores de los niños con asma son los responsables del éxito de la terapia. En la consulta externa pública y privada se ha observado una elevada frecuencia de creencias y mitos en relación al uso de inhaladores en los cuidadores; ello podría afectar el cumplimiento de la terapia inhalatoria.

El objetivo del estudio fue identificar, conocer y explorar los mitos, creencias y prácticas relacionadas con el uso de inhaladores en cuidadores de niños con Asma de la provincia de Chiclayo durante el 2013.

II. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

1. ANTECEDENTES:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el asma como *“una enfermedad crónica que se caracteriza por ataques recurrentes de disnea y sibilancias, que varían en severidad y frecuencia de una persona a otra”*⁽¹²⁾. La Global Initiative For Asthma (GINA) la define como *“un desorden inflamatorio crónico de las vías respiratorias en el cual muchas células y elementos celulares juegan un rol. La inflamación crónica está asociado a hipersensibilidad bronquial que lleva a episodios recurrentes de sibilancias, disnea, opresión torácica y tos, particularmente por las noches o temprano en las mañanas”*^(1,12).

El asma es un problema a nivel mundial, ya que afecta a aproximadamente 300 millones de personas en todo el mundo, registrándose una prevalencia en el 2011 de 235 millones de personas cifra que va en aumento. La OMS ha estimado que aproximadamente 15 millones de años vida por discapacidad son perdidos anualmente debido al asma, representando el 1% de la carga de mortalidad mundial. ^(1, 2, 13,14).

La prevalencia del asma en América Latina es una de las más altas del mundo, en torno al 6 o 7%. Así, los países que se encuentran con mayor prevalencia de asma son: Perú, Brasil, Argentina, México y Chile ^(2,14).

El manejo del Asma ha mejorado notablemente en los últimos 50 años, en gran parte debido a la introducción de los corticosteroides inhalados en la década de 1980, agentes ahora considerados como la piedra angular de la terapia para el asma en adultos y niños. Sin embargo, la respuesta al tratamiento no solo dependerá de la disponibilidad y/o eficacia de los medicamentos, sino del uso y cumplimiento adecuado a la terapia inhalatoria ^(6,11,15-19).

Las causas del incumplimiento del tratamiento son multifactoriales y complejas. Estudios han identificado problemas como conflictos sociales, dificultad del uso de inhaladores, falta de comunicación, pobre responsabilidad, deficiente relación médico-paciente, efectos secundarios de la medicación, las creencias de los pacientes, los elementos psicosociales, el costo, la complejidad de la dosificación y el conocimiento sobre la enfermedad. Siendo el principal motivo de incumplimiento la preocupación por los efectos adversos de los inhaladores, no necesariamente relacionadas con experiencias propias, sino debido a experiencias del entorno social ^(6,7,9,10,20-24).

Un estudio realizado en el área Colombia logró identificar los siguientes mitos y creencias respecto al tratamiento con inhaladores en el asma: “los inhaladores pueden crear dependencia

o adicción”, “los inhaladores pueden afectar o dañar el corazón”, “no es bueno usar los inhaladores por mucho tiempo”, “después de una exacerbación de asma, una vez que la tos ha parado”, “el uso de inhaladores o cualquier otro medicamento debe ser suspendido”; “los medicamentos para el asma deberían ser administrados solo cuando los niños tienen síntomas”, “es mejor usar inhaladores sin aerocámara”, “es mejor ir a la emergencia si los síntomas son moderados”⁽⁹⁾.

Otras investigaciones registraron efectos adversos percibidos por los paciente en relación a la terapia inhalatoria: generación de dependencia, ganancia de peso, necesidad de dosis mayores, retraso en el crecimiento, inmunosupresión, osteoporosis, podría ser menos efectivo si se usa regularmente, influye negativamente en la vida del paciente, hace más daño que bien (6,8,10,17,20,22,25).

La preparación de profesionales de la salud debe hacer hincapié en el concepto de la colaboración con los pacientes para aumentar de esta manera el cumplimiento del tratamiento. El componente educación es clave, en este punto. El personal de salud deberá ser capaz de ayudar, tanto al paciente como al cuidador, a comprender la enfermedad y comenzar a dominar la terapia. La educación del paciente debe abordar y corregir las creencias y prácticas del paciente que pueda disminuir o entorpecer el cumplimiento del tratamiento.

2. BASE TEÓRICO-CIENTÍFICO

El tratamiento del asma incluye tanto medidas farmacológica como sanitarias, las cuales permitirán alcanzar un adecuado control clínico. La terapia farmacológica puede ser clasificado como terapia de mantenimiento y terapia de rescate^(1,3,5,12,14).

La terapia de mantenimiento debe ser tomada a diario a largo plazo principalmente para mantener el asma bajo un adecuado control clínico. Los glucocorticoides inhalados han

demostrado ser la mejor terapia disponible para el control del asma. La terapia de rescate, en cambio, es usada en crisis asmáticas, de manera que actúa rápidamente invirtiendo en la bronco-constricción y resolución de los síntomas ^(1,5).

La vía inhalatoria es la vía recomendada, por sus diferentes ventajas, ya que el medicamento es liberado directamente en el tracto respiratorio, produciendo concentraciones más altas a nivel local con menor riesgo de efectos secundarios sistémicos. Se ha demostrado que el uso de inhaladores acompañado por aerocámaras en todas las edades favorece el depósito a nivel pulmonar ya que disminuyen el depósito oro-faríngeo, permitiendo coordinar la respiración y desaceleran la droga ^(1,11,15,16,18).

A pesar de lo mencionado anteriormente, muchos son los factores que impiden un adecuado control en los pacientes, entre ellas, el incorrecto uso de los inhaladores, la falta de constancia, y, entre otras y motivo de este trabajo, la presencia de mitos y creencias en la población, así como la práctica de conductas debido a los mismos.

Aristóteles definía al hombre como “animal político”, y entre sus características los describía como un animal creador de mitos, Damasio también afirmaba que “el alma tiende hacia el mito”. Así, echando una mirada hacia el pasado y observar la sed humana de búsqueda de conocimiento, podríamos quedar convencidos que el mito ha sido, “no sólo refugio y consuelo para ansia existencial humana, sino también una palanca de elevación hacia el verdadero conocimiento”. En un sentido estrecho el mito es: “un producto de la fantasía, para cuya creación ésta recoge y lo compone, en nuevas estructuras, elementos extraídos de la memoria a fin de satisfacer una necesidad interior” y además “constituye una verdad que disfruta de aceptación social general” ⁽²⁶⁾.

Sin embargo un mito además de ser aceptado, debe ser creído, es decir, adoptado por la gente como verdad. Se hace necesario, entonces, conocer con exactitud la definición de creencia. La creencia “se relaciona con aquello que conocemos sin llegar a comprobar si es cierto o no, esto suele pasar con lo que conocemos por medio de informes o testimonio de otros” ⁽²⁷⁾.

En el caso del asma infantil, la persona que adopta el mito, la creencia y la práctica no es directamente el niño, si no de aquella persona que está a cargo de este, es decir un cuidador, tenga o no relación consanguínea de línea directa (padres). El cuidador “es la persona no profesional que ayuda a título principal, parcial o totalmente, a una persona de su entorno que presenta una situación de dependencia en lo que respecta a las actividades de la vida diaria. Esta ayuda regular puede ser proporcionada de modo permanente o no, y puede adoptar varias formas, particularmente: atención, cuidados, ayuda en educación y vida social, gestiones administrativas, coordinación, vigilancia permanente, apoyo psicológico, comunicación, actividades domésticas, etc. ⁽²⁸⁾.

III. MARCO METODOLÓGICO:

3.1 Tipo de investigación:

La metodología del estudio es de tipo Cualitativa, de perspectiva explicativa, con base en la teoría fundamentada.

3.2 Abordaje Metodológico

La Teoría Fundamentada permite explorar, a través del diálogo y los discursos expuestos por los participantes, a mayor profundidad el fenómeno social, identificando los mitos, prácticas y creencias de los cuidadores de los pacientes en tratamiento con terapia inhalatoria ⁽²⁹⁾.

3.3 Sujeto de Investigación

Mitos, creencias y prácticas de los cuidadores de niños con asma.

3.4 Escenario

El lugar donde se captó a los participantes fueron dos centros asistenciales de la provincia de Chiclayo: Hospital Nacional I Naylamp y una Clínica Particular. Los participantes fueron invitados a los ambientes de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo para el desarrollo de los grupos focales.

3.5 Instrumentos de recolección de datos

La información se obtuvo mediante:

- Ficha de datos sociodemográficos (Edad, sexo, grado de instrucción, centro de procedencia) (ANEXO N° 01)
- Escala de Evaluación Socio-Económica Versión Lambayecana (NSE-VL)⁽³⁰⁾.
- Test de Control de Asma (ACT) aplicado a los cuidadores de los niños.
- Guía de grupos focales: con 6 preguntas abiertas. (ANEXO N° 02)

3.6 Procedimiento

Se contactaron a 24 cuidadores, sólo 20 acudieron a las reuniones. Fueron captados mediante muestreo por conveniencia. El número de participantes fue determinado por saturación teórica. Se formaron cuatro grupos focales de cinco miembros cada uno, siendo la duración de cada sesión de 60 minutos. Los datos se recolectaron entre Mayo a Noviembre 2013. Se

contactó a 7 pediatras mediante correo electrónico en el que se les solicitó enumerasen las creencias y mitos observados en los cuidadores de los niños con asma durante su consulta.

Los participantes fueron contactados vía telefónica por los investigadores, informados sobre la investigación y en caso de aceptar participar, firmaron el consentimiento informado.

El moderador de los grupos focales fue un médico epidemiólogo; cada sesión fue grabada, transcrita y organizada en categorías, para finalmente hacer el análisis de contenido. Cada grupo focal fue designado con un código: FG (focal group) acompañado del número del grupo. En todos los grupos focales hubieron participantes de la práctica privada y de consulta externa del Hospital.

Una vez terminada la recolección de la información, se procedió a la transcripción, análisis e interpretación de los datos utilizando el método de asociación de contenidos y triangulación.

4.1 Análisis de datos

Gracias al uso de las metodologías cualitativas, se recogió la información obtenida de las reuniones, las cuales fueron grabadas, documentadas, y plasmadas en textos. Estos estuvieron constituidos por los significados e interpretaciones que los sujetos atribuyen a su vida cotidiana, ya sea de manera individual o en grupos, lo que se cristaliza y se detiene en el tiempo. Las entrevistas fueron analizadas de forma manual; el cual permitió ordenar e identificar las frases más importantes registradas durante las entrevista, y así a los extraer conclusiones sobre el fenómeno estudiado.

4.2 Criterios Éticos

El protocolo de investigación y el consentimiento informado fueron revisados y aprobados por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica

Santo Toribio de Mogrovejo y el Comité de Ética del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo.

A los participantes se les explicó la naturaleza y propósito del estudio, el anonimato de la información y que los resultados sólo fueron utilizados para su publicación. Se tuvo en cuenta las consideraciones respectivas durante todo el procedimiento: la información del estudio a realizar a los pacientes, detallado en la hoja informativa (ANEXO N° 03) y la aprobación del consentimiento informado del cuidador principal. (ANEXO N° 04).

IV. RESULTADOS

La población en estudio tuvo las siguientes características: el 90% de los cuidadores fueron mujeres. Según el NSE-VL, el 5% de los cuidadores poseía un nivel socioeconómico clase alta, 55% clase media, 25% clase baja-superior y 15% clase baja-inferior. El 80% de los cuidadores posee grado de instrucción superior. El 55% de los participantes tenían niños con asma mal controlada.

Se identificaron los mitos y creencias clasificados en las siguientes categorías:

I. APROXIMACIÓN AL CONCEPTO DE ASMA DESDE LA PERSPECTIVA DEL CUIDADOR

Los participantes afirmaron que el asma es una patología que afecta los bronquios, produciendo la sensación de falta de aire y posee un componente hereditario.

“El asma es un proceso de los bronquios que se llenan de flema y se obstruyen, es por eso que de ahí viene la dificultad para respirar” FG1

“El concepto que yo tengo del asma es que es una enfermedad que le agarra a las persona, que ahoga, empiezan a hacer el cuadro de asma y se les cierra el pecho, por ejemplo, a mi hijo se le cierran los bronquios y no puede respirar, empieza a silbarle el pecho” FG2

"que el asma es cuando los bronquios se cierran, que no puede respirar, y creo que tiene un factor hereditario." FG3

Respecto a la etiología, se mencionaron tres desencadenantes: alergia, infección y psicológico

“El asma es una enfermedad alérgica. Como por ejemplo, estar cerca a los perros, al día siguiente están tose y tose (...) o también a los ácaros, al polvo y al chocolate, que ocasiona que los bronquios se cierran” FG1

“El asma es una enfermedad, no es contagiosa, es una enfermedad que nace del resfrío”FG1

"Me hija ha tenido esas crisis cuando ha tenido cólera en la casa." FG4

Durante las sesiones, algunos participantes, expresaron que el asma es “una condición” refiriéndose con ello a “algo con lo que tienen que vivir” y que no es una enfermedad.

“Yo tenía una prima que sus hijas sufrían de bronquios, era bien pendiente, le daba al pie de la letra, hasta que las niñas han crecido y ya no tienen nada” FG1

“Es que la enfermedad es un mal que va a pasar, que lo puedes curar, pienso yo. Una condición es algo con lo que tienes que vivir” FG2

“No lo veo como una enfermedad en sí, sino lo veo como una condición que se puede manejar en medida que sepamos cómo hacerlo” FG2

II. MITOS Y CREENCIAS CON RESPECTO AL USO DE INHALADORES

Se logró identificar las siguientes categorías:

1. Producen alteraciones cardiacas: paro cardiaco

Los participantes relacionaron el uso de inhaladores con la producción de eventos cardiacos.

“Yo tengo un familiar que era asmático desde niño, estaba para casarse y se murió, le dio un paro cardiaco. El usaba inhaladores y de por vida (...)” FG1

“Y si tenemos por ejemplo (...) genes de sufrir del corazón y viene el salbutamol, podría producir un paro” FG1

“Yo tenía miedo, yo decía que le vaya a dar un ataque (al corazón), entonces ya no le daba” FG1

Dos de siete médicos, coincidieron en que los pacientes poseen este mito.

2. Causan dependencia

Otro mito comúnmente manifestado por los participantes fue el de asociar el uso de inhaladores con la producción de dependencia: a mayor uso, mayor requerimiento.

“Si tengo temor, porque si he escuchado que el inhalador puede generar dependencia” FG3

“Yo siempre he escuchado cosas malas de los inhaladores. A veces llegaban a mi casa y veían los inhaladores: ‘¡Uy, un inhalador! No le des, porque de ahí se acostumbra, va a vivir toda la vida con el inhalador, es adictivo’ ” FG1

Cuatro de siete médicos coincidieron en que los pacientes poseen este mito.

3. Producen alteraciones de la conducta

Los padres manifestaron que tras la administración del inhalador observaban cambios en el temperamento de sus hijos, o incluso estos mismos se lo manifestaban.

“Aparte que me decía que ya no quería. (Su hijo le mencionaba:) ‘Ya no quiero, me hace daño, me pongo más loco’ me decía muy hiperactivo” FG1

“Yo he escuchado del salbutamol altera los nervios, mi niño se pone muy nervioso. Te pone rabioso, de cólera” FG2

"Si nosotros consumimos ese producto, que son los inhaladores, tienen un químico empieza a trasformas a la persona psicológicamente, de repente el carácter de la persona lo hace que esté más agresivo, lo convierte en avidez de hacer las cosas, pero no positivo, sino negativas." FG4

Uno de siete médicos coincidieron en que los pacientes poseen este mito.

4. Impiden el crecimiento normal

“Yo también relaciono eso con el corticoide” FG2

“A mi si me lo han dicho, mi hija de por si es pequeña, entonces mi madre me dijo: ¿Por qué le estaba dando inhalador a la bebe? ‘Se va a quedar chiquita, entonces dale tratamiento para que crezca’ ”FG2

“Yo he observado que le duele mucho las pantorrillas. Yo había escuchado que afectaba el crecimiento” FG3

Tres de siete de los médicos coincidieron en que los pacientes poseen este mito.

5. Producen alteraciones osteomusculares

Se señalaba entre estas manifestaciones, afección ósea y dolor de extremidades:

“Lo que yo sé es que los corticoides alteran los huesos, no permiten la absorción del calcio, algo así (...) Y los huesos: le duele la rodilla, que cuando camina le duele” FG1

"Se descalcifican los huesos" FG4

Uno de los siete médicos coincidieron en que los pacientes poseen este mito.

6. Alteran el sistema nervioso

“Los corticoides dañan los nervios” FG1

“Tanto el salbutamol como el corticoide afectan el sistema nervioso” FG1

“Afecta al sistema nervioso y tengo familiares que han usado inhaladores desde pequeños, ahora tienen problemas del sistema nervioso, ellos parece que tuvieran Parkinson” FG1

Ningún médico mencionó haber identificado este mito entre los cuidadores de sus pacientes.

7. Producen sobrepeso u obesidad

“Mi hijo ya no quiere usar el salbutamol (...) piensa que se va a hinchar (...) y engordar”

FG1

Ningún médico mencionó haber identificado este mito.

8. Alteran el coeficiente intelectual

"No son los que rinden, les baja el potencial (intelectual)" FG4

“Altera el coeficiente (intelectual), pero después nos deteriora. Por eso yo pienso que sería recomendable, a nuestro paciente de asma, no solo decirle a acá esta inhalador sino saber que tanto está afectando su rendimiento”FG4

Ningún médico mencionó haber identificado este mito.

9. Generan asma

Los médicos creen que los cuidadores poseen este mito, sin embargo ningún participante lo mencionó durante el desarrollo de grupos focales:

"Su uso los vuelven asmáticos". (MD1)

“Creen que sus hijos se van a volver asmáticos” (MD3)

“El inhalador vuelve a los niños asmáticos” (MD4)

II. PRÁCTICAS REALIZADAS POR CUIDADORES DURANTE EL TRATAMIENTO DE ASMA

Las diferentes prácticas descritas por los participantes varían usando métodos farmacológicos así como métodos naturales por medio de remedios caseros.

1. Tratamiento médico: preventivo y de mantenimiento

El uso del salbutamol es usado de diferentes formas y en diferentes situaciones, sin embargo todos coinciden en que se debe usar en crisis.

"Si escuchaba silbido le daba salbutamol" FG1

"Eran los dos golpes cada tres horas, eso era que me decía la neumóloga. Cada tres horas durante tres días pero como decía la señora yo le daba durante un día o dos y de ahí paraba"

FG1

Otros referían que lo más adecuado era evitar los inhaladores y usarlo lo menos posible:

"Pero en el caso de mi hijo, como toda madre, no uso mucho el inhalador, pero cuando veo que su pecho ya empieza a silbarle, ahí es cuando uso." FG2

Sin embargo se identificó un participante que dijo que el tratamiento se da en todo momento de la enfermedad:

"El tratamiento es este o no esta con la crisis". FG1

Mientras que otros limitan a dicha acción solo al tratamiento preventivo:

"El tratamiento preventivo es esté o no con asma (...) Evita que los bronquios se llenen de flema, o sea los mantiene limpios" FG1

Un participante del estudio mencionó el apoyo tanto emocional como farmacológico, manteniendo en todo momento la calma:

"Lo primero que debo pedir es tranquilidad a mi hijo, porque si se desespera no va a servir utilizar el inhalador, luego apoyarla emocionalmente, hacerle inhalar y que no se

preocupe, que ya le va a pasar. Se usa 3 inhalaciones seguidas cada 15 a 20 minutos a ver si cedió y si no 3 más hasta que mejore" FG2

2. Tratamiento con remedios caseros

El empleo de remedios caseros a base de plantas medicinales, sustituye en muchos casos a los medicamentos.

"Una cura alternativa a lo que es la medicina, por ejemplo: el eucalipto, que realmente me sirvió durante un tiempo, le di bastante la verónica. Hervía el limón, le ponía a hervir unos tres limones y en esa agua ponía el asmachilca, el eucalipto y el matico y lo tomaba. (...) Le daba con un limón como un té, con mil de abeja." FG2

Otra alternativa manifestada consistió en el empleo combinado: tanto médico como remedios caseros:

"Por ejemplo yo les digo que no dejen el tratamiento del doctor pero que se pueden ayudar con cosas naturales (...) le recetó (un "médico" naturista) extracto de zanahoria, medio vaso de zanahoria en la noche y la mañana" FG1

3. Las nebulizaciones son más rápidos y efectivas

Participantes del estudio manifestaron que el tratamiento con nebulizaciones es mejor que con inhaladores.

"Las nebulizaciones son más rápidos y efectivas" FG2

Mientras que otros están de acuerdo con el uso de inhaladores en casa, pero a pesar de ellos manifiestan que el tratamiento con nebulización es más rápido y de mayor potencia:

"Me parece que efectivamente la nebulización puede utilizarse en casos de emergencia, probablemente llegue más rápido o los medicamentos que utilizan sean más fuertes, pero sí sé que por lo general cuando tu llegas a emergencia lo que hacen es nebulizarte. Por otro lado puede ser que los inhaladores sean de más fácil uso para hacerlo en casa pero quizá no sean tan fuertes y tan efectivos como la nebulización." FG2

Sólo 1 médico refirió haber identificado esta práctica entre sus pacientes.

V. DISCUSIÓN

Los participantes tienen una visión diferente de la enfermedad en relación a la del médico. Además del nivel de conocimiento del médico en el manejo de asma, el uso e interpretación adecuada de las guías de práctica clínica, la adherencia al tratamiento por parte de los pacientes y la existencia de un programa de control, es necesario tener en cuenta la cosmovisión del cuidador del paciente asmático en relación al tratamiento. Una buena relación médico-cuidador es esencial para el éxito del mismo^(6,11). Una visión paternalista del cuidador-paciente puede acarrear un mal control de la enfermedad.

Estudios demuestran que existe, en pacientes y cuidadores, un conocimiento parcial y particular de la enfermedad, con mitos y creencias que impiden un adecuado manejo^(6,7,11,24). Se considera mito aquello que es producto de la fantasía y tiene aceptación social⁽²⁶⁾ y creencia aquello que conocemos sin llegar a saber si es cierto o no⁽²⁷⁾.

Algunos entrevistados definieron el asma como una “condición”, no como enfermedad, considerándola curable. En una cohorte de niños en Australia (1994), halló que 25% de los sujetos entre 29 y 32 años no reportaron síntomas de asma en la edad adulta ⁽³²⁾. En una cohorte realizado por Strachan en Inglaterra (1996) demuestra que entre el 34 y 70% de los niños diagnosticados con asma, tendrán síntomas respiratorios en la edad adultez ⁽³³⁾.

No se comparó las creencias y mitos entre cuidadores de consulta privada y del Hospital Nacional, pues los grupos focales fueron mixtos. Sin embargo, impresiona que los del primer grupo se acercaron más al concepto médico y a un manejo adecuado.

Además de los factores genéticos y ambientales, el control del asma depende de la adherencia y de aspectos psíquicos y sociales^(1,6). Los participantes tuvieron opiniones negativas en relación a los inhaladores, opinión compartida por familiares y amigos. ^(1,6). Se halló opiniones negativas en relación a los inhaladores, opinión compartida por familiares y amigos. Estudios han demostrado que una perspectiva negativa sobre los inhaladores se asocia a una baja adherencia ^(6-10,17,20,21,24,25).

El temor de “daño cardiaco”, “paro cardiaco” o una aceleración de daño cardiaco en personas predispuestas, podría hacer que el cuidador, suspenda el tratamiento. Este mito y creencia se ha reportado en otros estudios latinoamericanos: Rodriguez-Martinez en Colombia (2008), Curbelo en Uruguay (2010) ^(9,33). Los beta agonistas aumentan la frecuencia cardiaca en forma leve, transitoria y frecuente ^(1,34). En un estudio caso-control en Nueva Zelanda (1989) se halló asociación entre el uso de beta agonistas de acción corta y mortalidad en asmáticos que habían sido hospitalizados durante el último año o que habían utilizado esteroides orales en el momento del ingreso, pero no se halló asociación entre muerte y daño cardiaco (35).

“El inhalador puede generar dependencia”. Este mito se ha descrito en otros estudios: Horne en el Reino Unido (2006) y Rodríguez-Martínez en Colombia (2008) ^(6,32). La mayoría de los pediatras coincidieron en que una opinión recurrente de sus pacientes refieren es que “son una droga, que una vez que los usan, ya no los podrán dejar” por lo que “se van a hacer dependientes” y que incluso “los vuelve asmáticos”. Los inhaladores no contienen drogas que generen dependencia a nivel del sistema nervioso central⁽¹⁾. Es habitual que los pacientes usen excesivamente fármacos de rescate, pues la mejoría de una crisis de asma tras su administración es significativa, y hagan uso insuficiente de los fármacos de mantenimiento ⁽⁶⁾, produciendo un periodo inter-crisis más corto y utilizando nuevamente los inhaladores de rescate, dando la impresión de dependencia y empeoramiento del asma ^(1,11,12,22,36). Además puede producir taquifilaxia y generar crisis graves⁽²¹⁾.

Los participantes opinaron que los inhaladores pueden alterar la conducta volviendo a sus niños hiperactivos e irritables, sólo un médico mencionó que sus pacientes refieren lo mismo. Gambel (2007) en el Reino Unido lo ha identificado en un estudio cualitativo ⁽²⁰⁾. Tasche en una revisión sistemática (2000) referenciada en el GINA describió casos aislados de hiperactividad con budesonida ⁽¹⁾. Mogensen (2011) identificó, en una cohorte de gemelos con asma, que éste grupo tenía 2,73 veces más riesgo de desarrollar trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), en comparación con gemelos sin asma (IC95%: 1,4-5) ⁽³⁷⁾. Blackman (2007) en un estudio transversal, halló que los asmáticos tienen mayor frecuencia de TDAH, trastorno del aprendizaje y trastorno de la conducta ⁽³⁸⁾ Un estudio en Inglaterra (2002) no halló asociación entre el salbutamol e hiperactividad ⁽³⁹⁾. Estos datos sugieren que puede coexistir una elevada frecuencia de asma y trastornos del desarrollo y del aprendizaje en nuestra población.

Los cuidadores creen que “*afecta el crecimiento*”, Boulet en Canadá (1998) identificó esta creencia en su estudio⁽²²⁾. Una revisión sistemática en 1996 en niños con asma leve y moderada persistente, halló una disminución significativa del crecimiento (hasta 0,4cm por año) incluso con dosis bajas de corticoides inhalados, principalmente durante el primer año de uso, disminuyendo su efecto los dos años siguientes⁽⁴⁰⁾. Sin embargo, el GINA reportó que Lipworth (1999) en una revisión sistemática, identificó que dosis de budesonide menores de 400 µg o su equivalente por día no afectan el crecimiento⁽¹⁾

Descalcificación, dolor o daño óseo, son creencias que preocupan a los cuidadores. Boulet en Canadá (1998) lo reportó en su estudio. Según el GINA, en una revisión sistemática de casos y controles de Weatherall en Nueva Zelanda (2008) no se ha demostrado un incremento estadísticamente significativo del riesgo de fracturas u osteoporosis⁽¹⁾. Sin embargo, Sin embargo, Kelly en Estados Unidos (2012) halló que el uso de altas dosis de beclometasona inhalado y corticoides orales genera disminución de la densidad ósea vertebral⁽⁴¹⁾.

Se identificó al sobrepeso u obesidad como probables complicaciones del tratamiento. Horne (2006) y Gamble (2007) en el Reino Unido y Rodríguez-Martínez en España (2008) han reportado esta creencia^(6,9,20). El tratamiento para una crisis severa incluye corticoides por vía oral; pero la duración de tratamiento es corta, por lo que no produce tales efectos adversos^(1,22).

Un cuidador mencionó que una complicación del tratamiento con inhaladores era “*el Parkinson*”. Éste mito no se ha encontrado en otros estudios. En un estudio experimental, se ha observado alteraciones en la microglía y aumento de los niveles de factor de necrosis tumoral en el cerebro de ratones con asma inducida, efecto contrarrestado por budesonida⁽⁴²⁾. El temblor al movimiento es un efecto frecuente del uso de beta-agonistas⁽¹⁾

Otro mito hallado fue que los inhaladores disminuían el “*coeficiente intelectual*”. Éste mito no se ha encontrado en otros estudios. No se ha hallado evidencia de alteraciones del coeficiente intelectual en niños con asma en relación a la enfermedad o al tratamiento.

Sobre las prácticas, ante una crisis de “*silbido de pecho*” los participantes recomendaban el uso de inhaladores o nebulizaciones. Al observar la rápida mejoría en emergencia, percibían que las nebulizaciones eran “*más rápidas y efectivas*”. Sin embargo, los inhaladores han demostrado tener la misma eficacia que las nebulizaciones ^(15,18).

Los cuidadores suspendían el tratamiento de mantenimiento a pesar de la indicación médica de uso prolongado. Rodríguez Martínez en Colombia (2009) identificó ésta práctica⁽⁹⁾. Los cuidadores que usaban de manera regular los inhaladores eran de consulta privada. La mayor cantidad de tiempo en la consulta y una mejor relación médico-paciente, puede contribuir a esta característica.

No se halló una técnica uniforme en el uso de inhaladores. Problemas en la comunicación entre cuidador y médico pueden contribuir a esta problemática. Rand (2002), Horne (2006) y Conn (2007) hallaron que el mal manejo del asma se debe, principalmente, a una deficiente relación médico-paciente^(6,8,10).

A pesar de que los pediatras conocen parte de los mitos y creencias de sus pacientes, las respuestas halladas, hacen pensar que la educación que brindan a los cuidadores no está cumpliendo sus objetivos

Durante los grupos focales se observó que varios cuidadores referían el uso de plantas medicinales. La OMS reporta que más del 80% de la población confían en el uso de plantas medicinales para resolver sus problemas de salud. En nuestro país, un 50% de la población emplea medicina natural para tratar el asma, con alta prevalencia en el norte^(43,44). La mayoría

de los participantes coincidieron en aceptar el uso de hierbas medicinales, tales como: eucalipto (*Eucalyptus sp*), asma chilca (*Eupatorium sp*), verónica (*Veronica sp*) y matico (*Piper aduncum*). Juergens en Alemania (2014) halló que el *Eucalyptus sp* genera cambios positivos en la función pulmonar y la reducción de dosis de esteroides orales ^(45,46). El *Eupatorium sp*, ha demostrado un aumento del factor de necrosis tumoral alfa (TNF- α) en suero y un aumento de las células CD4+ en el bazo de ratones experimentales, lo que repercutía en reparar el daño incurrido por la reacción inflamatoria, inhibe la expresión de citoquina IL-1B proinflamatoria y regula la producción de ciclooxigenasa 2 (COX2)⁽⁴⁸⁾. La *Veronica sp*, demostrado también efecto antiinflamatorio a nivel molecular(48). El *Piper aduncum* es un antagonista del activador plaquetario, el cual ha demostrado tener un rol en la etiología del asma(49). El eucalipto y el matico son las únicas plantas medicinales de las mencionadas registradas en el Índice de Plantas Medicinales del Perú demostrando su efecto beneficioso. Sin embargo una revisión sistemática concluye que no aún no existen recomendaciones y resultados claros en relación al uso de hierbas en el tratamiento del asma (50–52).

Los cuidadores comentaron que era muy importante brindar al niño apoyo emocional durante la exacerbación de la enfermedad. Los estresores psicológicos negativos actúan exacerbando la enfermedad, semanas después de su ocurrencia⁽⁵³⁾. El enfoque de la enfermedad debe hacerse considerando al paciente como una unidad bio-psico-social y teniendo presente la relación médico-cuidador-paciente. La salud mental de los padres y su calidad de vida son determinantes en el control de la enfermedad y son factores que deben explorarse para mejorar la adherencia y la calidad de vida de los pacientes.

Este estudio identificó algunos mitos, creencias y prácticas relacionadas a los inhaladores que deben considerarse durante la atención del niño con asma. Es recomendable que el médico

pregunte activamente a los cuidadores sobre estos mitos y creencias para explicar, aclarar y brindar la ayuda necesaria, de manera que la adherencia mejore, logrando un control de la enfermedad y la prevención de las exacerbaciones.

Este estudio tiene varias limitaciones.

Los participantes de los grupos focales no fueron categorizados de acuerdo al centro de procedencia: público o privado; tampoco fueron categorizados por nivel de control de asma, estado socioeconómico ni grado de instrucción. La heterogeneidad de los participantes es recomendable dentro de un grupo focal, pero idealmente deberían estar categorizados por alguna diferencia. Esto no fue posible por las dificultades en el muestreo consecutivo pues varios cuidadores decidieron no participar. Al haber personas con diferentes características en un mismo focal puede aumentar la riqueza de la discusión pero aumentar heterogeneidad de las respuestas. Sin embargo la saturación teórica se logró con 20 participantes.

VI. CONSIDERACIONES FINALES

Los cuidadores de niños con asma poseen mitos y creencias sobre el tratamiento con inhaladores que han sido reportados, en su mayoría, en la literatura, lo que sugiere que estos están presentes en realidades similares y diferentes a la nuestra.

La técnica descrita en el uso de los inhaladores fue deficiente.

Los médicos coinciden en mencionar la mayoría de los mitos, creencias y prácticas de sus pacientes.

No se evidenció un funcionamiento adecuado del Programa de Control de Asma del Hospital Nacional en estudio.

Impresiona que los cuidadores que acuden a la consulta particular conocen más acerca del tratamiento farmacológico de la enfermedad y tienen mejor controlados a sus niños.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. GINA [Internet]. [cited 2015 Jan 27]. Available from: <http://www.ginasthma.org/>
2. Lezana V, Arancibia JC. Consideraciones epidemiológicas del asma en Latinoamérica. *Neumol Pediatr*. 2006;45–8.
3. Neffen H, Fritscher C, Schacht FC, Levy G, Chiarella P, Soriano JB, et al. Asthma control in Latin America: the Asthma Insights and Reality in Latin America (AIRLA) survey. *Rev Panam Salud Pública Pan Am J Public Health*. 2005 Mar;17(3):191–7.
4. MINSA. Indicadores Semanales de Vigilancia Epidemiológica. Lima: MINSA; p. 405–6. Report No.: 18.
5. MINSA. Guía de Práctica Clínica de Asma en la Niño y el Niño [Internet]. 2006 Mar p. 68–86. Available from: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2006/RM291-2006.pdf>
6. Horne R. Compliance, adherence, and concordance: implications for asthma treatment. *Chest*. 2006 Jul;130(1 Suppl):65S – 72S.
7. Gillisen A. Patient's adherence in asthma. *J Physiol Pharmacol Off J Pol Physiol Soc*. 2007 Nov;58 Suppl 5(Pt 1):205–22.
8. Conn KM, Halterman JS, Lynch K, Cabana MD. The Impact of Parents' Medication Beliefs on Asthma Management. *Pediatrics*. 2007 Sep 1;120(3):e521–6.

9. Rodríguez-Martínez CE, Sossa MP, Castro-Rodríguez JA. Factors associated to recurrent visits to the emergency department for asthma exacerbations in children: implications for a health education programme. *Allergol Immunopathol (Madr)*. 2008 Apr;36(2):72–8.
10. Rand CS. Adherence to asthma therapy in the preschool child. *Allergy*. 2002;57 Suppl 74:48–57.
11. García M. Factores determinantes del éxito de la terapia con inhaladores de dosis medida en niños. *Neumol Pediatr*. 2010;100–3.
12. OMS | Asma [Internet]. WHO. [cited 2015 Jan 28]. Available from: <http://www.who.int/respiratory/asthma/es/>
13. Rodríguez CFV, Nava FV, Rodríguez EMV, González AHS, Perales GMM. BREVE ANÁLISIS DE LA PREVALENCIA Y TEORÍAS DEL INCREMENTO DEL ASMA. *Rev Electrónica Med Salud Soc*. 2012 Jan 1;2(2):13.
14. The Global Asthma Report 2014 [Internet]. The Union. [cited 2015 Feb 3]. Available from: <http://www.theunion.org/what-we-do/publications/technical/global-asthma-report>
15. Borges W, Burns D, Sarinho E, Guedes H, Pitchon R, Anderson MIP, et al. Asthma in childhood: drug therapy. *Rev Assoc Médica Bras*. 2011 Aug;57(4):369–76.
16. Amirav I, Newhouse MT. Aerosol therapy in infants and toddlers: past, present and future. *Expert Rev Respir Med*. 2008 Oct;2(5):597–605.
17. Zedan MM, Ezz El Regal M, A Osman E, E Fouda A. Steroid Phobia among Parents of Asthmatic Children: Myths and Truth. *Iran J Allergy Asthma Immunol*. 2010 Sep;9(3):163–8.
18. Osmond MH, Gazarian M, Henry RL, Clifford TJ, Tetzlaff J, PERC Spacer Study Group. Barriers to metered-dose inhaler/spacer use in Canadian pediatric emergency departments: a national survey. *Acad Emerg Med Off J Soc Acad Emerg Med*. 2007 Nov;14(11):1106–13.
19. Holding chambers (spacers) versus... [Cochrane Database Syst Rev. 2006] - PubMed - NCBI [Internet]. [cited 2013 Sep 6]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16625527>
20. Gamble J, Fitzsimons D, Lynes D, Heaney LG. Difficult asthma: people's perspectives on taking corticosteroid therapy. *J Clin Nurs*. 2007 Mar;16(3A):59–67.
21. Rau JL. Determinants of patient adherence to an aerosol regimen. *Respir Care*. 2005 Oct;50(10):1346–56; discussion 1357–9.
22. Boulet LP. Perception of the role and potential side effects of inhaled corticosteroids among asthmatic patients. *Chest*. 1998 Mar;113(3):587–92.
23. Burgess S, Sly P, Devadason S. Adherence with preventive medication in childhood asthma. *Pulm Med*. 2011;2011:973849.

24. Prasad R, Gupta R, Verma SK. A study on perception of patient about bronchial asthma. *Indian J Allergy Asthma Immunol.* 2003;17(2):85–7.
25. Curbelo N, Pinchak C, Gutiérrez S. Conocimiento del asma enfermedad por parte de los padres de niños asmáticos. *Arch Pediatría Urug.* 2010 Dec;81(4):225–30.
26. Vitsaxis V. *El mito: Punto de referencia en la búsqueda existencial.* 1st ed. España: Teseo; 2007.
27. Vicente L. *Palabras y creencias: Ensayo crítico acerca de la comunicación humana y de las creencias.* España: Ilustada; 1995.
28. Carta Europea del Cuidador Familiar [Internet]. [cited 2015 Feb 3]. Available from: <http://keyfora.com/es/content/carta-europea-del-cuidador-familiar>
29. Lévano ACS. Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos [Internet]. *Liberabit. Revista de Psicología.* 2007 [cited 2015 Feb 3]. Available from: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=68601309>
30. Romero OEV, Romero FMV. Evaluación del nivel socioeconómico: presentación de una escala adaptada en una población de Lambayeque. *Rev Cuerpo Méd Hosp Nac Almanzor Aguinaga Asenjo.* 2013;6(1):41–5.
31. Padilla J, Uceda M, Ziegler O, Lindo F, Herrera-Pérez E, Huicho L. Association between allergic rhinitis and asthma control in Peruvian school children: a cross-sectional study. *BioMed Res Int.* 2013;2013:861213.
32. Jenkins MA, Hopper JL, Bowes G, Carlin JB, Flander LB, Giles GG. Factors in childhood as predictors of asthma in adult life. *BMJ.* 1994 Jul 9;309(6947):90–3.
33. Strachan DP, Butland BK, Anderson HR. Incidence and prognosis of asthma and wheezing illness from early childhood to age 33 in a national British cohort. *BMJ.* 1996 May 11;312(7040):1195–9.
34. Aagaard L, Hansen EH. Paediatric adverse drug reactions following use of asthma medications in Europe from 2007 to 2011. *Int J Clin Pharm.* 2014 Dec;36(6):1222–9.
35. Crane J, Pearce N, Flatt A, Burgess C, Jackson R, Kwong T, et al. Prescribed fenoterol and death from asthma in New Zealand, 1981-83: case-control study. *Lancet.* 1989 Apr 29;1(8644):917–22.
36. Carlos Rodríguez Martínez MPS. Validación de un cuestionario de conocimientos acerca del asma entre padres o tutores de niños asmáticos. *Arch Bronconeumol Organo Of Soc Esp Neumol Cir Torácica SEPAR Asoc Latinoam Tórax ALAT ISSN 0300-2896 Vol 41 N° 8 2005 Pags 419-424.* 2005;
37. Mogensen N. Association between childhood asthma and ADHD symptoms in adolescence--a prospective population-based twin study. *Allergy.* 2011;66:1224–30.
38. Blackman JA. Developmental and behavioral comorbidities of asthma in children. *J Dev Behav Pediatr.* 2007;28(2):92–9.

39. Hadjikhouri I, Loader P, Bracken M, Milner AD. Bronchodilator therapy and hyperactivity in preschool children. *Arch Dis Child*. 2002 Mar;86(3):202–3.
40. Zhang L, Prietsch SO, Ducharme FM. Inhaled corticosteroids in children with persistent asthma: effects on growth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 1996 [cited 2015 Feb 2]. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009471.pub2/abstract>
41. Kelly HW. Effect of Inhaled Glucocorticoids in Childhood on Adult Height. 2012;367(10):904–12.
42. Xia M-X, Ding X, Qi J, Gu J, Hu G, Sun X-L. Inhaled budesonide protects against chronic asthma-induced neuroinflammation in mouse brain. *J Neuroimmunol*. 2014 Aug 15;273(1-2):53–7.
43. García Quijál M, Díaz Pita G. Efectividad de la fitoterapia en pacientes con asma bronquial. *Rev Cienc Médicas Pinar Río*. 2012 Feb;16(1):118–31.
44. Bussmann RW, Glenn A. Plantas medicinales utilizadas en Perú para el tratamiento de enfermedades respiratorias. *Rev Peru Biol*. 2010 Dec;17(3):331–46.
45. Juergens UR, Dethlefsen U, Steinkamp G, Gillissen A, Repges R, Vetter H. Anti-inflammatory activity of 1.8-cineol (eucalyptol) in bronchial asthma: a double-blind placebo-controlled trial. *Respir Med*. 2003 Mar;97(3):250–6.
46. Juergens UR. Anti-inflammatory properties of the monoterpene 1.8-cineole: current evidence for co-medication in inflammatory airway diseases. *Drug Res*. 2014 Dec;64(12):638–46.
47. Chakravarty AK, Mazumder T, Chatterjee SN. Anti-Inflammatory Potential of Ethanolic Leaf Extract of *Eupatorium adenophorum* Spreng. Through Alteration in Production of TNF- α , ROS and Expression of Certain Genes. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2011 Jun 16;2011:eneq033.
48. Gründemann C, Garcia-Käufer M, Sauer B, Stangenberg E, Könczöl M, Merfort I, et al. Traditionally used *Veronica officinalis* inhibits proinflammatory mediators via the NF- κ B signalling pathway in a human lung cell line. *J Ethnopharmacol*. 2013 Jan 9;145(1):118–26.
49. Singh P, Singh IN, Mondal SC, Singh L, Garg VK. Platelet-activating factor (PAF)-antagonists of natural origin. *Fitoterapia*. 2013 Jan;84:180–201.
50. Clark CE, Arnold E, Lasserson TJ, Wu T. Herbal interventions for chronic asthma in adults and children: a systematic review and meta-analysis. *Prim Care Respir J J Gen Pract Airw Group*. 2010 Dec;19(4):307–14.
51. Passalacqua G, Bousquet PJ, Carlsen K-H, Kemp J, Lockey RF, Niggemann B, et al. ARIA update: I--Systematic review of complementary and alternative medicine for rhinitis and asthma. *J Allergy Clin Immunol*. 2006 May;117(5):1054–62.
52. Huntley A, Ernst E. Herbal medicines for asthma: a systematic review. *Thorax*. 2000 Nov 1;55(11):925–9.

53. Sandberg S. The role of acute and chronic stress in asthma attacks in children. 2000;9234(356):982-7.

VIII. ANEXOS



UNIVERSIDAD CATÓLICA

SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO

Facultad de Medicina

Escuela de Medicina

ANEXO N° 01

FICHA EPIDEMIOLÓGICA

N° del Participante: _____

Edad	
Sexo	
Grado de Instrucción	
Nivel socioeconómico	
Lugar de procedencia	
Establecimiento de procedencia	
Uso de inhalador	
Control del asma	



UNIVERSIDAD CATÓLICA

SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO

Facultad de Medicina

Escuela de Medicina

ANEXO N° 02

GUIA DE GRUPOS FOCALES N°: _____

1. OBJETIVOS

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

- Conocer y analizar las formas de pensamiento de los cuidadores en relación a la terapia inhalatoria en los niños con asma de Chiclayo
- Conocer los mitos y creencias de cuidadores en relación al tratamiento con inhaladores de los niños con asma bronquial del distrito de Chiclayo.
- Identificar prácticas entre los cuidadores de niños con asma respecto al tratamiento con inhaladores.

2. IDENTIFICACIÓN DEL MODERADOR

NOMBRE DEL MODERADOR

NOMBRE DEL OBSERVADOR

- Beltrán Cabrera, Camilo Jesús
- Vela Pinedo, Silvia Patricia

3. PARTICIPANTES

LISTA DE PARTICIPANTES	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	

4. PREGUNTAS

GUÍA DE PREGUNTAS	
1	¿Qué entiende usted por asma?
2	¿Qué tratamiento utiliza para el asma?
3	¿Qué opina sobre el uso de inhaladores?
4	¿Cómo usas los inhaladores?
5	¿Qué problemas cree usted que puede surgir con el uso de inhaladores?
6	¿Qué opina su entorno (familiares y conocidos) sobre el uso de inhaladores?

5. PAUTAS DE CHEQUEO

CHEQUEAR ELEMENTOS PRESENTES EN EL GRUPO FOCAL	
1	Lugar adecuado en tamaño y acústica
2	Asistentes sentados en U
3	Moderador respeta tiempo para que los participantes desarrollen cada tema
4	Moderador escucha y utiliza la información que está siendo entregada.
5	¿Qué problemas cree usted que puede surgir con el uso de inhaladores
6	Se cumple con los objetivos planteados
7	Explica en un comienzo objetivos y metodología de la reunión a participantes
8	Permite que todos participen.
9	Reunión 60 minutos
10	Registra información: grabadoras
11	Refrigerios



UNIVERSIDAD CATÓLICA

SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO

Facultad de Medicina

Escuela de Medicina

ANEXO N° 03

HOJA INFORMATIVA

"Mitos, creencias y prácticas en cuidadores de niños con asma respecto al tratamiento con inhaladores"

La presente investigación es conducida por los estudiantes de la Facultad de Medicina Humana, Camilo Beltrán Cabrera y Patricia Vela Pinedo, y por el docente Franco León Jiménez y la dra. Rosa Díaz Manchay, ambos profesionales de salud y docentes de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. El objetivo principal planteado en el estudio es:

- Conocer los mitos, creencias y prácticas de cuidadores de niños con asma en relación al tratamiento con inhaladores en la provincia de Chiclayo.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder algunas preguntas durante un focus group, junto con un aproximado de 5 personas más y será grabado por audio para fines del estudio. Todo este proceso tomará aproximadamente 60 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Existe la posibilidad de publicación de los resultados el trabajo en revistas de investigación a nivel regional, nacional e internacional.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas. De tener dudas sobre este estudio, puede contactar a:

Camilo Beltrán Cabera

Telf: 942845545 Correo electrónico: c_jbc@hotmail.com

Patricia Vela Pinedo

Telf: 979980743 Correo electrónico: pattve02@live.com

Desde ya le agradecemos su participación.

Camilo Jesús Beltrán Cabrera
(Autor)

Silvia Patricia Vela Pinedo
(Autora)



UNIVERSIDAD CATÓLICA

SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO

Facultad de Medicina

Escuela de Medicina

ANEXO N^a 04

CONSENTIMIENTO INFORMADO

"Mitos, creencias y prácticas en cuidadores de niños con asma respecto al tratamiento con inhaladores"

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por estudiantes de medicina del 6° año de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. He sido debidamente informado (a) de los objetivos del estudio.

Se me han indicado también que tendré que responder preguntas en un focus group junto con un aproximado de 5 personas, donde intercambiaremos ideas, lo cual tomará 60 minutos aproximadamente y todo será grabado.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y anónima, así mismo, no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando

así lo decida, sin que esto ocasione problema alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a:

Camilo Beltrán Cabera

Telf: 942845545 Correo electrónico: c_jbc@hotmail.com

Patricia Vela Pinedo

Telf: 979980743 Correo electrónico: pattve02@live.com

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

Fecha: _____

N° de ficha epidemiológica: _____

Camilo Jesús Beltrán Cabrera
(Autor)

Silvia Patricia Vela Pinedo
(Autora)

