



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA ACADÉMICA DE ENFERMERÍA
ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA EN PEDIATRÍA**

ESTUDIO DE CASO

**AFRONTAMIENTO Y ADAPTACIÓN DE ESTRÉS EN UN NIÑO
ESCOLAR ANTE UNA CRISIS DE ASMA.**

para obtener el título de

Especialista en Enfermería Pediátrica

PRESENTA

L.E. María Martínez Barrera

No. Cuenta: 205554

Director de Tesis

Dra. en GEH. Ma. Luisa Sánchez Padilla

Co-Director

Dr. José Arias Rico

Comité tutorial

Mtra. Tania Catalina Chinchilla Salcedo

Dra. Esther Ramírez Moreno

Dra. Itzel Moreno Vite

MCE. Rosa María Baltazar Téllez

San Agustín, Tlaxiaca Hago. junio de 2024



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
AREA ACADEMICA DE ENFERMERÍA
ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA PEDIATRICA**

ESTUDIO DE CASO

**“AFRONTAMIENTO Y ADAPTACION DE ESTRÉS EN UN NIÑO
ESCOLAR ANTE UNA CRISIS DE ASMA”**

Presenta

L.E. María Martínez Barrera

A T E N T A M E N T E

**Pachuca Hgo, junio de 2024
“Amor, Orden y Progreso”**

Comité Tutorial

Presidente: Dra. en GEH. Ma. Luisa Sánchez Padilla

Secretario. Dr. José Arias Rico

Vocal 1. M.C.E. Rosa María Baltazar Téllez

Vocal 2. Dra. Itzel Moreno Vite

Vocal 3. Dra. Esther Ramírez Moreno

Suplentes: Mtra. Tania Catalina Chinchilla Salcedo

Dr. Diego Estrada Luna

Ex Hacienda la Concepción S/N. Pachuca, Hgo. Cp. 42160, Teléfono 7717172000 ext.
41525

Oficio de autorización



Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

Instituto de Ciencias de la Salud

School of Medical Sciences

Área Académica de Enfermería

Department of Nursing

Of.Núm.616/2024

Asunto: Autorización de impresión

Mtra. Ojuky del Rocío Islas Maldonado
Directora de Administración Escolar
PRESENTE.

El Comité tutorial del PROYECTO TERMINAL del programa educativo de posgrado titulado **AFRONTAMIENTO Y ADAPTACIÓN DE ESTRÉS EN UN NIÑO ESCOLAR ANTE UNA CRISIS DE ASMA**. Realizado por la sustentante **LE MARÍA MARTÍNEZ BARRERA** con número de cuenta **205554** perteneciente al programa de **ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA PEDIÁTRICA**, una vez que ha revisado, analizado y evaluado el documento recepcional de acuerdo a lo estipulado en el Artículo 110 del Reglamento de Estudios de Posgrado, tiene a bien extender la presente:

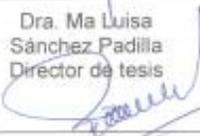
AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN

Por lo que la sustentante deberá cumplir los requisitos del Reglamento de Estudios de Posgrado y con lo establecido en el proceso de grado vigente.

Atentamente
"Amor, Orden y Progreso"
San Agustín Tlaxiaca, Hidalgo a 28 de mayo del 2024.

El Comité Tutorial

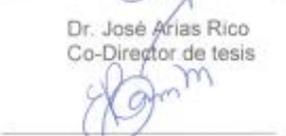

Dra. Ma Luisa
Sánchez Padilla
Director de tesis

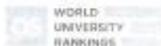

MCE. Rosa María
Baltazar Tellez
Miembro del comité




Dra. Itzel Moreno Vite
Miembro del comité


Dr. José Arias Rico
Co-Director de tesis


Dra. Esther Ramirez Moreno
Miembro del comité



Circuito ex-Hacienda La Concepción s/n
Carretera Pachuca Actopan, San Agustín
Tlaxiaca, Hidalgo, México. C.P. 42160
Teléfono: 52 (771) 71 720 00 Ext. 4323, 4324
enfermeria@uaeh.edu.mx

uaeh.edu.mx

Agradecimientos

Agradezco a dios, a mi esposo y familia por acompañarme en este camino siempre....

A mi esposo Oscar por apoyarme en todo momento

A mi papa por alentarme a no rendirme nunca

A mis hermanos y hermanas por motivarme a seguir adelante

A cada uno de los profesores de la escuela que me apoyaron y acompañaron en mi formación, me enseñaron a ser el profesional de enfermería que quiero ser.

Resumen

Introducción: Es importante reconocer la condición del niño con asma como enfermedad crónica de alta prevalencia y cómo esta desencadena circunstancias negativas para la persona como sujeto de cuidado y para su entorno. El asma es conocida como una enfermedad no transmisible y crónica, se prolonga en el tiempo cuyo curso puede incluir un periodo de seis meses en adelante. En la práctica se evidencia que estas enfermedades tienen un tratamiento, pero no son curables, lo cual resulta ser un indicador importante de salud pública y de impacto en los sistemas de salud. Las enfermedades respiratorias particularmente en un niño con problemas de asma o crisis asmática; se debe llevar un control de la enfermedad, y del estrés que pueda presentar en pediátrico en una fase de crisis asmática; para ello es importante identificar el nivel afrontamiento y adaptación como los conceptos centrales de esta investigación. **Objetivo:** evaluar el grado de afrontamiento y adaptación del paciente pediátrico ante el estrés en una crisis de asma. **Metodología:** Se trata de un caso clínico con diseño metodológico enfoque mixto, descriptivo y observacional del afrontamiento y adaptación del estrés en el niño escolar de 7 años ante una crisis de asma; además se utilizó el instrumento de Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación (EsCAPs) de Callista Roy; versión modificada en español para pacientes pediátricos. Se obtuvo el consentimiento informado para la presentación del caso y se utilizó el programa IBM SPSS Statistics versión 25 para la descripción de los datos cualitativos. **Resultados:** El sujeto de estudio presentó un nivel de afrontamiento y adaptación medio; presentó ansiedad al principio de la crisis de asma. Este hallazgo coincide con otras investigaciones publicadas, en donde se han presentado altos niveles de ansiedad derivada de las crisis de asma con baja capacidad de afrontamiento. **Conclusión:** El nivel de afrontamiento y estrés se relacionan con el nivel de adaptación al medio y de la importancia de la interacción de paciente-enfermera, con un abordaje integral enfocado en la protección de la salud mental en los pacientes pediátricos que presentan afrontamiento de estrés ante una crisis asmática.

Palabras clave: crisis asmática, estudio de caso, escolar.

Abstract

Introduction: It is important to recognize the condition of a child with asthma as a highly prevalent chronic disease and how it triggers negative circumstances for the person as a subject of care and for their environment. Asthma is known as a non-communicable and chronic disease, it lasts over time and its course can include a period of six months or more. In practice, it is evident that these diseases have a treatment, but are not curable, which turns out to be an important indicator of public health and impact on health systems. Respiratory diseases, particularly in a child with asthma problems or asthma attacks; The disease must be monitored, as well as the stress that it may present in pediatric patients during an asthmatic crisis phase; For this, it is important to identify the level of coping and adaptation as the central concepts of this research. **Objective:** to evaluate the degree of coping and adaptation of the pediatric patient to stress in an asthma crisis. **Methodology:** This is a clinical case with a mixed methodological design, descriptive and observational approach to coping and adapting to stress in a 7-year-old school child in the face of an asthma attack; In addition, Callista Roy's Coping and Adaptation Process Measurement Scale (EsCAPs) instrument was used; modified version in Spanish for pediatric patients. Informed consent was obtained for the presentation of the case and the IBM SPSS Statistics version 25 program was used to describe the data. **Results:** The study subject presented a medium level of coping and adaptation; She presented anxiety at the beginning of the asthma attack. This finding coincides with other published research, where high levels of anxiety derived from asthma attacks with low coping capacity have been presented. **Conclusion:** The level of coping and stress has to do with the level of adaptation to the environment and the importance of the patient-nurse interaction, with a comprehensive approach focused on the protection of mental health in pediatric patients who present with coping. stress in the face of an asthma attack.

Keywords: asthmatic crisis, case study, school.

Índice

Capítulo 1. Introducción.....	1
1.1. Introducción	1
1.2 Justificación	5
1.3 Planteamiento del problema.....	9
1.4 Pregunta de investigación	11
1.5 Objetivos	11
1.5.1 Objetivo general	11
1.5.2 Objetivos específicos	11
1.6 Marco referencial.....	11
1.7 Marco Teórico Conceptual	16
1.7.1 Modelo de adaptación de Roy en la comprensión del fenómeno del asma en la niñez	16
1.7.2 Definición de niño escolar.	19
1.7.3 El asma como enfermedad crónica	20
1.7.4 El nivel de estrés y el asma en la infancia	24
1.7.5 Afrontamiento y asma.	26
1.7.6 Afrontamiento y adaptación.....	27
1.7.7 Características del proceso de atención como parte primordial de enfermería. .	30
1.7.8 Modelo de afrontamiento y adaptación de Callista Roy.....	32
Capítulo 2 Metodología.....	34
2.1 Diseño de caso de estudio.....	34
2.2 Límites de tiempo y espacio	34
2.3 Procedimiento para la recolección de datos	34
2.4 Instrumento de medición	36
2.5 Consideraciones éticas	41
Capítulo 3. Resultados.....	42
3.1 Resultados	42
3.2 Historial Clínico de enfermería	42

3.3 Nivel de afrontamiento.	44
3.4 Evolución clínica del paciente durante su hospitalización y egreso.	47
Capítulo 4 Discusión	49
4.1 Discusión	49
4.2 Conclusiones	51
4.3 Sugerencias	53
Bibliografía	55
Apéndice No. 1 Le General de Salud	64
Apéndice No.2 Declaración de Helsinki de la Asociación Mundial	67
Apéndice No. 3 Consentimiento informado	71
Apéndice No. 4 Escala de medición de proceso de afrontamiento y adaptación	72
Apéndice No. 5 Fotografías del estudio de caso	74
Apéndice No. 6 Comprobación de no plagio	75

Índice de tablas y figuras

No.	Descripción	Pág.
Figura 1	Relación del Modelo de Adaptación de Roy con la TRM de Adaptación en Condiciones Crónicas de Salud.	17
Figura 2	Representación esquemática de los niveles de adaptación según Roy	18
Tabla 1	Puntuación pulmonar para la valoración clínica de la crisis de asma.	23
Tabla 2	Valoración global de la gravedad de la crisis integrando Puntuación Pulmonar y la saturación de oxígeno por pulsioximetría	23
Tabla 3	Escala Pram Asma.	24
Figura 3	Representación del proceso de afrontamiento.	29
Figura 4	Recuperación de la salud mental basada en la persona.	31
Tabla 4	Conceptualización de los grados de capacidad, estilos y dominios de las estrategias de afrontamiento	33
Figura 5	Proceso de recolección de datos	35
Tabla 5	Escala de medición de proceso de afrontamiento y adaptación	37
Tabla 6	Distribución de los intervalos para evaluar grado de capacidad de afrontamiento y por factores y global.	40
Tabla 7	Resultados de la medición del proceso de afrontamiento y adaptación	44

Índice de abreviaturas

Sinónimos y abreviaturas	Definición
CAPS	Coping Adaptation Processing Scale
OMS	Organización Mundial de la Salud
EsCAPs	Escala del Proceso de Afrontamiento y Adaptación de Roy
RAM	Modelo de adaptación de Roy, versión modificada en español.
NAQK	Newcastle Asthman Knowledge Questionnaire
TRM	Teoría de Rango Medio
SpO2	Saturación de oxígeno
PS	Pulmonary Score
AINES	Antinflamatorios no esteroideos
mg	Miligramos
kg	kilogramos
mcg	microgramos
MNB	Micronebulizaciones
IgE	Inmunoglobulina E
Rx	Radiografía
Fc	Frecuencia cardiaca

Capítulo 1. Introducción

1.1. Introducción

En este apartado se puede identificar a través de un caso de estudio el fenómeno de interés y su pertinencia al realizar un estudio para la disciplina de Enfermería con especialidad en Pediatría. Con esto se logra exponer con los datos epidemiológicos a nivel mundial y nacional cómo se comporta el asma en el paciente pediátrico. Con la inestabilidad de factores como el sociocultural, el académico y el económico que esta condición desencadena en el paciente y su familia, se puede describir el estilo de afrontamiento que este usa para sobrellevar la enfermedad. En el mundo se han planteado diferentes políticas y programas de promoción, prevención e intervención para el manejo del paciente crónico, pero el “alcance del sistema de salud, su cobertura y el financiamiento incorporan obstáculos para el control de la enfermedad crónica” (Martínez González ,2020)

Es trascendental identificar que la atención en salud es abordada por profesionales de diferentes disciplinas, pero la orientación está encaminada al componente biológico y físico. La Enfermería con orientación en el cuidado holístico y de filosofía humanística (Castillo Lobos ,2021) es la disciplina que debe conocer, describir y relacionar de manera comprensiva y precisa el afrontamiento y el estrés que un niño experimenta y asume, en particular cuando padece de asma, no hay control de su enfermedad o no logra la adaptación.

Es importante reconocer la condición del niño con asma como enfermedad crónica de alta prevalencia y cómo esta desencadena circunstancias negativas para la persona como sujeto de cuidado y para su entorno. El asma es conocida como una enfermedad no transmisible y crónica, se prolonga en el tiempo cuyo curso puede incluir un periodo de seis meses en adelante (OMS, 2024). En la práctica se evidencia que estas enfermedades tienen un tratamiento, pero no son curables, lo

cual resulta ser un indicador importante de salud pública y de impacto en los sistemas de salud.

Como apreciaciones de la Organización Mundial de la Salud de 2004, aproximadamente doscientos treinta y millones de personas sobrellevan el asma y otros 70 millones sufren rinitis alérgica; en Colombia, 1.486 niños entre los cinco y 17 años presentan síntomas de asma, con mayor prevalencia en la mujer. En la ciudad de Bogotá (Ministerio de Salud, 2024) las cifras también son significativas, ya que para el año 2001 el asma en la población infantil fue de 8,1 % y la prevalencia de la sintomatología del asma deja ver que la población infantil entre uno y cuatro años fueron los más afectados.

Estos resultados estimulan a encaminar investigaciones y estrategias de cuidado e intervención específica. Los datos epidemiológicos soportan la importancia de esta condición patológica, aún más cuando se tiene previsto un aumento del 20%, aproximadamente para el 2030, de los pacientes con asma en el mundo. De ahí que sean necesarias medidas inmediatas para su control (OMS, 2024). Infortunadamente, esta enfermedad puede presentar complicaciones y desencadenar la muerte de los niños en familias de pocos recursos y en países subdesarrollados (OMS, 2014).

El conjunto de los síntomas inicia en la infancia, lo que desliga significativas variaciones en la dinámica familiar, social, escolar, psicológica, económica y cultural del niño; en otras palabras, “inquieta la extensión física, psicoemocional, intelectual, social y espiritual”; “El impacto de la enfermedad trasciende desde la calidad y la cantidad de vida para cada persona, hasta un impacto sociocultural, financiero y político”. (Flores Pérez ,2019).

Existe una categorización que hace referencia al cuidado de los pacientes que padecen una enfermedad crónica: 1) “Las que deben cambiar su forma de vida para

optimizar su pronóstico”, 2) “las que poseen dolor, limitación o mutilación”, 3) “las que afrontan limitación social” y 4) “las que afrontan de manera cercana el temor de morir” (Flores Perez,2019). El niño con asma se ve condicionado a modificar algunas condiciones de vida y de esta manera lograr un nivel de adaptación a la situación de enfermedad que experimenta.

Es significativo para el sistema de salud comprender que la enfermedad crónica representa dificultades financieras para la dinámica familiar y la sociedad. Por ejemplo, los sistemas de salud en Centroamérica ofrecen “dos maneras de atender al paciente: la formal y la informal”. La primera se define por la presencia de servicios de salud que actúan durante el tiempo agudo de la enfermedad, que incrementan los costos hospitalarios, mientras que la fase informal se encarga de atender la etapa en la que los síntomas están controlados (Cheung, 2014).

En este argumento se involucran la familia y el medio social, como el trabajo y la escuela, que se ven impactados de manera negativa por el padecimiento, tal como lo señala la OMS: “Se prevé que el rápido aumento de la enfermedad crónica será un obstáculo para las iniciativas de reducción de la pobreza en los países de ingresos bajos, en particular porque dispararán los gastos familiares por la vigilancia sanitaria” (OMS, 2024).

Los estudios epidemiológicos del asma que se han perfeccionado en el mundo muestran que existen factores protectores o de peligro que favorecen la presencia de síntomas respiratorios o el diagnóstico del asma. No es posible establecer los elementos aplicables a esta enfermedad, ya que el curso de la enfermedad puede variar según las situaciones geográficas, la influencia genética, las condiciones ambientales y/o sociales, entre otros. Es así como surge la necesidad de enmarcar el niño con asma en la evaluación de la conducta de los factores sociodemográficos y de salud, y crean sus relaciones. Por ejemplo, algunos estudios ya describen que

los factores ambientales representan una mayor influencia o riesgo en el niño con asma que el mismo componente genético (Crespo, 2015).

Por otro lado, algunos autores mencionan que la familia o cuidadores representan un rol crucial en el cuidado del niño con asma, son los principales proveedores de cuidado, pero se manifiestan diversas dificultades: escasa disponibilidad de tiempo, malos hábitos (tabaquismo), pobre red de apoyo, madres solteras, familias jóvenes, barreras de acceso al sistema de salud (sub diagnóstico), desconocimiento de la enfermedad, creencias, restricción en las actividades (Bazán-Riverón. 2014).

Se debe reconocer que el estrés es un estado del ser humano expresado de manera frecuente y que se puede presentar ante la exposición a una situación nueva o por una que no se logre controlar o afrontar. Se han realizado estudios en los que se analiza la prevalencia del estrés en algunos contextos. Por ejemplo, en Canadá se aplicó un instrumento y Barraza que a l concluye que el 58 % de los niños manifestaban estrés previo a la presentación de un examen de conocimiento (Maturana & Vargas, 2015).

En otra de las investigaciones realizadas, en Centro América se definió que el 54% de los niños escolares en Chile (n=1091) presentaban algún nivel de estrés frente a las actividades escolares de alta demanda (Maturana, 2015). En Colombia, en el 2005 se determinó que el trastorno por estrés postraumático afecta 19 veces más a la población infantil expuesta en conflictos bélicos o terrorismo (Pérez. 2015).

Es posible que una persona con estrés no se permita hallar bienestar en su diario vivir y de esta forma su desempeño escolar, cultural, social y familiar se vea afectado. En ello podría intervenir una buena comunicación con sus pares o la adaptación a su medio, y de ahí la necesidad de distinguir si esta condición emocional puede interferir en el cambio físico o en su salud.

Se debe partir de la jerarquía y la necesidad de comprender la relación entre el estado emocional o conductual y el físico de un niño. Se debe presta atención que el niño escolar se encuentra inmerso en situaciones estresantes de condición cotidiana que pueden afectar su estado de salud, la familia, el argumento o ambiente en el que se encuentra inmerso son algunos factores que desencadenan una serie de conductas o emociones que puede percibir como negativas, tanto la familia como el niño; el sistema de salud y la formación académica de algunos programas de salud no se encuentran en capacidad de atender estas condiciones desde la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, en las que se observa al ser humano como un todo.

1.2 Justificación

El niño con asma, el control de la enfermedad, el estrés y el afrontamiento son los conceptos centrales de esta investigación. Es inevitable conocer cómo son descritos por los autores y diferenciar la connotación que se les asignará para este estudio.

En los últimos años, algunas disciplinas han decidido abordar las variables psicopatológicas y comportamentales del ser humano, factores que pueden exacerbar la enfermedad. Se destacan investigaciones interesadas en identificar y describir las condiciones desencadenantes del estrés y sus consecuencias en las dimensiones del ser humano (Maturana & Vargas, 2015).

Por otro lado, en la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce que el asma tiene una gran importancia para la salud pública. Según la OMS se estima que, en 2019, el asma afectó a 262 millones de personas y causó 461 mil muertes¹. En el año 2020 en México, el asma se ubicó dentro de las primeras 20 causas de

¹ Iniciativa Mundial para el Asma (GINA). Día Mundial del Asma. Disponible en: <https://ginasthma.org/world-asthma-day-2022/>

enfermedad, y del total de casos registrados, cerca del 24% se presentó en el grupo de 5 a 14 años de edad².

En nuestro país, se ha reportado una gran variación en la prevalencia del asma en diversas ciudades de la república, reportando una prevalencia promedio del 8% a nivel nacional, y una mayor prevalencia en las ciudades cercanas al Golfo de México. Estudios realizados por investigadores de Instituto Nacional de Salud Pública indican que, durante la niñez, el asma es más frecuente en los hombres, y conforme se incrementa la edad, sobre todo en la adolescencia y la adultez, la frecuencia se presenta mayormente en mujeres³

Desde el área de las ciencias humanas, Lazarus y Folkman (1984) han sido los primeros en describir y evaluar el afrontamiento en el ser humano: señalan que existen dos formas en las que este se puede presentar, los estilos encaminados a solucionar el problema y los dirigidos a la emoción. De otro lado, la teórica de enfermería Callista Roy concibe que el “afrontamiento resulta de los esfuerzos comportamentales y cognitivos que realiza una persona para atender las demandas y mantener sus procesos vitales y su integridad” (Galiano Subia. 2024).

La búsqueda en la literatura permite determinar que las investigaciones se orientan al estudio del afrontamiento de los padres con hijos que sobrellevan alguna enfermedad, del equipo de salud ante situaciones complejas de vida-muerte, de estrategias de afrontamiento en pacientes adultos con enfermedades crónicas y de algunas descripciones del afrontamiento que asumen los niños en general; los resultados muestran que el “afrontamiento funcional puede relacionarse con la calidad de vida positiva” (Navarrete Luco, I. I. 2024).

² Anuario de Morbilidad 1984 – 2020. 20 principales causas de enfermedad nacional. Disponible en: https://epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/principales_nacional.html

³ Barraza Villareal A. Asma infantil: un importante problema de salud pública. Academia de Ciencias de Morelos A.C. Lunes 22 de enero de 2018.

Otras indagaciones evidencian que las madres y enfermeras asumen un afrontamiento que se enfoca en las emociones, que se puede relacionar con la intensidad de los síntomas del sujeto de cuidado (Paredes Manrique, J. L. 2024).

Los estudios fueron desarrollados por el área de psicología, lo que resulta ser un poco inquietante debido a que en el ámbito clínico y comunitario es el profesional de enfermería quien podría investigar y generar un mayor conocimiento ya que en su rol identifica, acompaña, guía, orienta e interviene en las situaciones estresantes que se experimentan a diario. Además, es quien contribuye al proceso de afrontamiento de los padres y de los pacientes, así que resulta ser un reto trabajar desde la disciplina de Enfermería este fenómeno de interés.

El asma tiene un impacto sobre la calidad de vida de las personas y en el proceso de construcción del autoconcepto del niño, se ve reflejado en las actitudes negativas frente la enfermedad” (Zubiría, 2004). Durante la revisión de la literatura para este texto, no se hallaron estudios de tipo cuantitativo que describan la correlación entre las tres variables: asma en el niño, estrés y afrontamiento desde la visión y perspectiva de este sujeto de cuidado pediátrico. Con este estudio se pretende aportar a la confirmación de los postulados de la Teoría de Mediano Rango de Adaptación en Condiciones Crónicas de Salud (Buckner & Hayden, 2014), estos se encuentran definidos por las autoras como se presentan a continuación:

- Los procesos adaptativos en condiciones crónicas de salud incluyen ser empoderado, aceptar cambios, buscar apoyo social, resolver problemas, autoeficacia y tomar responsabilidad para la autogestión.
- Todos los dominios (fisiológicos, autoconcepto, función e interdependencia) que se ven afectados en las condiciones de salud crónicas requieren que los individuos interactúen con los demás en el modo de interdependencia.

-
- Una mayor adaptación se asocia con un mayor apoyo social, más recursos y un afrontamiento más eficaz, una menor adaptación se relaciona con mayores problemas percibidos.
 - Los tratamientos representan un factor estresante importante en la adaptación a condiciones crónicas.
 - Las percepciones cambian con el tiempo y reflejan la reevaluación que resulta en la normalidad.
 - El tratamiento y la adherencia están inversamente relacionados.
 - Las intervenciones de enfermería pueden funcionar como un proceso adaptativo primario con una mejor capacidad funcional (estabilización, control de síntomas).
 - Las intervenciones de enfermería de educación y apoyo social son esenciales para la adaptación en varios modos, construyendo conocimiento, autoestima y empoderamiento.
 - Con el inicio de una enfermedad crónica y / o síntomas se inicia la respuesta adaptativa.
 - El empoderamiento es la evidencia o la coherencia del rol y la auto integración en la adaptación a las condiciones crónicas.

En la visión humanista del cuidado desde la enfermería, el ser humano se comprende, precisamente, desde la filosofía del cuidado, que comprende una atención holística y deja de lado el modelo biomédico y curativo que se ofrece comúnmente. Esta visión se convierte para la enfermería en su razón moral y humana del cuidado (Pérez Rodríguez, 2019).

El niño con asma reacciona de diversos modos, dependiendo del ambiente en el que se encuentra inmerso. Este estudio enmarca al paciente pediátrico como un ser holístico, que interactúa, como una entidad integrada, organizada, no reducible a partes (Pedraza, P. P. 2016).

Debido a su corta edad, es receptivo y puede ser orientado para afrontar su enfermedad, así como modificar los factores y el contexto en el que se desarrolla a través de un pensamiento concreto. Es importante señalar que el niño de los 6 a los 12 años es visto como un ser humano capaz de percibir experiencias, comunicarlas y establecer una relación empática con los profesionales de la salud. Este sujeto de cuidado se encuentra inmerso en una condición patológica crónica y en algunas circunstancias debe asumir un estilo de afrontamiento para asumir esas situaciones agudas propias de la enfermedad, la exacerbación de síntomas, hospitalizaciones, tratamientos, y limitaciones sociales, académicas, recreativas, familiares, entre otras.

1.3 Planteamiento del problema

Esta misma responsabilidad debe asumirla el profesional de enfermería, valorando el ambiente en el que se encuentra inmerso el niño con asma pues este representa posibles dificultades para asumir una situación de salud. Así, la salud debe ser comprendida como el “sentimiento de bienestar, comodidad física y mental donde se da un equilibrio, un nivel máximo de adaptación al entorno” (Sarabia. 2021).

Es importante ir más allá de lo visible, se deben evaluar sentimientos, emociones y aptitudes de los niños, a la vez que incluir a la familia o sus cuidadores; todo para ofrecerle un cuidado individualizado y aportarle al proceso de adaptación frente a una situación crónica de salud. Desde esta perspectiva, la enfermería como disciplina humanística (Martínez González. 2020) se ubica en una relación bidireccional de la comunicación que siempre está en la búsqueda de estrategias de afrontamiento dirigidas al niño.

La habilidad y experticia del experto son requisitos inherentes a la profesión para cumplir los objetivos de la investigación. Como lo menciona Roy en su teoría de la adaptación, la “atención de enfermería es requerida cuando la persona gasta más

energía en el afrontamiento, dejando muy poca energía para el logro de las metas de supervivencia y crecimiento” (Roy, 2019), también indica que “las respuestas adaptativas son respuestas que favorecen la integridad de la persona en términos de metas de supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio” (Marriner, 2017).

Para la disciplina, este estudio representa un avance en la investigación, un soporte teórico–práctico en el momento de evaluar y describir aspectos específicos en la población infantil; permite conocer factores determinantes o de riesgo psicopatológico influyentes en el control de la enfermedad, fortalece el cuerpo de conocimiento de la salud clínica y comunitaria, así como aporta tanto a la identidad como la autonomía de la profesión.

Es importante suplir la necesidad de un acercamiento y una evaluación integral del niño con asma, una en la que la vivencia y la experiencia se transformen en herramientas de trabajo para la investigación, una forma en la que el cuidado de la salud humana trascienda. Así mismo, se motiva e invita a la producción más frecuente de estudios dirigidos a los niños en diversas condiciones, a la creación de estrategias, instrumentos e intervenciones para el cuidado, desde una visión con enfoque holístico.

El niño con enfermedad crónica (asma) se encuentra inmerso en un contexto que incluye algunos estresores cotidianos que se pueden presentar desde el ámbito familiar, escolar o de salud. Estos pueden afectar el modo en el que se afronta la situación de salud–enfermedad y hacer desencadenar una exacerbación o crisis de la enfermedad, esto reflejado como un manejo inadecuado del asma que no permite alcanzar la adaptación. Es determinante, entonces, establecer las relaciones de los tres conceptos: estrés, afrontamiento y control del asma, particularmente en el caso de estudio donde se pretende afrontamiento ante el estrés en el niño escolar 7 años con crisis de asma.

1.4 Pregunta de investigación

¿Cómo afronta el estrés el niño escolar de 7 años con crisis asmática?

1.5 Objetivos

1.5.1 Objetivo general

Evaluar el grado de afrontamiento y adaptación del paciente pediátrico ante el estrés en una crisis de asma.

1.5.2 Objetivos específicos

- Conocer los niveles de estrés del paciente ante la crisis asmática
- Identificar el proceso de disminución de estrés del paciente ante la crisis asmática.
- Describir el estudio de caso del sujeto de investigación.

1.6 Marco referencial

García en el año 2017 publicó un estudio que realizó descriptivo y transversal de 50 padres de niños asmáticos que fueron remitidos por primera vez a consulta de alergología del Hospital Infantil Docente Sur “Dr., Antonio María Bagues Cesar”; con sede en Santiago de Cuba; inició su estudio desde el mes de octubre del 2012 hasta septiembre del 2013; con la finalidad de determinar sus conocimientos sobre el asma bronquial; para lo cual, les realizó una encuesta exploratoria, de escala tipo Likert con 17 preguntas divididas en 3 rubros; a) la identificación de factores de riesgo (cualquier circunstancia o situación que eleva las probabilidades de que una persona sufra asma); b) evolución de los paciente y c) determinación del grado de conocimiento sobre asma, que tienen los padres de los pacientes asmáticos; con la

aplicación del cuestionario validado por la población hispano parlante (Concepción García. 2017).

Luego de procesar la información se identificaron 72 pacientes con una crisis asmática; sin embargo, algunos padres no aceptaron participar y en otros casos ninguno era cuidador primario; en total se aplicó el total de 52 cuestionarios a padres de pacientes que acudieron con una crisis asmáticas; donde se obtuvo la siguiente información, donde el análisis del grado de conocimiento de los padres que tenían pacientes con crisis de asma fueron 56.7% respecto a los 3 factores; en el factor a) fue de 20.6% en el factor b) fue de 23.2% y en el factor c) fue del 12.9%; llegando a la conclusión de que existió un predominio en los padres jóvenes con conocimientos inadecuados sobre la enfermedad; principalmente en cuanto a las medidas para evitar la crisis de asma bronquial y sus agentes desencadenantes y manifestaciones clínicas; además de los factores ambientales intradomiciliarios que las condicionan y el objetivo de tratamiento que tenían los niños asmáticos (Concepción García. 2017).

Otro trabajo de trabajo de investigación titulado “conocimiento sobre el tratamiento médico del asma en padre de niños asmáticos “; realizado por Leonardo en el año 2014; con el objetivo de determinar el grado de conocimiento sobre el asma de los padres de niños/asmáticos seguidos en una consulta de neumología infantil del Hospital Universitario de Márquez de Valdecilla, Santander; con una muestra conformada por 334 cuestionarios aplicada a padres y otros familiares de niños asmáticos atendidos en la consulta de neumología infantil; en el cual analizo el conocimiento concreto sobre el tratamiento del asma; los conocimientos se evaluaron usando el Newcastle Asthman Knowledge Questionnaire (NAQK) para analizar el conocimiento concreto sobre el tratamiento del asma; donde solo selecciono las siguientes preguntas 10, 11, 12, 18, 19, 20, 27 y 31 del (NAQK) (Leonardo. 2014).

Don los resultados fueron los siguientes: en cuanto el manejo de crisis asmática aguda el 39.2% ha identificado los fármacos que se utilizan en una crisis asmática; respecto al tratamiento del mantenimiento del asma el 63.1% sabe que los antibióticos no son una parte importante del tratamiento; hasta un 57% de los padres no son capaces de indicar dos tratamientos para el mantenimiento del asma. Como conclusiones identificó que el 33.4% sabe que los medicamentos inhalados tienen menos efectos secundarios que los orales y el 63.7% conoce los ciclos cortos de corticoides que no tienen efectos secundarios importantes y el 66% afirmó que el fármaco el Ventolin no daña el corazón de los niños asmáticos. Además, se identificó que el 95% sabe que con el tratamiento adecuado un niño asmático puede llevar una vida normal sin restricciones (Leonardo. 2014).

Otro estudio realizado en el año 2014, denominado “conocimientos sobre el tratamiento médico del asma en padres de niños asmáticos“, realizado por Cabello y colaboradores en Colombia, con el objetivo de obtener el grado de conocimiento sobre el tratamiento del asma de los padres de niños/as asmáticos; realizó su estudio con una muestra conformada por 344 pacientes que contestaron un cuestionario para identificar los conocimientos sobre el tratamiento de asma que los niños utilizan y que contestaron los padres como cuidador principal usando el Newcastle Asthman Knowledge Questionnaire (NAQK) para analizar el conocimiento concreto sobre el tratamiento del asma; donde solo selecciono las siguientes preguntas 10, 11, 12, 18, 19, 20, 27 y 31 del (NAQK), (Cabello, Gutiérrez, Higuera, y Belmonte. 2014).

Los resultados mostraron que el 39.2 % ha identificado correctamente los fármacos indicados; y el 33.4% saben que los medicamentos inhalados tienen menos efectos secundarios que los orales, a su vez el 63.7% conocen que los ciclos cortos de corticoesteroides no tienen efectos secundarios importantes y el 66% afirma que el Ventolin no daña al corazón. Como sucedió en el la investigación de Leonardo en el 2014; Con respecto al tratamiento de mantenimiento del asma el 63.1% sabe que

los antibióticos no son una parte importante del tratamiento. Hasta un 57% de los padres no son capaces de indicar 2 tratamientos de mantenimiento para el asma. Además de que el 95% sabe que el tratamiento adecuado para un niño asmático puede llevar una vida normal y el 82.6% afirma que los niños con síntomas frecuentes de asma deberían tomar tratamiento preventivo. Se concluye entonces que el NAQK permite evaluar los conocimientos sobre el asma (Cabello, Gutiérrez, Higuera, y Belmonte. 2014)

Por otro lado, en el año 2014, Quiroz realizó una investigación en paciente pediátricos asmáticos evaluados en el “Cuerpo de Guardia del Policlínico Juan Manuel Páez” con sede en Bogotá, Colombia; con el objetivo de calcular el nivel de instrucción sobre la enfermedad en los niños que padecen de asma en los padres y/o personas encargadas del cuidado; con una población de 781 y una muestra conformada por 412 pacientes durante el mes de enero a junio del año 2013, (Quiroz. 2014).

Donde encontró los siguientes resultados; se registraron que más del 90% de los padres tiene una noción acerca de la enfermedad. Por otro lado, el 99.2% conoce que si el paciente no es tratado adecuadamente puede perder la vida. La investigación también muestra que el 72.8% conoce que la enfermedad es incurable que existen formas de poder prevenirlo y además de llevar adecuadamente un tratamiento para alargar la vida del paciente (Quiroz. 2014).

El investigador Ortiz en el año 2012, publicó una investigación que realizó en el Servicio de Urgencias en el Hospital del Niño DIF Pachuca -Hidalgo, México; y dentro de sus objetivos de estudio fue determinar el nivel de conocimiento que poseen los padres con respecto al mal que padecen los niños con crisis asmática; donde concluyó que los apoderados de las personas que tiene asma mantiene un nivel bajo de conocimiento respecto a lo que padece su paciente; por ello es importante realizar charlas o eventos académicos con la finalidad de reforzar los

conocimientos de los padres y/o apoderados de los menores; para así mejorar el tratamiento de la enfermedad y reducir la materialización de los riesgos del menor. (Ortiz. 2022).

En un estudio que se realizó en el 2023 “Nivel de afrontamiento y adaptación del niño escolar hospitalizado en el servicio de traumatología del instituto Nacional de la Salud del Niño” de Lima Perú , con el objetivo :determinar el nivel de afrontamiento y adaptación del niño escolar hospitalizado en el servicio de traumatología del instituto Nacional de salud del Niño de Breña ,con una muestra de 45 niños en edad escolar Para la recolección de datos se empleó como técnica la encuesta y como instrumento un cuestionario tipo escala de Likert. El nivel de afrontamiento fue de baja capacidad con 69,0% y adaptación mediana capacidad alcanzando el 31%. En las dimensión Recursivo y Centrado el 71% se obtuvo una mediana capacidad: En la dimensión Reacciones físicas y Enfocadas el 67% evidenció una baja capacidad; En la dimensión Proceso de Alerta el 49% obtuvo una mediana capacidad; En la dimensión Procesamiento Sistemático el 67% presentó una baja capacidad; En la dimensión Conocer y Relacionar el 64% posee una baja capacidad (Pérez Arango.2023).

En un estudio que se realizó en el 2019 “Adaptación al asma bronquial en pediatría: ansiedad y bienestar psicológico” de Valencia España en el servicio de neumología pediátrica del Hospital Universitario Clínico de Valencia con el objetivo de analizar los niveles de ansiedad y bienestar psicológico en adolescentes con asma bronquial. Con una muestra de 73 adolescentes asmáticos se analizaron las variables de ansiedad y bienestar psicológico donde un tercio de la muestra 9.60%; caso probable=26%). de la muestra presenta niveles elevados de ansiedad encontrando diferencias significativas en el factor “aceptación de sí mismo siendo mayor en los hombres. No encontraron correlación significativa entre las variables (Rivera-Asensi 2019).

Otro estudio que se realizó en el 2017 “Estrés, afrontamiento y control del asma en niños “en la universidad nacional de Colombia Bogotá con el objetivo de describir la relación entre el estrés, el afrontamiento y el control de la enfermedad en el niño de asma entre los 6 y 12 años, quien se encuentra asistiendo a una consulta externa o está hospitalizado en el hospital infantil universitario San José Infantil. La población estuvo constituida por 280 niños con asma del hospital Nacional de Colombia Bogotá y se programaron dos grupos: el primero integrado por niños que ingresaron a consulta externa y el segundo con niños que se encontraban hospitalizados, ambos con diagnóstico de asma. Donde evidenciaron las relaciones de las tres variables de interés y desde la perspectiva de ellos niños .se puede decir que hay una correlación inversa entre estrés y afrontamiento($r=.581$), entre estrés y control de asma ($r=.545$) y una relación directa entre afrontamiento y control de asma($r=.759$). los niños con bajos niveles de estrés tienen un mayor control de su enfermedad y asumen un afrontamiento funcional frente a su estado de salud (Segura Moreno.2017).

1.7 Marco Teórico Conceptual

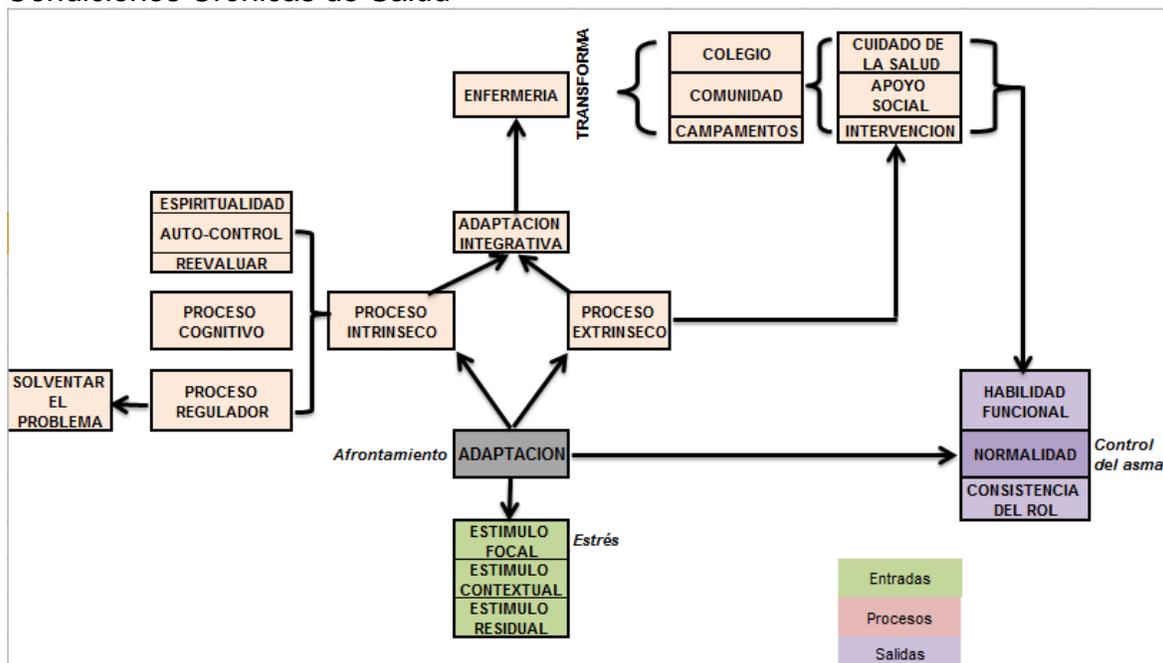
1.7.1 Modelo de adaptación de Roy en la comprensión del fenómeno del asma en la niñez

El Modelo de Callista Roy propone que, para lograr la adaptación, se debe explorar el ambiente en el que se encuentra la persona y, a su vez, las experiencias, las conductas, los sentimientos y todo lo que concierne a lo que no es visible pero sí se puede percibir. La profesión de enfermería es una disciplina que, a través del arte, el cuidado y la vocación logra comprender estos fenómenos o expresiones inmersas en el ser humano. A su vez, Roy plantea que existen estímulos focales, contextuales y residuales (Roy, 2019), que son considerados como todo aquello que genera una respuesta en el ser humano y que pueden resultar en un proceso de adaptación o no adaptación.

De otro lado, se cuenta con la cognición, definida por Roy como “las habilidades humanas de pensar, sentir y actuar”, la manera como el individuo interpreta los estímulos. Además, como lo indica la teorista, “el proceso cognitivo también está influenciado por el proceso emocional”, lo que refuerza la relación que se genera entre el estrés y el afrontamiento, o cómo se puede obtener el control de la enfermedad en términos de un proceso de adaptación. A partir del Modelo de Adaptación de Callista Roy se propone una teoría de rango medio de Adaptación a condiciones Crónicas de Salud (Buckner & Hayden, 2014), que plantea conceptos del mismo modelo y desarrolla otros relacionados (Figura No. 1)

Figura No.1

Relación del Modelo de Adaptación de Roy con la TRM de Adaptación en Condiciones Crónicas de Salud



Fuente: Elaboración obtenida por los autores de Buckner & Hayden, 2014

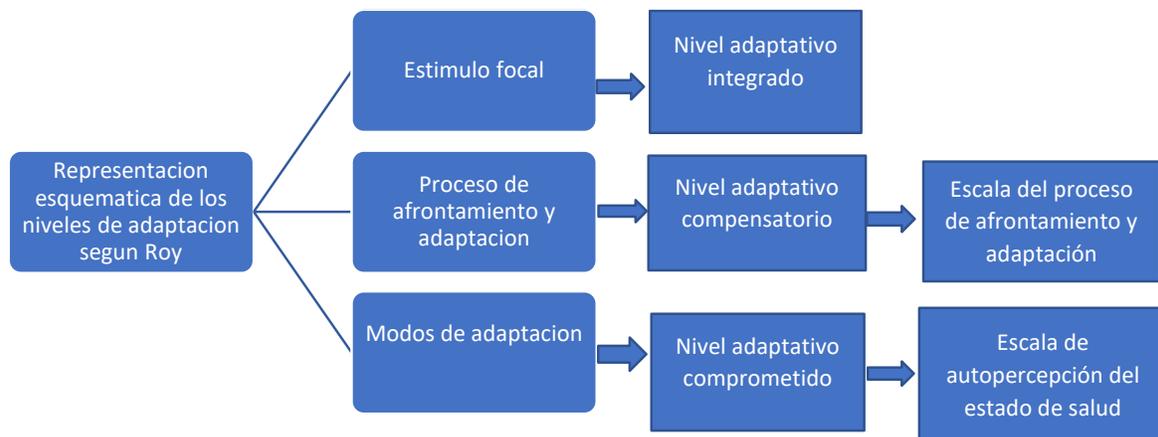
La meta de la enfermería en la presente investigación se enmarca en estudiar la relación entre las variables: estrés, afrontamiento y control de la enfermedad, este último visto como adaptación. Es importante comprender que cuando se logra la

adaptación a un estímulo se pueden obtener resultados benéficos para la persona y su entorno. Con la aplicación del modelo de adaptación de Callista Roy, el profesional de enfermería tiene al alcance una herramienta práctica, eficaz y comprensible para el proceso de cuidado del niño con asma, apoyado en la teoría de procesos de adaptación y afrontamiento en los cuales la persona es un ser holístico y adaptable (Roy, 2019).

Particularmente en el Afrontamiento y adaptación de Callista Roy; describe por medio de los estímulos: Focal, contextual y residual; como se debe identificar el nivel de adaptación de un pediátrico en una situación de crisis de asma.

Figura No.2

Representación esquemática de los niveles de adaptación según Roy



Fuente: Elaboración propia, mayo 2024.

La técnica de jerarquización de la estructura conceptual-teórico-empírica o C-T-E descrita por (Fawcett, 2022) favorece la comprensión de la información y la explicación de los fenómenos que surgen de la práctica de enfermería.

C	Modelo de adaptación de Roy:	Estímulos, procesos y respuestas
T	Teoría de Rango Medio	Adaptación a condiciones crónicas de salud
E	Cuestionario de control del asma.	Inventario de estresores cotidianos y Cuestionario de afrontamiento.

Así, se logra identificar cómo los factores externos pueden generar una respuesta en el ser humano, e inducir e influir en la aparición y frecuencia de la crisis asmática. Con esa perspectiva, el estrés cotidiano es un estímulo focal en un proceso de adaptación/afrontamiento que precede a los síntomas de una enfermedad crónica en un niño.

1.7.2 Definición de niño escolar.

Es necesario contemplar algunos aspectos del desarrollo del niño en los que se encuentra inmerso. La edad entre los 6 y 12 años es un periodo en el que este sujeto de cuidado asume cambios tanto en su crecimiento como desarrollo físico y emocional. El juego y el aprendizaje resultan ser dos herramientas de interés para su desarrollo (Erickson, 2014), una etapa crucial para las intervenciones dirigidas por enfermería y con las que se pueden suministrar las herramientas requeridas para confrontar o responder ante un estímulo. Esto se debe a que el niño aumenta su capacidad de raciocinio, de pensamiento concreto y aparece lo que se conoce como labilidad emocional (Piaget y Inhelder, 2018).

Este último es un elemento que debe ser percibido por los familiares los profesores y los profesionales de la salud para orientar y obtener buenos resultados a la hora afrontar una situación; de esta manera se obtiene un equilibrio entre lo que se siente y cómo se actúa frente a ello.

Es posible que cuando el niño asuma una estrategia funcional de afrontamiento pueda cumplir las actividades propuestas, una de estas el manejo y tratamiento del asma, por ejemplo, lo que aportaría al control de la enfermedad como un proceso de adaptación. El niño iniciaría un proceso de independencia de sus familiares, dejaría atrás sus sentimientos egocéntricos y les daría importancia a las relaciones interpersonales con sus pares (el colegio, los profesores, los compañeros), adquiriendo de paso sentido de pertenencia y comprensión del fracaso o el éxito (Erickson, 2014). Así, una situación de salud que desencadene hechos como la pérdida de clases o la deserción escolar representa un riesgo para su desarrollo psicosocial, además porque el niño empieza a comprender las consecuencias de los actos, lo que se conoce como juicio moral (Piaget, 2018).

1.7.3 El asma como enfermedad crónica

En este marco teórico se hace necesario conocer el significado de las variables para el estudio. Los factores físico-patológicos que favorecen el estrechamiento de la vía aérea en el asma son diversos y se desencadenan por un estímulo, el tabaquismo, alérgenos, el estrés, entre otros agentes que incrementan el edema de las vías aéreas secundario a la acción de las células que generan la inflamación de los vasos, de otro lado como respuesta inmunitaria se aumenta la secreción de moco en el tracto respiratorio lo que ocasiona la obstrucción de los bronquios (Iniciativa Global para el Asma, 2019).

Esta enfermedad crónica es, finalmente, una alteración del funcionamiento normal del sistema respiratorio causada por diversos factores: genéticos, de obesidad, género, alérgenos, tabaquismo, contaminación, dieta o cambio climático; algunos son extrínsecos y otros intrínsecos. Lo novedoso es que se está contemplando cómo los factores conductuales son detonantes de la aparición de síntomas o de la exacerbación de los mismos, un hecho que le aporta mayor relevancia al presente estudio (Salvador y Estrada, 2016).

Al conocer cómo se desencadena la enfermedad bronquial, se debe distinguir el proceso de adaptación a este evento de salud, el control del asma, que se divisa como el “control de las manifestaciones clínicas de la enfermedad y su atención, un elemento indispensable en el manejo y tratamiento. Dicho control se logra cuando el cuidado y el tratamiento son seguros y no aparecen síntomas por periodos prolongados” (Batteman, 2014).

Alérgica (mayor frecuencia): En el 70% de casos se puede encontrar una sensibilización a Aero alérgenos con producción de IgE alérgeno específica, exposiciones subsecuentes activan la liberación de mediadores inflamatorios con producción de inflamación bronquial, broncoconstricción, e hiperreactividad de la vía aérea, No Alérgica (menor frecuencia) otros mecanismos, ingestión de medicamentos principalmente AINES, autoinmunidad, sensibilización con alérgenos ocupacionales con mecanismo no mediado por IgE .

Tratamiento de la crisis de asma moderada

- Se administra oxígeno de forma continua mediante mascarilla o sonda nasal para alcanzar una SpO2 del 94 % - 98%.
- Salbutamol: (MDI 0.1 mg/puls). De 6 a 8 puls (1 tanda cada 20 minutos en 1 hora, si fuera preciso) con cámara espaciadora (con o sin mascarilla facial según la edad).
- Como alternativa: salbutamol nebulizado con una fuente de oxígeno y mascarilla facial a 0.15 mg/kg/dosis (hasta un máximo de 5 mg/dosis). Una nebulización cada 20 minutos hasta un total de 3 en una hora.
- Lo antes posible, dentro de la primera hora del inicio del tratamiento, administrar prednisona/prednisolona por vía oral a 1 mg/kg (u otro corticoide a dosis equipotente).

Si no tolera por vía oral se utilizará la vía parenteral (preferible la vía intravenosa a la intramuscular).

De no mejorar el paciente, o si la mejoría es menor de 3 horas, se tratará como una crisis grave y se valorará su derivación al hospital más próximo en ambulancia medicalizada acompañado por personal sanitario. (Iniciativa Global para el Asma 2022)

Tratamiento de la crisis de asma grave

- Administrar oxígeno continuo mediante mascarilla o sonda nasal al flujo necesario para alcanzar una SpO₂ de 94-98%.
- Salbutamol nebulizado con fuente de oxígeno y mascarilla facial a 0.15 mg/kg/dosis (hasta un máximo de 5 mg/dosis). Una nebulización cada 20 minutos hasta un total de 3 en una hora.
- Bromuro de ipratropio (250 µg/dosis en <5 años y 500 µg/dosis en >5 años) nebulizado junto a salbutamol, una nebulización/20 minutos hasta un total de 3 en una hora.
- Como alternativa a la nebulización se puede administrar salbutamol: (MDI 0.1 mg/puls). De 8 a 10 puls con cámara espaciadora (con o sin mascarilla facial según la edad) conjuntamente con bromuro de ipratropio 2-4 puls. Se repetirá cada 20 minutos hasta un total de 3 tandas en 1 hora.
- Prednisona/prednisolona por vía oral a una dosis de 2 mg/kg con un máximo de 40 mg/día (u otro corticoide a dosis equipotente), dentro de la 1ª hora del inicio del tratamiento Sólo si no tolerara por esta vía o presentará un nivel de conciencia disminuido se utilizará una vía parenteral.

De empeorar o no encontrar mejor al paciente se considerará y tratará como una crisis de asma de riesgo vital.

Como norma general, todo paciente con crisis de asma grave se derivará urgentemente al hospital más próximo en ambulancia medicalizada, acompañado por personal sanitario.

Durante el traslado se administrará oxígeno, broncodilatadores nebulizados y corticoides sistémicos. (Iniciativa Global para el Asma 2022)

Tabla 1.

Puntuación pulmonar, para la valoración clínica de la crisis de asma

Puntuación	Frecuencia respiratoria		Sibilancia	Uso de músculos accesorios esternocleidomastoideo
	<6 años	< 6 años		
0	<30	<20	No	No
1	31-45	21-35	Final espiración. (estetoscopio)	Incremento leve
2	46-60	36-50	Toda la espiración. (Estetoscopio)	la aumentado
3	>60	>50	Inspiración y espiración estetoscopio	Actividad máxima

Fuente: Iniciativa Global para el Asma 2024

- El uso de los músculos accesorios se refiere solo al esternocleidomastoideo, que es el único musculo que se ha correlacionado bien con el grado de obstrucción
- Se puntúa de 0 -3 en cada uno de los apartados (minimo0, máximo 9)
- Si no hay sibilancias y la actividad del esternocleidomastoideo esta aumentada puntuar el apartado sibilancias con un 3.
- Crisis Leve :0-3 Crisis Moderada:4-6 Crisis Grave 7-9 puntos

Tabla 2.

Valoración global de la gravedad de la crisis integrando en la puntuación pulmonar y la saturación de oxígeno por pulsioximetría

	PS	SpO2
LEVE	0-3	>94%
MODERADA	4-6	91-94%
GRAVE	7-9	<91%

Fuente: Iniciativa Global para el Asma 2022

En caso de discordancia entre la puntuación clínica y la saturación de oxígeno. Se utilizará el de mayor gravedad. PS: Puntuación pulmonar. SpO2 Saturación de oxígeno por pulsioximetría.

Tabla 3.

Escala Pram Asma

Retracción supraesternal	Ausente	Observación	Presente	Observación
Uso de músculos accesorios	Ausente		Presente	
Ventilación	Normal	Disminuida en las bases	Generalizada	Ausente/mínima
Sibilancias	Ausentes	Solamente espiratorias	Inspiratorias y espiratorias	Audibles a distancia /tórax silente
Saturación Leve 1-3	>95%	92-94% Moderada 4-6	92%	Grave <7

Fuente: Chalut. D.S., Ducharme, F.M y Davis, G.M (2000)

1.7.4 El nivel de estrés y el asma en la infancia

Una segunda variable es el término estrés y es el autor Pelechano, quien lo define como: "Un estímulo o conglomerado de estímulos que son 'externos' al individuo, todos ellos con características afectivamente negativas". Al ser desfavorable la estimulación, esta se conoce como estrés. Retomando a Roy, su teoría plantea que existen entradas, estímulos que desencadenan una acción; entonces, el estrés es un estímulo dañino que repercute en el estado de salud. Esta variable requiere ser analizada desde la perspectiva del niño para identificar cómo afecta el desarrollo diario de la vida del ser humano. (Pelechano, 2020)

Cuando se analiza la relación entre el estrés y el asma, algunas investigaciones demuestran que el individuo que permanece con estrés por un tiempo prolongado, o cuando su nivel es grave, puede presentar manifestación de signos y síntomas de enfermedades que con el paso del tiempo se vuelven crónicas. El asma es una condición que se puede exacerbar con la presencia de estrés o este mismo puede ser un factor de riesgo para la aparición de esta enfermedad (Fernández, 2019).

En la actualidad se afirma que “las variables de tipo psicológico y social producen alteraciones en el sistema inmunitario (...) que pueden producir una respuesta de carácter bronco constrictor ante situaciones de tipo emocionales” (Fernández, 2019).

Un estudio realizado en 1997 evalúa cómo una situación de estrés influye en la saturación de oxígeno y demuestra que los niños que vieron una película (E.T., el extraterrestre) manifestaron tristeza, lo cual generó menor saturación de oxígeno en comparación con niños expuestos a un estímulo positivo (Miller, 2017). Se ha confirmado que en el paciente con asma expuesto a condiciones de estrés se estimula la función de los linfocitos y se aumentan los niveles de interleucinas, activando la respuesta humoral y generando la broncoobstricción del tracto respiratorio (Benítez y Rubiol, 2015).

También es cierto que los estudios de relaciones no aportan causalidad entre las variables, aunque sí se han realizado publicaciones que analizan la causalidad entre el estrés y el asma, que revelan que puede existir una causalidad bidireccional. Por ejemplo, se plantea que el broncoespasmo es uno de los primeros síntomas que crean estrés y que el niño escolar con asma que se auto administra inhaladores se ausenta del salón de clase, pierde continuidad en los temas enseñados, así como se siente diferente y limitado (Benítez et al., 2015). De otro lado, el componente familiar puede impactar de manera negativa, siendo un estresor en niños con asma (Vidal G. y Matamala B., 2023).

1.7.5 Afrontamiento y asma.

El asma es una de las enfermedades respiratorias más comunes de evolución crónica en la infancia, caracterizada por ataques recurrentes de falta de aire y sibilancias, y afecta a personas de todas las edades. Es la enfermedad crónica más común entre los niños. El asma se caracteriza por ataques recurrentes de disnea y sibilancias, que varían en severidad y frecuencia de una persona a otra. Los síntomas pueden sobrevenir varias veces al día o a la semana, y en algunas personas se agravan durante la actividad física o por la noche.

A su vez, se debe conocer que Lazarus y Folkman, son quienes definen y aportan la comprensión del afrontamiento como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas”. Es importante definir el estilo del afrontamiento, este se concibe como aquellos actos que permiten hacer frente a los eventos que se pueden presentar, mientras que las estrategias de afrontamiento son aquellos métodos que se asumen en cada situación (Fernández, 2017).

En este marco se puede contemplar la fundamentación de la teoría formal de Enfermería. A partir de Callista Roy, con la Teoría de Rango Medio de Adaptación a Condiciones Crónicas de salud se plantean los supuestos filosóficos que aportan al soporte teórico de la enfermería. Uno de estos indica que el proceso de adaptación de una condición crónica requiere de empoderamiento, aceptar los cambios, buscar apoyo social y solventar el problema. Es importante tomar responsabilidad en el autocuidado. Cuando el tratamiento y las modificaciones del estilo de vida de la persona con una enfermedad crónica son efectivos, se logra un mecanismo regulador de adaptación. El tratamiento de una enfermedad representa un mayor nivel de estrés, que impacta de manera negativa la adaptación de esta eventualidad.

A su vez se plantea que todas las dimensiones del ser humano (emocional, autoconcepto e interdependencia) resultan estar en desequilibrio cuando el individuo presenta una enfermedad, ya que estas están integradas al proceso de adaptación. Estos son los planteamientos filosóficos de la Teoría de Rango Medio (TRM) basados en el Modelo de Adaptación de Roy, como se evidencia de relacionarlos directamente con los conceptos de la investigación.

Miles, realizó un estudio en niños con asma en edad escolar, en el cual halló que los niños contaban con un mejor proceso de afrontamiento cuando se encontraban motivados y sus padres tenían un mayor nivel de conocimiento de la enfermedad. También se señala que la intensidad de los síntomas y el tratamiento de la enfermedad impactan de manera negativa el modo de afrontamiento (Benítez et al., 2015).

De otro lado, en Portugal se realizó una investigación en la cual participaron niños con asma entre los 8 y 12 años. En ella se demostró que la ineficacia del afrontamiento es un factor que contribuye a la presencia de la inestabilidad emocional del niño con asma (Lima, Guerra y Serra, 2020).

1.7.6 Afrontamiento y adaptación.

Es importante comprender las diferencias entre los conceptos afrontamiento y adaptación. El afrontamiento es definido por la teorista Roy como aquellos “esfuerzos comportamentales y cognitivos que realizan las personas para atender las demandas del ambiente, que actúan como un todo para mantener sus procesos vitales y su integridad” (Duque & Asociada, 2016). A su vez, se presentan algunas estrategias como herramientas para hacer frente a deferentes estímulos, estas pueden ser de tipo comportamental o de tipo afectivo (Jiménez, Zapata, & Díaz, 2018).

De otro lado, se considera la adaptación como “el proceso y resultado por el que las personas piensan y sienten, como grupos o individuos usando conscientemente el conocimiento selecto para crear la integración humana y ambiental” (Moreno-Fergusson & Alvarado, 2019). El ser humano es contemplado como un sistema adaptativo que se encuentra en un contexto dinámico, este individuo interactúa con su medio ambiente para resolver situaciones adversas.

Cuando el paciente pediátrico es diagnosticado con una enfermedad crónica, en este caso asma, el niño y su familia emprenden un proceso de adaptación de este nuevo proceso de enfermedad, lo que implica obtener información sobre el suceso repentino, acerca de los síntomas, su tratamiento, su manejo y control; es imprescindible realizar ajustes en los hábitos o estilos de vida de la familia mediante el empleo de estrategias o mecanismos de afrontamiento (evitación, gratificación, solución de problemas, entre otras).

En un estudio realizado en un colegio de Bogotá, se evaluó las estrategias de afrontamiento que asumen los niños entre los 9 y los 11 años en el ámbito escolar y se encontró que las estrategias centradas en el problema: actitud positiva, solución activa, comunicar el problema a otros, búsqueda de información y guía (Bibiana & Castiblanco, 2014) son las que más frecuentemente se utilizan. En ciudad de México, también se realizó la descripción de las estrategias de afrontamiento en los niños entre los 10 y 13 años, evidenciando que 73 presentaron moderadas estrategias de afrontamiento y predominó las estrategias centradas en el problema. (Zaira, Valero, Guadalupe, & Velazco, 2018).

Es crucial, comprender que en la investigación el concepto de adaptación se entenderá como el logro en cuanto al manejo de la enfermedad, y de manera más precisa, el control del asma; y afrontamiento como el proceso o estrategia que utiliza

el niño para asumir una nueva condición de vida o situación de alteración de la salud.

El afrontar, es “hacer cara al peligro, problema o situación comprometida”, en la figura 3, representa el afrontamiento como sinónimo de adaptación psicológica, y se define como “un estado de equilibrio entre las necesidades internas y las exigencias externas; así como los procesos utilizados en el logro de esta condición” (León-Duarte, G. A. 2021).

Figura No. 3

Representación del proceso de afrontamiento.



Fuente: Aspectos generales de la teoría de Callista Roy. M. Maldonado 2018.

Se entiende el afrontamiento como la capacidad adaptativa, como el caso del niño a nivel psicológico, valorando los niveles de estrés, de autoestima, y de calidad de vida del paciente. Hay estudios que dicen que los niños son capaces de utilizar estrategias de afrontamiento que se pueden catalogar como distracción, focalización del problema y focalización de la emoción. (Fernández-Castro, J. 2019).

Estas estrategias de afrontamiento van cambiando con la edad, los más jóvenes realizan búsqueda de apoyo; mientras que los niños mayores se inclinan por la canalización de la emoción y el problema. Las preferencias de cada niño se van ir marcando dependiendo del aprendizaje que vayan adquiriendo. (Fernández-Castro, J. 2019).

1.7.7 Características del proceso de atención como parte primordial de enfermería.

El cuidar como actividad humana que se define como la relación y proceso cuyo objetivo va más allá de la enfermedad; el cuidado de otro ser humano se considera como la esencia de la disciplina del campo de la enfermería; que implica a la enfermera como proporcionar el cuidado holístico, para satisfacer las necesidades físicas y mentales del individuo (Martínez 2019).

El modelo de la marea según Barker, es un método filosófico para la recuperación de la salud mental; el cual ayuda a la enfermera a empezar a comprender que puede significar la salud mental para un ser humano; en este caso el paciente que estará a cargo de la enfermera para ayudarlo en su recuperación (Martínez, C. I. 2021).

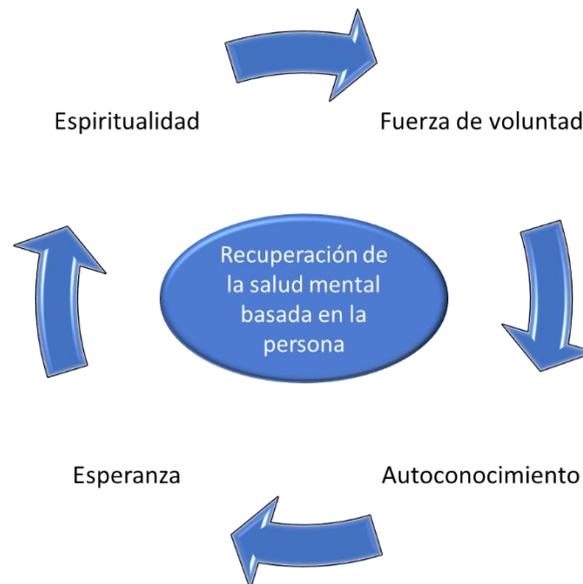
Con este modelo el interés se dirige hacia la visión fenomenológica de la experiencia de vida de la persona o su historia narrativa. Como sabemos las personas son filósofos naturales y fabricantes de significados, dedicando gran parte de sus vidas a establecer el significado y el valor de su experiencia; construyendo modelos explicativos del mundo en su lugar (Fernández-Castro, J. 2019).

El objetivo de este modelo es la recuperación mental; el medio será la enfermera quien le explicará al paciente que entiende su condición y se centrará en su esfuerzo para ayudar a su recuperación; como un instrumento fundamental para definir su recuperación del malestar generado por un ambiente hostil o alguna vivencia traumatizante entre otras (Martínez-Trujillo, N. 2019).

Este modelo de salud mental, que se centra en la persona como se observa en la Figura 4; se representa como un ciclo donde se ven involucrados diferentes factores como la fuerza de voluntad, el autoconocimiento, la esperanza, la espiritualidad; respetando siempre su cultura y sus creencias; identificando los conceptos necesarios para conocer las necesidades humanas del paciente con sus problemas generados en un ambiente hospitalario y su entorno; con el fin de que la enfermera que está a su cuidado pueda cubrir sus necesidades del paciente; Sin embargo, Baker ha reafirmado que la intervención es para proporcionar cuidados de colaboración centrados en la persona, basados en la fuerza y a través del poder de la relación enfermera-paciente (León-Duarte, G. A. 2021).

Figura No. 4

Recuperación de la salud mental basada en la persona



Fuente: El modelo de la recuperación de la salud mental y su importancia para la enfermera colombiana. G. Melo 2020.

1.7.8 Modelo de afrontamiento y adaptación de Callista Roy.

En el Modelo de afrontamiento y adaptación de Callista Roy, describe en sus trabajos donde plantea que el afrontamiento facilita la adaptación; y define los procesos de afrontamiento como: “Modos innatos o adquiridos de actuar ante los cambios producidos en el entorno”. El afrontamiento y la adaptación, según el modelo de Roy, considera que los individuos hallan en su entorno diferentes estímulos que desencadenan el proceso de adaptación y así conceptualiza los grados de capacidad, estilos y dominios de las estrategias de afrontamiento como se muestra en la tabla No. 4, lo que da lugar a una respuesta eficaz o ineficaz.

Roy describe que el nivel de adaptación representa los procesos de vida en tres niveles:

- **Nivel adaptativo integrado:** aquí las estructuras y funciones de los procesos de vida trabajan en conjunto para satisfacer las necesidades humanas.
- **Nivel adaptativo compensatorio:** los mecanismos de afrontamiento innato y adquirido han sido activados por un desafío en los procesos integrados.
- **Nivel adaptativo comprometido:** es cuando los niveles integrando y compensatorio son insuficientes, resultado en problemas de adaptación. Los estímulos ocasionan constantes cambios en los niveles de adaptación provocando reacciones diversas en el individuo para responder positivamente la situación.

Tabla. No. 4

Conceptualización de los grados de capacidad, estilos y dominios de las estrategias de afrontamiento

Grados de capacidad de afrontamiento	Estilos de afrontamiento	Dominio de las estrategias de afrontamiento		
		Cognitivo	Conductual o comportamental	Emocional
Baja capacidad	Estilo pasivo o evitativo	No encuentra significado al proceso Pensamiento pesimista Negación de la gravedad y el problema Minimizar consecuencias y el impacto de la situación Incluye actividades que desligan el pensamiento del problema (fantasía)	Conductas de negación y distanciamiento No confronta la realidad No maneja las consecuencias Incluye actividades como: la religión, pasear, leer, entre otras, Por ejemplo:” se resigna ante la situación	No mantiene equilibrio afectivo Sentimientos negativos Se culpabiliza y autocritica de forma desvalorizaste
Mediana capacidad	Estilo pasivo o activo con estrategias muy limitadas	Intenta encontrar significado al suceso Usa la aceptación como estrategia flexible en el reconocimiento de la naturaleza critica del suceso y trata de solucionar la situación cuando la percibe controlable, por ejemplo “Mantengo la esperanza “	Intenta afrontar la realidad y manejar las consecuencias Puede o no buscar apoyo social y utilizar estrategias de auto distracción.	Intenta regular los aspectos emocionales y mantener el equilibrio afectivo. Puede pensar que la situación es transitoria o disimular el estado de ánimo.
Alta capacidad	Estilo activo con estrategias centradas en el problema	Busca el significado al suceso y lo valora de manera que resulte menos desagradable, manteniendo pensamientos positivos y lo soluciona directamente Por ejemplo: mantiene pensamiento de superación.	Las conductas van dirigidas a confrontar la realidad y manejar sus consecuencias. Busca el apoyo social y manejar el estímulo estresor en forma directa actuando frente al problema que la persona considere susceptible a modificar “buscar ayuda”	Refleja esfuerzos para regular los aspectos emocionales y busca mantener el equilibrio afectivo, por ejemplo: “suele hacer bromas”
Muy alta capacidad	Estilo muy activo con estrategias resolutivas	Encuentra significado al suceso y lo valora de manera optimista Se enfoca en la situación Anticipa planes de acción	Conductas dirigidas a confrontar la realidad Acepta la realidad en el origen manteniendo las consecuencias del problema controla el estímulo estresor en forma directa	Regula y controla los aspectos emocionales y mantiene el equilibrio afectivo, por ejemplo “Hable de ello”

Grados de capacidad de afrontamiento	Estilos de afrontamiento	Dominio de las estrategias de afrontamiento		
		Cognitivo	Conductual o comportamental	Emocional
		Se ocupa del problema, por ejemplo: “Busca información”		

Fuente: Orte Socias MDC. 2020.

Capítulo 2 Metodología

2.1 Diseño de caso de estudio

Se presenta un estudio de caso clínico con diseño metodológico mixto, descriptivo y observacional del afrontamiento del estrés en el niño escolar ante una crisis de asma.

2.2 Límites de tiempo y espacio

Tiempo: Se realizó en el mes de agosto del año 2023.

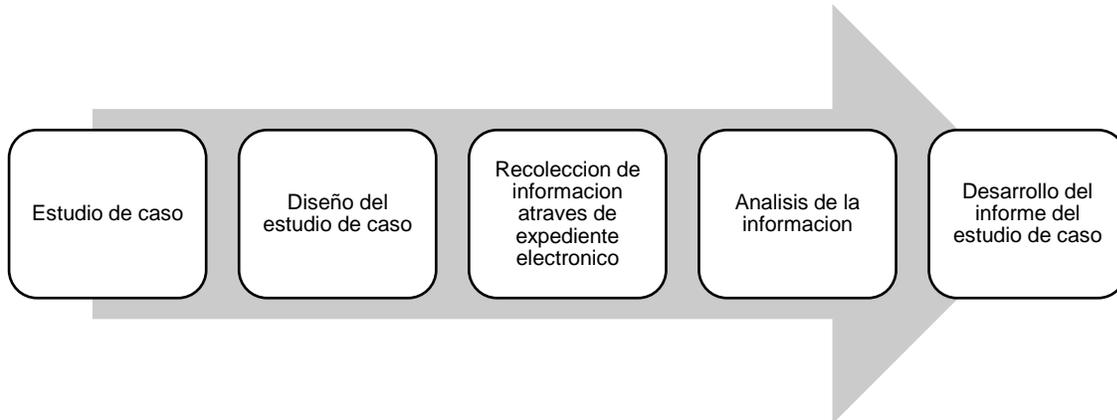
Espacio: Consultorio privado de enfermería.

2.3 Procedimiento para la recolección de datos

En la siguiente figura se puede identificar los pasos realizados para la identificación del caso de estudio del afrontamiento ante el estrés en el niño pediátrico ante una crisis de asma:

Figura No. 5

Proceso de recolección de datos



Fuente: Elaboración propia, 2024

A continuación, se describe cada uno de los pasos que se realizaron durante la investigación de manera secuencial:

1. Formulación de la propuesta para la realización del estudio de caso.
2. Se realizó la invitación a la madre para participar en el estudio de caso.
3. Se realizó una hoja de consentimiento informado y consensuado, el cual fue firmado por la madre como muestra de conformidad y aprobación de su participación.
4. En el consultorio de enfermería, se realizó la revisión de la historia clínica del paciente pediátrico con crisis de asma.
5. En las hojas de registro de enfermería que tengo diseñadas para realizar la recolección de datos para el manejo del paciente pediátrico que presenta crisis de asma.
6. Se le aplicó a través de su mamá al paciente pediátrico la encuesta ESCAPs.
7. Se realizó la búsqueda de información en diferentes sitios de internet.
8. Se llevó a cabo el análisis e interpretación de los datos del expediente clínico y de la aplicación de la encuesta de afrontamiento y adaptación de Callista Roy.
9. Se elaboró el informe final y los resultados.

2.4 Instrumento de medición

En la presente investigación el afrontamiento y la ansiedad fueron las variables a estudiar relacionadas con el afrontamiento del estrés de un niño escolar con asma estas variables fueron medidas por medio de dos instrumentos uno de ellos la escala de proceso de afrontamiento y adaptación de Roy, versión modificada en español EsCAPs que consta de 47 ítems, publicada por Sarmiento, Botero y Carbajal (2018), el cual se puede observar el apartado de anexos específicamente (Anexo No. 4).

Validación del instrumento

La validación facial y la confiabilidad (consistencia interna y estabilidad) de la versión en español del instrumento de Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación (EsCAPs) de Callista Roy, utiliza para hacer frente a situaciones difíciles o críticas. Está integrada por 47 ítems agrupados en cinco factores, con una calificación Likert de cuatro puntos para establecer la validez facial se utilizaron dos métodos; el primero correspondió a un panel de expertos, quienes evaluaron el instrumento considerando tres criterios de calificación: claridad, precisión y comprensión; al respecto encontraron que 31 (96%) del total de ellos 47 ítems del instrumento cumplieron estos criterios. (Tabla5)

La escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación de Callista Roy (ESCAPS). La Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación (ESCAPS) fue diseñado por Callista Roy en 2004, consta de 47 ítems agrupados en cinco dimensiones o factores y con puntuación Likert con 4 criterios (1 = nunca, 2= rara vez, 3= casi siempre, 4 = siempre). Cada ítem es una frase corta acerca de cómo una persona responde cuando experimenta una crisis o un evento difícil.

Tomando el referente teórico de Roy & González (2017) identificó los estilos, las estrategias y los niveles del proceso cognitivo en cada factor. Con relación a los cinco factores, los tres primeros miden los comportamientos, las reacciones y los recursos de afrontamiento que utilizan las personas, y los dos últimos miden las estrategias empleadas para sobrellevar la situación:

Tabla No. 5

Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación (Coping Adaptation Processing Scale, CAPS) Sr. Callista Roy, Profesora y teórica de enfermería

Factor	Pregunta	Nunca 1	Rara vez 2	Casi siempre 3	Siempre 4
Factor 1 recursivo y centrado	1. Puedo hacer varias actividades al mismo tiempo	1	2	3	4
	2. Propongo soluciones para problemas nuevos	1	2	3	4
	3. Llamo al problema por su nombre y trato de verlo	1	2	3	4
	4. Obtengo información para aumentar mis opciones	1	2	3	4
	5. Cuando estoy preocupado tengo dificultad para realizar tareas	1	2	3	4
	6. -Trato de recordar soluciones que me han servido antes	1	2	3	4
	7. Trato de que todo funcione a mi favor	1	2	3	4
	8. Solo pienso en lo que me preocupa	1	2	3	4
	9. Me siento bien de saber que estoy manejando el problema	1	2	3	4
	10. Identifico como quiero que resulte la situación	1	2	3	4
Factor 2 reacciones físicas y enfocada	11. Soy menos eficaz bajo estrés	1	2	3	4
	12. No actuó hasta que tengo comprensión de la situación	1	2	3	4
	13. Encuentro la crisis demasiado complicada	1	2	3	4
	14. Pienso en el problema paso a paso	1	2	3	4
	15. Parece que actuó con lentitud sin razón aparente	1	2	3	4
	16. Trato de reorganizar mis pensamientos positivamente	1	2	3	4
	17. Estoy activo durante el día cuando estoy en crisis	1	2	3	4
	18. soy realista a la situación	1	2	3	4
	19. Estoy atento a la situación	1	2	3	4

Factor	Pregunta	Nunca 1	Rara vez 2	Casi siempre 3	Siempre 4
	20.Tiendo a reaccionar con exageración al comienzo	1	2	3	4
	21.Recuero cosas que me ayudaron en otras situaciones	1	2	3	4
	22.Miro la situación desde diferentes puntos de vista	1	2	3	4
	23.Tiendo a quedarme quieto por un momento	1	2	3	4
	24.Encuentro difícil explicar el verdadero problema	1	2	3	4
Factor 3 proceso de alerta	25.Obtengo buenos resultados con problemas complejos	1	2	3	4
	26.Trato de usar mis habilidades para enfrentar la situación	1	2	3	4
	27.Puedo desenvolverme mejor cuando tengo que ir a lugares desconocidos	1	2	3	4
	28.Utilizo el humor para manejar la situación	1	2	3	4
	29.Con tal de salir de la crisis estoy dispuesto a modificar mi vida	1	2	3	4
	30.Mantengo equilibrio entre la actividad y el descanso	1	2	3	4
	31.Soy más eficaz bajo estrés	1	2	3	4
	32.Puedo relacionar lo que sucede con experiencias pasadas	1	2	3	4
	33. Tiendo a culparme por cualquier dificultad que tengo	1	2	3	4
Factor 4 procesamiento sistemático	34.Trato de ser creativo y propongo soluciones	1	2	3	4
	35.Por alguna razón no me beneficio de mis experiencias pasadas	1	2	3	4
	36.Aprendo de las situaciones de otros	1	2	3	4
	37.Miro la situación positivamente como un reto	1	2	3	4
	38.Planteo soluciones, aunque parezcan difíciles de alcanzar	1	2	3	4
	39.Experimento cambios en la actividad física	1	2	3	4
Factor 5 reconocer y relacionar	40.Analizo los detalles tal como sucedieron	1	2	3	4
	41.Trato de aclarar cualquier duda antes de actuar	1	2	3	4
	42.Trato de hacer frente la crisis desde el principio	1	2	3	4
	43.Me doy cuenta de que me estoy enfermando	1	2	3	4
	44.Adopto una nueva destreza cuando resuelvo mi dificultad	1	2	3	4
	45.Me rindo fácilmente	1	2	3	4

Factor	Pregunta	Nunca 1	Rara vez 2	Casi siempre 3	Siempre 4
	46.Desarrollo un plan para enfrentar la situación	1	2	3	4
	47. Al parecer me hago ilusiones de como resultaran las cosas	1	2	3	4

A continuación, se realiza la descripción de cada uno de los factores y como se interpretan al aplicar la escala de afrontamiento y adaptación de Callista Roy:

- **El factor 1:** recursivo y centrado (10 ítems) refleja los comportamientos personales y los recursos, se concentra en la expansión del nivel de entrada del sistema cognitivo de la información; considerando actitudes con respecto a la solución de problemas como es ser creativo y buscar resultados. Siendo recursivo el “estilo” y “centrado” la estrategia. Este factor agrupa ítems que presentan comportamientos siempre positivos e implica una mayor puntuación en las estrategias de afrontamiento.
- **El factor 2:** reacciones físicas y enfocadas (14 ítems) resalta las reacciones físicas y la fase de salida durante el manejo de las situaciones. El estilo es “reacciones físicas” y la estrategia es “enfocado”; a su vez, este factor tiene un puntaje inverso, porque califica negativamente el comportamiento o la actitud.
- **El factor 3:** proceso de alerta (9 ítems) representa los comportamientos del yo personal y físico y se enfoca en los tres niveles de procesamiento de la información: entradas, procesos centrales y salidas, manteniendo la combinación de estilos y estrategias.
- **El factor 4:** procesamiento sistemático (6 ítems) describe las estrategias personales y físicas para hacerse cargo de las situaciones y manejarlas metódicamente; los factores 3 y 4 son estrategias de afrontamiento concretas: proceso de alerta y procesamiento.
- **El factor 5:** conocer y relacionar (8 ítems) describe las estrategias que utiliza la persona para utilizarse a sí misma y a otros, utilizando la memoria y la

imaginación. El estilo es “conociendo” y la estrategia es “relacionando”.
(Tabla5)

En la siguiente tabla 6, se muestran los valores que reflejan el grado de la capacidad de afrontamiento y adaptación del paciente pediátrico.

Tabla No.6

Distribución de los intervalos para evaluar grado de capacidad de afrontamiento y adaptación por factores y global.

Grado de capacidad de afrontamiento y adaptación	Factor 1 Recursivo y centrado	Factor 2 Físico y enfocado	Factor 3 Proceso de alerta	Factor 4 Procesamiento sistemático	Factor 5 Conociendo y relacionando	Puntaje Global
Baja capacidad	11-19	13-23	9-16	6-11	8-14	47-82
Mediana capacidad	20-28	24-33	17-23	12-15	15-20	83-118
Alta capacidad	29-36	34-42	24-29	16-20	21-26	119-153
Muy alta capacidad	37-44	43-52	30-36	21-24	27-32	154-188

Fuente: Gutiérrez y López de Mesa (2009).

Del total de la puntuación global, de 47 a 188 puntos, a mayor puntuación mayor consistencia de uso de estrategias de afrontamiento.

Para conceptualizar los estilos y cada uno de los dominios de las estrategias de afrontamiento se parte de los referentes teóricos de Folkman y Lazarus (1987); y Krzemien (2007). Con base en todos ellos se realizó una revisión conceptual de los estilos activos y pasivos para poderlos definir en cada grado de capacidad y, a su vez, se tomaron las características propias de cada uno de los dominios de las estrategias de afrontamiento: cognitivo, conductual o comportamental y emocional, para agruparlas de acuerdo con los grados de capacidad de afrontamiento y adaptación; de esta forma se puede conceptualizar un estilo y un dominio de estrategia para cada grado de capacidad de afrontamiento y adaptación.

Como se señaló, la escala de afrontamiento y proceso de adaptación aplicado (CAPS) consta de 47 reactivos con cinco dimensiones de acuerdo con Roy. El patrón de respuesta es de cuatro puntos, que va desde 1 = nunca, a 4 = siempre. El puntaje puede oscilar entre 47 a 188 puntos, a mayor puntaje significa un uso más consistente de estrategias de afrontamiento. La puntuación total de CAPS se obtiene invirtiendo los valores de las preguntas negativas 5, 8, 11, 13, 15, 20, 23, 24, 33, 35, 39, 42, 43, 45, 47. (Roy C. 2004).

2.5 Consideraciones éticas

Este estudio caso es de tipo descriptiva y observacional, por lo que se considera como una investigación sin riesgo, como se describe en el Artículo No. 100 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Federación, 1984.), en la que se establecen las especificaciones de la investigación en seres humanos, sustentado en la Declaración de Helsinki de la asociación Médica Mundial por lo cual se considera una investigación no experimental ya que el participante no van a ser sometido a algún procedimiento invasivo, y mediante la hoja del Consentimiento Informado el paciente y tutores serán previamente informados acerca de los objetivos, métodos y beneficios del estudio. (ver apéndice 1 y 2)

Además de que el tutor a cargo firmará el consentimiento informado y consensuado con la finalidad de participar en este estudio; resguardando los datos del paciente con las políticas de privacidad. (ver Anexo 3)

Capítulo 3. Resultados

3.1 Resultados

Para la realización del proceso de atención, durante la primera fase de valoración se utiliza la guía de valoración de enfermería basada en el Modelo de Callista Roy, para lograr la adaptación, se debe explorar el ambiente en el que se encuentra la persona y, a su vez, las experiencias, las conductas, los sentimientos y todo lo que concierne a lo que no es visible pero sí se puede percibir.

3.2 Historial Clínico de enfermería

Descripción general del sujeto de estudio

Se describen los antecedentes familiares, características clínicas del paciente y características sociodemográficas que ya se habían registrado previamente en el Hospital en su crisis de asma; para mi estudio de caso: la mamá del paciente pediátrico me proporciono el resumen clínico, el cual se describe a continuación:

Edad: 7 años dos meses

Sexo: masculino

Religión: católica

Lugar de nacimiento: Tlanchinol, Hidalgo.

Domicilio actual: Tlahuiltepa, Hidalgo.

Tipo de sangre: N/A

Quirúrgicos: interrogados y negados

Alergias: interrogadas y negadas

Transfusiones: interrogadas y negadas

Inmunizaciones: completas

Exantemáticas: negadas

Se observa en su historial clínico cuando ingreso al hospital que se registró un tiempo de estancia intrahospitalaria con fecha de ingreso del 13 agosto 2023 a un egreso del 17 agosto 2023

Antecedentes familiares

Madre: 31 años de edad, escolaridad licenciatura, ocupación confección de ropa, alergias negadas, se refiere sana y toxicomanías negadas.

Padre: 30 años de edad, escolaridad licenciatura, ocupación campesina, refiere ser sano, toxicomanías y alergias negadas.

Se reporta como hijo único.

Antecedentes personales patológicos

Médicos: asma diagnosticada desde los 2 años de edad, en manejo con salmeterol + fluticasona aerosol, montelukas. Ultima crisis asmática hace 2 años

Transcurso clínico de la infección

Se trata de paciente pediátrico de 7 años 2 meses, originario de Tlanchinol Hidalgo inicia su padecimiento el día 13 de agosto a las 02:00 horas con presencia de tos productiva no Cianosante no emetizante y no disneisante, Estridor laríngeo.

Datos de dificultad respiratoria tiraje intercostal y retracción subxifoidea

La madre del paciente pediátrico, refiere que, durante previas estancia en el servicio de urgencias del hospital, se ingresó por área de triage por las características se hospitaliza; debido a los datos de dificultad respiratoria y persistencia de vómitos, signos vitales FC:140 lpm, SpO2 :85%.

A la exploración física se encuentra alerta, activo, buena coloración hidratado, pupilas isocóricas con respuesta a la luz, narinas permeables, mucosas orales hidratadas, cuello sin alteraciones campos pulmonares con presencia de sibilancias bilaterales, con tiraje intercostal sin datos de insuficiencia respiratoria, abdomen blando depresible, no doloroso a palpación, extremidades integras sin compromiso neurovascular, llenado capilar de dos segundos.

Cuando estuvo en el hospital; particularmente en el servicio de urgencias se mantuvo con manejo de esteroide y broncodilatador, culminó dosis de rescate se mantuvo con MNB horarias, con esteroide inhalado y con aporte de oxígeno suplementario.

3.3 Nivel de afrontamiento.

En el caso de estudio que se realizó, la aplicación de la escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación (ESCAPS) fue diseñado por Callista Roy en 2004, consta de 47 ítems agrupados en cinco dimensiones o factores y con puntuación Likert con 4 criterios (1= nunca, 2= rara vez, 3= casi siempre, 4= siempre); siendo su padre o tutor quien respondió la encuesta la cual en total de 47 a 88 puntos globales lo que coloca a nuestro paciente en un grado de capacidad de afrontamiento y adaptación de “alta capacidad”.

Tabla No. 7

Resultados de la medición del proceso de afrontamiento y adaptación

Grado de capacidad de afrontamiento y adaptación	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5	Puntaje Global
	Recursivo y centrado	Físico y enfocado	Proceso de alerta	Procesamiento sistemático	Conociendo y relacionando	
Baja capacidad	47-82	13-23	9-16	6-11	8-14	47-82
Mediana capacidad	20-28	24-33	17-23	12-15	15-20	83-118
Alta capacidad	29-36*	34-42	24-29*	16-20*	21-26*	119-153*
Muy alta capacidad	37-44	43-52*	30-36	21-24	27-32	154-188
Resultados	29	43	27	16	25	140

Fuente: Aplicación de la escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación (ESCAPS), 2024. * Nivel de afrontamiento que obtuvo el paciente pediátrico.

A continuación, se realiza la descripción de cada factor que se identificó en la aplicación de la escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación (ESCAPS), donde:

Factor 1 Recursivo y centrado: se identificó que, en este factor, una “alta capacidad” de afrontamiento de estrés ante una crisis de asma con un puntaje de 29 donde reflejó su comportamiento personal con respecto a la solución de su problema de salud.

Factor 2 Físico y enfocado: en este apartado se identificó una “muy alta capacidad” de afrontamiento de estrés ante una crisis de asma con un puntaje de 43; esto permite resaltar las reacciones físicas que demuestra el paciente pediátrico además de establecer una salida adecuada durante el manejo de situación.

Factor 3 Proceso de alerta: se observa que en el factor tres tiene “alta capacidad” de afrontamiento de estrés ante una crisis de asma con un puntaje de 27 donde se observó que los comportamientos del paciente pediátrico del “yo personal y físico” se enfoca en los tres niveles de procesamiento de la información. De entradas, procesos centrales y salidas manteniendo la combinación de estilos y estrategias; es decir, el paciente se mantiene estable ante la situación.

Factor 4 Procesamiento sistemático: se identificó que en el factor cuatro tiene “alta capacidad” de afrontamiento de estrés ante una crisis de asma con un puntaje de 16; en este punto se alcanza a describir las formas personales y físicas del paciente pediátrico para hacerse cargo de su situación actual y saber afrontarla.

Factor 5 Conociendo y relacionando: se observa que en el factor cinco tiene “alta capacidad” de afrontamiento de estrés ante una crisis de asma con un puntaje de 25 donde se observa como describe las estrategias que utiliza para referirse a sí

mismo; y a otros utilizando la memoria y la imaginación para relajarse durante el proceso de la crisis asmática.

El Puntaje Global que se identificó en este estudio de caso de afrontamiento de estrés en un niño escolar ante una crisis de asma de 140 puntos; que lo centran en un afrontamiento de “alta capacidad”; es decir, el paciente pediátrico cuenta con herramientas para el afrontamiento de estrés; a pesar de ser un menor de 7 años.

Al contrario de otros casos, donde se establece que la baja capacidad de afrontamiento y adaptación refleja un estilo pasivo o evitativo, que consiste en la ausencia o en la reducción de los esfuerzos para enfrentar directamente el suceso conflictivo, con estrategias centradas en la emoción y con conductas de evasión y negación, percibiendo la situación como no controlable; lo que no ayuda a controlar la crisis de asma que se presenta en ese momento.

En la mediana capacidad de afrontamiento y adaptación, la persona refleja un estilo de afrontamiento pasivo o activo, con estrategias de uso variadas y limitadas; es decir, puede tener un estilo pasivo y emplear moderadamente estrategias de estilo activo o tener un estilo activo, pero con uso moderado de estrategias de estilo pasivo. Su nivel de capacidad de afrontamiento y adaptación será muy limitado, porque no genera respuestas tan efectivas que le permitan a la persona adaptarse y confrontar la situación de forma óptima, por lo cual requiere reforzar cada una de las estrategias y recursos que está utilizando.

En la alta capacidad de afrontamiento y adaptación, la persona refleja un estilo de afrontamiento activo con estrategias centradas en el problema tanto cognitivas como comportamentales, percibiendo la situación como controlable.

La muy alta capacidad de afrontamiento y adaptación, la persona refleja un estilo de afrontamiento activo con estrategias resolutivas, centradas en el problema y con control de la situación.

3.4 Evolución clínica del paciente durante su hospitalización y egreso.

Durante su estancia en el servicio de Medicina Interna se mantuvo con la siguiente evolución:

Neurológicos mantiene activo, reactivo sin presencia de movimiento anormales o crisis convulsivas durante su estancia.

Hemodinámico: con tensiones arteriales y frecuencia cardiaca dentro de percentiles para la edad, sin datos de bajo gasto. A su ingreso con tendencia la taquicardia al retiro de oxígeno suplementario, con posterior tolerancia.

Ventilatorio: a su ingreso con oximetrías de 88%, se deja con nebulizaciones cada 6 horas con combivent y esteroide intravenoso, con aporte de oxígeno suplementario a 3 litros por minuto por puntas nasales, con destete gradual, hasta lograr el destete, al momento con adecuada entrada y salida de aire, con oximetrías superior al 90%. Se solicita radiografía de senos paranasales, en donde se reporta con aumento de edema con lo que se integra diagnóstico de rinosinusitis, por lo que le inician manejo con Cefuroxima a 30 mg kg día completando 3 días, así como esteroide intravenoso a 2 mg kg día.

Gastro nutricio se deja en ayuno, condiciones abdominales adecuadas, al manejo del patrón respiratorio se reinicia la vía oral con adecuada tolerancia presencia de gasto fecal.

Infecto lógico se mantiene afebril si datos de respuesta inflamatoria, se dejó manejo con antibiótico cefuroxima.

Paciente que evoluciona a la mejora, actualmente sin ninguna afectación en ningún nivel por lo que deciden su egreso y seguimiento en consulta externa.

Manejo durante su estancia intra hospitalaria (estudios de laboratorio y gabinete: Rx de senos paranasales con presencia de edema).

Manejo inhalo terapia MNB con salbutamol+ bromuro de ipatropio 3 gotas kg dosis MNB con budesónida 250 mcg.

Describir su egreso:

Paciente que evoluciona a la mejora, actualmente sin ninguna afectación en ningún nivel por lo que deciden su egreso y seguimiento en consulta externa. Se comenta a la madre datos de alarma en caso de presentar alguno de ellos, acudir a cita abierta a agencias

Capítulo 4 Discusión

4.1 Discusión

En el proyecto de investigación de Sindy Carolina Moreno, que realizó en el año 2017; dentro del Hospital Infantil Universitario San José, de Colombia; realizó su estudio de “Estrés, afrontamiento y control del asma en niños”; este asunto lo ejecutó con más de 140 pacientes pediátricos.

Entre las formas de riesgos y daños potenciales a los niños se evaluaron de manera anticipada: la vulnerabilidad del menor de edad, el daño fisiológico - emocional como consecuencia directa del estudio de investigación; la represalia, castigo o daño físico infringidos por otras personas debido a su participación en las actividades de la investigación (Graham, 2013); y el sufrimiento, la ansiedad y la pérdida de autoestima en los estudios de investigación social (Alderson y Morrow, 2019), se comunicó que la atención asistencial para el niño y la familia no cambiara luego de la participación en la investigación y la protección de sus derechos era el principal objetivo.

Para este proceso, se contó con todo un equipo de profesionales de la salud, por lo que se contó con información para establecer el caso clínico; si se contaba con una emergencia física, correspondía al médico especialista, que era un pediatra que se encontraba disponible de tiempo completo.

En sus resultados se encontraron diferencias, con respecto a la variable del estrés, donde se evidencia que el grupo de niños con asma que ingresaron a consulta externa presentaba un nivel de estrés leve (promedio de respuesta de 8.3); mientras que en el de hospitalización los niños mantuvieron un promedio de respuesta de 16; esto señala un nivel de estrés grave; permite identificar que los estresores cotidianos se encuentran presentes, con mayor frecuencia, en el niño hospitalizado.

En nuestro a nuestro caso de estudio, a comparación se identificó una respuesta similar a los 16 puntos; lo que llevo a nuestro paciente pediátrico con crisis de asma a un nivel de estrés bajo a pesar de encontrarse hospitalizado; debido a las herramientas emocionales con las que cuenta de manera nata y el gran apoyo de su familia que recibía.

Esto nos lleva a que la familia, resulta ser el segundo componente más significativo para los niños a la hora de identificar el estrés, ya que una relación cercana con los padres, compartir tiempo con ellos, y reconocer que su familia tiene buenos hábitos como no fumar o beber; esas variables hacen que se acerquen más a su vínculo familiar y se sientan protegidos al momento de realizar la evaluación del niño con el padecimiento asma y llevar un control adecuado.

En nuestro caso clínico, con respecto a la variable de afrontamiento, con la escala aplicada, nos permitió distinguir que nuestro paciente pediátrico asume el afrontamiento de manera funcional o disfuncional. En el caso de nuestro paciente pediátrico; se alcanzó a evidenciar que sí; se encontraba en manejo ambulatorio asumían un afrontamiento funcional, usando las estrategias de búsqueda de apoyo y control emocional con mayor frecuencia.

Finalmente, esto nos permitió identificar en algunos casos los pacientes que se encuentran hospitalización suelen asumir y afrontar los estresores cotidianos con acciones y comportamientos centrados en la emoción; en cambio, los niños con control de la enfermedad actúan mediante conductas centradas en la evaluación o en el problema como fue nuestro caso.

4.2 Conclusiones

En la presencia de un caso clínico, se puede evidenciar que la formación de la enfermería como una ciencia y como disciplina; es estar pendiente de mejorar los procesos de vida; para promover la adaptación de los pacientes, como es el caso de los pacientes pediátricos; particularmente en ¿cómo puede afrontar el estrés un niño escolar de 7 años con crisis asmática?; para responder a esto, la realización de este caso de estudio, la enfermera pediátrica aporta la evidencia que expande la teoría de mediano rango, donde estas se desarrollan principalmente para realizar una investigación cualitativa, enfocarse en los problemas del paciente, responder a las necesidades del paciente, identificar las intervenciones y los patrones cambiantes de la atención al paciente.

Uno de los objetivos específicos es describir el estudio de caso del sujeto de investigación; para ello en el caso clínico, que se describe en este documento, por medio de Callista Roy que elaboró un modelo de adaptación, y señaló que las respuestas adaptativas son respuestas que favorecen la integridad de la persona en términos de metas de supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio; lo que nos llevó a identificar un nivel de afrontamiento y adaptación de nuestro paciente pediátrico; es decir, la categorización que se propuso utilizar permitió identificar de manera; que se favorece el desarrollo teórico, porque determina y clarifica el grado de capacidad, los estilos y las estrategias de afrontamiento; además el nivel de adaptación que utilizan los pacientes pediátricos para continuar con su supervivencia a pesar de su padecimiento; con esto se da respuesta a el objetivo general, que se describió como evaluar el grado de afrontamiento y adaptación del paciente pediátrico ante el estrés en una crisis de asma.

El conocer los niveles de estrés del paciente ante la crisis asmática; de acuerdo a la escala de medición de afrontamiento y adaptación de Callista Roy nos fue de

utilidad para evaluar la capacidad de afrontamiento del paciente pediátrico; ya que permitió observar que durante su crisis asmática, el sujeto de estudio permaneció con un nivel de estrés bajo a pesar de haber ingresado al hospital y contar con 4 días de estancia intrahospitalaria, en observación y tratamiento; posterior a ello se identificó un grado alta de afrontamiento ante el estrés, al presentarse nuevamente una crisis de asma; ya que el paciente pediátrico se siente apoyado por su familia en todo momento, aunado a eso la familia conoce como atenderlo ante una crisis de asma; para mantenerlo estable en lo que lo trasladan a una unidad médica para su valoración; es decir, el desarrollo de la enfermedad permite mantenerlo en un grado alto y de seguridad para afrontar su situación.

El Identificar el proceso de disminución de estrés del paciente ante la crisis asmática; donde el quehacer de una enfermera pediátrica; se define como un ser profesional capacitado para proporcionar cuidados de enfermería especializados durante la infancia y adolescencia; en todos los niveles de atención: incluyendo la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y sobre todo la asistencia al niño o adolescente sano y enfermo; así como proporcionarle una rehabilitación, dentro de un equipo interdisciplinar y multiprofesional.

Con esto, se identifica que la enfermera pediátrica, se capacita constantemente para romper con los paradigmas de cuidados en beneficio de sus pacientes; generando nuevos conocimientos para el cuidado con una actitud científica responsable; ejerciendo liderazgo en el ámbito del cuidado al niño y al adolescente; al estar capacitado para planificar, ejecutar y evaluar programas de salud relacionados con la especialidad y desarrollar trabajos de investigación y docencia para mejorar la calidad de los servicios y colaborar en el progreso de los mismos.

La enfermera especializada, puede contar con su consultorio con la finalidad de proporcionar atención preventiva, como un sistema regulador a modo de adaptación fisiológico; sino también en el subsistema cognitivo sobre las habilidades humanas

de pensar, sentir y actuar a través del procesamiento de la información que se presenta ante una situación nueva de salud de sus pacientes; con el fin de influir positivamente en la salud mental y física de las personas.

4.3 Sugerencias

Como se ha comentado el papel de la enfermería especialista; que se encarga de las valoraciones individuales a niños sanos y enfermos que se llevan a cabo en su consultorio; distinguiendo las acciones de la Enfermería Pediátrica en este mundo con nuevos retos, se requiere de un personal con una aplicación inmediata de las acciones estratégicas, implícitas en una planificación y gestión en el tiempo; y en un contexto de educación hacia los padres y adolescentes favoreciendo su autocuidado.

Al identificar las intervenciones de actividades específicas en este caso de estudio particularmente:

1. Se deberá de capacitar a los padres, sobre el padecimiento de su hijo padece asma; esto le ayudará al pediátrico a sentirse mejor y permanecer activo aprendiendo un poco sobre la enfermedad; y que debe hacer, así como lo que debe evitarse para sentirse mejor.
2. Establecer con los padres que deben permitir que su hijo participe lo más posible en el trabajo escolar habitual, los deportes y otras actividades que puedan distraerlo y animarlo a explorar nuevas áreas de interés en beneficio de su desarrollo de forma más natural y objetiva.
3. Es la obligación de los padres de mantener informado a su hijo sobre su enfermedad; con la finalidad de hacerlo sentir seguro y se pueda mantener activo y hacerse responsable de identificar sus síntomas de manera oportuna para la

toma de sus medicamentos y estar atento a los factores que pueden desencadenar una crisis de asma.

4. Los padres deberán de permitir que su hijo tenga más responsabilidades en sus actividades diarias en el hogar y escuela; así como las de recreación; para contar con un desarrollo lo más normal posible independientemente del tratamiento que debe llevar por su diagnóstico de crisis de asma; esto evitará en sus círculos sociales que lo traten como una persona diferente; sino darle seguridad para que se desarrolle adecuadamente.
5. Los padres deberán estar al pendiente de su hijo para que no considere conductas inaceptables; para llevar una vida sana y que no le genere preocupación por su salud mientras se encuentre controlado con su tratamiento y este consciente de lo que debe hacer si se presentan problemas respiratorios.
6. Capacitar a los padres para que guarden la calma en caso de presentarse una crisis de asma; siendo importante no sentir pánico frente a su hijo cuando sufra una crisis de asma; ya que su reacción puede ponerlo más nervioso y empeorar la crisis, no dude en ponerse en contacto con un médico de urgencias.
7. Los padres que puedan encontrasen en una situación como esta; deberán de confiar plenamente en que su hijo puede realizar una vida normal; aun con el padecimiento del asma; deberán proporcionarle la confianza y fortaleza en su desarrollo físico, social, emocional e intelectual; y siempre estar al pendiente de su hijo cuando llegue a presentar algún cambio diferente a su comportamiento normal.

Estas sugerencias, más adelante se pueden utilizar para desarrollo de un protocolo de atención en las enfermeras especializadas en pediatría; favoreciendo la aprobación de la teoría y su desarrollo, así como la clarificación de otros conceptos de la práctica de enfermería en futuras investigaciones.

Bibliografía

- Arrieta, G. A., Baldi-lópez, G., & Nasetta, S. A. De. (2015). Estrategias de afrontamiento y estrés en un grupo de niños de la ciudad de San Luis (Argentina), 11(18), 97–106.
- Anuario de Morbilidad 1984-2020.20 principales causas de enfermedad nacional. disponible en: https://epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/principales_nacional.html
- August, G. J. (1998). Convergent and criterion-related validity of the Behavior Assessment System for Children-Parent Rating Scale. *Journal of Clinical Child Psychology*, 26(2), 276-284.
- Asensi, J. R. V., & Garde, J. G. (2015). control del asma infantil (ACT) para su uso en España, (XX).
- Bazán-Riverón, G. E., Rodríguez, M. J. I., Osorio, G. M., & Sandoval-Navarrete, J. (2014). Características sociodemográficas de las cuidadoras y problemas que enfrentan en la atención del niño con asma. *Revista Del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias*, 73(1), 4–11.
- Barraza Villareal A. Asma infantil: un importante problema de salud pública. Academia de Ciencias de Morelos A.C. Lunes 22 de enero de 2018
- Batteman, E. (2014). Overall asthma control: the relationship between current control and future risk. 25(3):600- 608.
- Bryant, C., & Frazier, A. D. (2019). Developing visual-spatial thinking in youth using sensorimotor experiences: Approaches from a Piagetian cognitive framework. *Journal of Pedagogical Research*, 3(3).
- Benítez, M., y Rubiol, T. C. (2015). Aspectos psicológicos del asma infantil. *Rev. Pediatr Aten Primaria*, 7(2), 137-149.
- Bermúdez, J. A., Vicente, V. B., Fernández, M. de B., Vallejos, R. B., Agustín, I. C., Gutiérrez, D. G., Molina, P. T. (2011). Guía de autocuidados para el asma. Comunidad de Madrid.

-
- Buckner, E, Hayden, S. (2014). *Synthesis of Middle Range Theory of Adapting to Chronic Health. Generating Middle Range Theory*. Springer Publishing Company.
 - Bussing, N., Benjamin B., Wells KB (1995). Prevalence of behavior problems in US children with asthma. *Arco Pediatr Adol Med*, 149 (5) 565-572.
 - Concepción García, L., Sánchez Silot, C., Sagaró del Campo, N., William Cisneros, M., & Márquez Chacón, A. (2017). Conocimientos en padres acerca del asma padecida por sus hijos. *Medisan*, 21(5), 548-555.
 - Cabanillas, D. (2014). *Asociación entre prematuridad y bajo peso al nacer con asma bronquial (tesis especialización)*. Universidad Antenor Orrego.
 - Caballero Quiroz, R. J., & Calle Mendoza, M. J. (2015). *Asma: aspectos clínicos y epidemiológicos* (Doctoral dissertation, UCV).
 - Cabello, M. T., Sancho Gutiérrez, R., García Higuera, L., Pérez Belmonte, E., & Cabero Pérez, M. J. (2014). Conocimientos sobre el tratamiento médico del asma en padres de niños asmáticos. *Bol Pediátrica*, 54(229), 168-72.
 - Calle, J.E. (2000). *Módulo de Introducción a la Psicología*, Universidad de Jaen, España. Editorial ARIASDON.
 - Cartwright (1994). Enrichment processes in family caregiving to frail elders. *Advances Nursing Science*, 19 (1), 31-43.
 - Casaretto, M., Chau, C., Oblitas, H. y Valdez, N. (2003). Estrés y afrontamiento en estudiantes de Psicología. *Revista de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú*, 21(2), 365-392.
 - Castiblanco, P. (n.d.)(2014). *Estilos cognitivos y estrategias de afrontamiento en niños y niñas de 9 a 11 años* Luz Clemencia Albarracín Lizcano 1 Ingrid Bibiana Peña Castiblanco 2.
 - Castillo Lobos, L., & Pavez Lizarraga, A. (2021). *El lugar epistemológico de la Enfermería como arte desde una mirada aristotélica*.
 - Chaparro L. (2009). *Trascender en un vínculo especial de cuidado: el paso de lo evidente a lo intangible (Tesis Doctorado en Enfermería)*. Universidad Nacional de Colombia.

-
- Chen H., Wang J., Jan R., Liu Y., Liu L. (2014). Reliability and validity of childhood asthma control test in a population of Chinese asthmatic children. *Qual. Life Res*, 17(4):585-93.
 - Cheung, P. (2004). La enfermería infantil y los cuidados centrados en la familia. *Enfermería Clínica*, 14(3), 83-92
 - Chalut, D.S., Ducharme, F.M., & Davis, G.M. (2000). The preschool respiratory assessment measure (PRAM): A responsive index of acute asthma severity. 137(6).
 - Compas, B., Malcarne, V.L. y Fondacaro, K. (1988). Coping with stressful events in older children and young adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(8), 405-411.
 - Compas, B., Orosan, P. Grant, K. (1995). Adolescent stress and coping: implications for psychopathology during adolescence. *Journal of Adolescence*, 16(1), 331-349
 - Cooper, S., Osborne, J., Newton, S., Harrison, V., Coon, J. T., Lewis, S., & Tattersfield, A. (2003). Effect of two breathing exercises (Buteyko and pranayama) in asthma: A randomised controlled trial. *Thorax*, 58(8), 674–679. <https://doi.org/10.1136/thorax.58.8.674>
 - Cousson, F. (2000). Breast cancer, coping and quality of life: A semi-prospective study. *European Review of Applied Psychology*, 50(3), 315-320.
 - Crespo, M. P. (2015). El impacto del asma en la infancia y la adolescencia. *Actualización En Pediatría 2013*, 257–265.
 - Curtin, M, Lubkin. L. (1998). What it is chronicity? - Chronic illness impact and intervention. 4 ed. Toronto: Jonse and Barlett Publishers. p. 3-25.
 - Duque, P. A., & Asociada, D. (2016). Afrontamiento y adaptación de cuidadores de niños y niñas con cáncer, 302–311. <https://doi.org/10.22267/rus.161802.40>
 - Eligio, M. (2005). *Psicología Especial*, Editorial Félix Varela. La Habana-Cuba.
 - Erickson, E. (2014). *Ciclo vital completado*. Buenos Aires: Paidós

-
- Escobar, M. (2008). Adaptación sociométrica e inadaptación socioemocional en la infancia: modelos predictivos, 1-411.
 - Escobar, M., Maldonado, E. F. y Muñoz, A. M. (2008). Stress and psychosocial resources. *Psicothema*, 21, 598-603.
 - Espinoza Huacchillo, L. E., Lozano Diaz, K. E., Minchan Fajardo, L. N., & Roldan Espinoza, R. E. (2017). Conocimiento de los padres sobre las medidas preventivas en crisis asmática en el Servicio de Pediatría del Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé”, 2016.
 - Fawcett, J. (2022). The metaparadigm of Nursing: Present status and future refinements. *Image Journal of Nursing Scholarship*, 16(3) 84-87.
 - Fay, M. P., & Proschan, M. a. (2010). NIH Public Access. *Stat*, 1-37. <https://doi.org/10.1214/09-SS051>. Wilcoxon-Mann-Whitney
 - Fernández, A. y López, I. (2006). Transmisión de emociones, miedo y estrés infantil por hospitalización. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(3), 631-645.
 - Fernández, E.G. (2017). *Estilos y Estrategias de Afrontamiento*. Cuaderno de Prácticas de Motivación y Emoción. Madrid: Pirámide.
 - Fernández, F. J. (2019). Estrés, riesgo familiar e inadaptación socioemocional y escolar en la infancia. Doctor, 268. Retrieved from <http://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/2674/16851511.pdf>
 - Fernández, M. (2009). Estrés percibido, ¿estrategias de afrontamiento y sentido de coherencia en estudiantes de enfermería?: su asociación con salud psicológica y estabilidad emocional (Tesis Doctoral), 1-474. <https://doi.org/10.2307/2136404>
 - Flórez Pérez, J. X., & Rangel Morales, A. J. (2019). Análisis entre la dinámica familiar y el rendimiento académico en adolescentes de la corporación maría Goretti, Cúcuta.
 - Folkman, S. y Lazarus, R. (1984). If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47, 150-170.

-
- Gavidia, R., Pascuzzo, C., Sánchez, H., Carmona, M., Castellanos, A., Renaud, A. (2001). Relación del Tipo de Lactancia Materna con el Riesgo de Asma Bronquial. *Médico de familia*. p 120. Retrieved from http://ccp.ucr.ac.cr/cursos/epidistancia/contenido/cas_casocontrol.pdf
 - García-García, J. A., Reding-Bernal, A., & López-Alvarenga, J. C. (2017). Cálculo del tamaño de la muestra en investigación en educación médica. *Investigación En Educación Médica*, 2(8), 217–224. [https://doi.org/10.1016/S2007-5057\(13\)72715-7](https://doi.org/10.1016/S2007-5057(13)72715-7)
 - Gema (2009) (spanish guideline on the management of asthma). *Journal investig allergol clin immunol*. 2010 (20) 1-59.
 - Ghiglione, M. E. (2015). Estudio psicométrico de una versión abreviada del Cuestionario Argentino de Afrontamiento para Niños.
 - Godoy, V.; Moreno, JE. (2002). Afrontamiento del estrés y neuroticismo en relación con la severidad del asma. *Archivos de alergia e inmunología*, 33(2), 53-57.
 - González, M., y González, L. (1995). El estrés y el niño. Factores de Estrés durante la infancia. Ediciones Universidad de Salamanca, 7, 185-201.
 - Gordillo, E. (1995). Una Escala Reducida de Ansiedad basada en el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA): Un estudio exploratorio. *Annals de Psychology*, 11, 99-106.
 - Galiano Subia, F. A. (2024). Modelo conceptual de enfermería en la práctica del cuidado en la atención primaria de salud de las unidades operativas ancladas a la Coordinación Zonal 1–Salud, 2023 (Master's thesis).
 - Green, S. B., & Salkind, N. J. (2008). Using SPSS for Window and Macintosh: Analyzing and understanding data. Northern Arizona University, Department, 1-8. Retrieved from <http://oak.ucc.nau.edu/rh232/courses/EPS625/Handouts/Nonparametric/TheKruskal-WallisTest.pdf>
 - Global Strategy for Asthma Management and Prevention, Global Initiative for Asthma (Iniciativa Global para el Asma).

-
- Halpern, L. F. (2004). The relations of coping and family environment to preschoolers' problem behavior. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 25(4), 399-421
 - Hernández, S. (2000). *Metodología de la Investigación*. Madrid: McGraw-Hill. Edición sexta. p.308 156
 - Herrera, B. (2004). Dimensión espiritual del cuidado en situaciones de cronicidad y muerte: Surgen luces de esperanza para acoger mejor el reto de la totalidad, tras años de investigación en enfermería. *Aquichan*, 4(1), 6-9.
 - Huanca, P. (2014.). *Estresores Cotidianos Y Su Relación Con El Afrontamiento En Niños De 8-12 Años Del Hogar José Soria De La Paz*.
 - Iniciativa Mundial Para el Asma (Iniciativa Global para el Asma) día mundial del asma disponible en: <https://ginasthma.org/world-asthma-day-2022>
 - Jiménez, V., Zapata, L., & Díaz, L. (2018). Capacidad de afrontamiento y adaptación de los familiares del paciente adulto hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo. *AQUICHÁN*, 13.
 - Kelly, J., Storie, K., Pedersen, W. A., Tammara, A., Hatanpaa, K., Mattson, M. P. (2014). Involvement of oxidative stress-induced abnormalities in ceramide and cholesterol metabolism in brain aging and Alzheimer's disease. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 101(7), 2070-2075.
 - Lezana, V., & Arancibia, J. C. (2006). Consideraciones epidemiológicas del asma en Latinoamérica. [Http://Www.Neumologia-Pediatrica.Cl](http://Www.Neumologia-Pediatrica.Cl), 45–48.
 - López Fernández, M., & Álvarez-Llaneza García, E. (1995). Aspectos psicológicos de la hospitalización infantil. *Universidad de Valladolid. Área de Psicología Médica Y Psiquiatría*, 36, 235–240.
 - Ley 911. (2004). Responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia. *El congreso de Colombia*.
 - Lima, L., Guerra, M. & Serra, M. (2020). The psychological adjustment of children with asthma: study of associated variables. *The Spanish Journal of Psychology*, 13(1), 353-363.

-
- Liu A, Zeiger R, Sorkness C, Mahr T, Ostrom N. (2007). Development and cross-sectional validation of the Childhood Asthma Control Test. *J. Allergy Clin. Immunol*, 119(4):817-25.
 - López (1996). *Fundamentos de Métodos estadísticos*. Madrid. Edición tercera
 - López, M., y Álvarez, E. (1995). Aspectos psicológicos de la hospitalización infantil. *Universidad de Valladolid. Área de Psicología Médica Y Psiquiatría*, 36, 235-240. Marriner Tomey A. *Modelos y teorías de enfermería*. Madrid: Elsevier; 2007, 6a ed.
 - León-Duarte, G. A. (2021). Teorías de rango medio en comunicación: Elementos constitutivos para un enfoque de comunicación como cultura. *Matriz es*, 15(2), 95-118.
 - Martínez V. (2012) El estrés en la infancia: estudio de una muestra de escolares de la zona sur de Madrid capital. *Revista Iberoamericana de Educación / Revista Iberoamericana de Educação* 59(2).
 - Martínez, V. (2012). ¿El estrés en la infancia?: estudio de una muestra de escolares de la zona sur de Madrid capital. *Revista Iberoamericana de Educación*, 59(2), 1-9.
 - Martínez González, V. (2020). *Abordaje de las enfermedades crónicas en el sistema público de salud: los modos y formas de atención en el tratamiento de enfermedades crónicas desde la perspectiva del paciente* (Master's thesis, Buenos Aires: FLACSO. Sede Académica Argentina.).
 - Maturana, H., Vargas S. (2015). El estrés escolar. *Revista Clínica Las Condes*, 26(1), 34-41. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2015.02.003>.
 - Martínez, C. I., Míguez, C. P., & Sarmiento, C. S. Estrategias de gestión presente en el personal de enfermería ante la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657: Estudio a realizarse durante julio-octubre del 2021, con enfermeros que trabajan en el Hospital Florencio Díaz, de la ciudad de Córdoba (Bachelor's thesis).

-
- Martínez-Trujillo, N. (2019). Modelo de enfermería salubrista para el enfoque interdisciplinar en las prácticas de cuidados. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*, 27(2), 60-3.
 - Navarrete Luco, I. I. (2024). Cuidados de fin de vida a personas mayores en localidades rurales de la provincia de Llanquihue, Región de Los Lagos, Chile.
 - Ortiz, M. I., Cano-Fragoso, C. V., Lazcano-Ortiz, M., Romo-Hernández, G., & Escamilla-Acosta, M. A. (2012). Factores de riesgo en niños asmáticos. Conocimiento que tienen sus padres sobre asma. *Acta pediátrica de México*, 33(3), 126-132.
 - Organización mundial de la salud Asma. disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/asthm>
 - Paredes Manrique, J. L. (2024). Aplicación del proceso de atención de enfermería por ciclos de vida-infancia, cantón Urcuquí, 2022 (Bachelor's thesis).
 - Pérez Rodríguez, L. A., Sixto Pérez, A., Jiménez Pérez, P. M., & Fundora López, Y. (2019). Teoría de Jean Watson: Cuidado de Enfermería en situación de cronicidad en el nivel primario. In *Congreso de la Sociedad Cubana de Enfermería* (pp. 1-7).
 - Pedraza, P. P., & López, T. S. (2016). Desarrollo de la comunicación y del lenguaje: indicadores de preocupación. *Pediatría atención primaria*, 8(32), 111-125.
 - Pérez, B. (2015). Prevalencia de estrés postraumático y trastorno antisocial de la personalidad en la población desmovilizada de las guerrillas colombianas en Bogotá, DC. *DC Bogotá, Cundinamarca, Colombia*.
 - Puigbó, J., Edo, S., Rovira, T., Limonero, J. T., & Fernández-Castro, J. (2019). Influence of the perceived emotional intelligence on the coping of the daily stress. *Ansiedad y Estrés*, 25, 1-6.
 - Roy C. Coping and Adaptation Processing Scale (CAPS), 2019. En prensa.

-
- Segura Moreno, C. C. (2017). Estrés, afrontamiento y control del asma en niños.
 - Salazar Torres, M. C. (2024). Prevalencia del asma bronquial en niños y sus factores de riesgo. Revisión sistemática.

Apéndice No. 1 Le General de Salud

**Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de
1984**

TEXTO VIGENTE

Última reforma publicada DOF 24-04-2013

Al margen un sello con el Escudo Nacional que dice: Estados Unidos Mexicanos – Presidencia de la Republica. Miguel de la Madrid Hurtado, Presidente Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos, a sus habitantes, sabe: Que el H. Congreso de la Unión se ha servido dirigirme el siguiente: DECRETO. “El Congreso de los Estados Unidos Mexicanos, secreta:

LEY GENERAL DE SALUD

TÍTULO PRIMERO

Disposiciones Generales

CAPITULO ÚNICO

Artículo 2.- El derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades:

1. El bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;
2. La prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana.
3. La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuvan a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social;
4. La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud;
5. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población;
6. El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud.

-
7. El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.

Artículo 96.- La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

1. Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos.
2. Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social.
3. A la prevención y control de los problemas de salud que se consideren prioritarios para la población.
4. Al conocimiento y control de los efectos nocivos del ambiente en la salud.
5. Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud.
6. A la producción nacional de insumos para la salud.

Artículo 99.- La Secretaría de Salud, en coordinación con la Secretaría de Educación Pública, y con la colaboración del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología y de las instituciones de educación superior, realizará y mantendrá actualizando un inventario de la investigación en el área de salud del país.

Artículo 100.- La investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases:

1. Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica.
2. Podrá realizarse sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro método idóneo.
3. Podrá efectuarse sólo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación.
4. Se deberá contar con el consentimiento por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de

incapacidad legal de aquél, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud.

5. Sólo podrá realizarse por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes.
6. La realización de estudios genómicos poblacionales deberá formar parte de un proyecto de investigación.
7. El profesional responsable suspenderá la investigación en cualquier momento, si sobreviene el riesgo de lesiones graves, invalidez o muerte del sujeto en quien se realice la investigación y las demás que establezca la correspondiente reglamentación.

Apéndice No.2 Declaración de Helsinki de la Asociación Mundial

Recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica en personas Adoptada por la 18 Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada por la 29 Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre de 1975, la 35 Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre de 1983 y la 41 Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre de 1989.

I. Principios básicos

- 1) La investigación biomédica que implica a personas debe concordar con los principios científicos aceptados universalmente y debe basarse en una experimentación animal y de laboratorio suficiente y en un conocimiento minucioso de la literatura científica.
- 2) El diseño y la realización de cualquier procedimiento experimental que implique a personas debe formularse claramente en un protocolo experimental que debe presentarse a la consideración, comentario y guía de un comité nombrado especialmente, independientemente del investigador y del promotor, siempre que este comité independiente actúe conforme a las leyes y ordenamientos del país en el que se realice el estudio experimental.
- 3) La investigación biomédica que implica a seres humanos debe ser realizada únicamente por personas científicamente cualificadas y bajo la supervisión de un facultativo clínicamente competente. La responsabilidad con respecto a las personas debe recaer siempre en el facultativo médicamente cualificado y nunca en las personas que participan en la investigación, por mucho que éstas hayan otorgado su consentimiento.
- 4) La investigación biomédica que implica a personas no puede llevarse a cabo lícitamente a menos que la importancia del objetivo guarde proporción con el riesgo inherente para las personas.
- 5) Todo proyecto de investigación biomédica que implique a personas debe basarse en una evaluación minuciosa de los riesgos y beneficios previsibles

tanto para las personas como para terceros. La salvaguardia de los intereses de las personas deberá prevalecer siempre sobre los intereses de la ciencia y la sociedad.

- 6) Debe respetarse siempre el derecho de las personas a salvaguardar su integridad. Deben adoptarse todas las precauciones necesarias para respetar la intimidad de las personas y reducir al mínimo el impacto del estudio sobre su integridad física y mental y su personalidad.
- 7) Los médicos deben abstenerse de comprometerse en la realización de proyectos de investigación que impliquen a personas a menos que crean fehacientemente que los riesgos involucrados son previsibles. Los médicos deben suspender toda investigación en la que se compruebe que los riesgos superan a los posibles beneficios.
- 8) En la publicación de los resultados de su investigación, el médico está obligado a preservar la exactitud de los resultados obtenidos. Los informes sobre experimentos que no estén en consonancia con los principios expuestos en esta Declaración no deben ser aceptados para su publicación.
- 9) En toda investigación en personas, cada posible participante debe ser informado suficientemente de los objetivos, métodos, beneficios y posibles riesgos previstos y las molestias que el estudio podría acarrear. Las personas deben ser informadas de que son libres de no participar en el estudio y de revocar en todo momento su consentimiento a la participación. Seguidamente, el médico debe obtener el consentimiento informado otorgado libremente por las personas, preferiblemente por escrito.
- 10) En el momento de obtener el consentimiento informado para participar en el proyecto de investigación, el médico debe obrar con especial cautela si las personas mantienen con él una relación de dependencia o si existe la posibilidad de que consientan bajo coacción. En este caso, el consentimiento informado debe ser obtenido por un médico no comprometido en la investigación y completamente independiente con respecto a esta relación oficial.

-
- 11) En el caso de incompetencia legal, el consentimiento informado debe ser otorgado por el tutor legal en conformidad con la legislación nacional. Si una incapacidad física o mental imposibilita obtener el consentimiento informado, o si la persona es menor de edad, en conformidad con la legislación nacional la autorización del pariente responsable sustituye a la de la persona. Siempre y cuando el niño menor de edad pueda de hecho otorgar un consentimiento, debe obtenerse el consentimiento del menor además del consentimiento de su tutor legal.
 - 12) El protocolo experimental debe incluir siempre una declaración de las consideraciones éticas implicadas y debe indicar que se cumplen los principios enunciados en la presente Declaración.

II. Investigación médica combinada con asistencia profesional (Investigación clínica)

- 1) En el tratamiento de una persona enferma, el médico debe tener la libertad de utilizar un nuevo procedimiento diagnóstico o terapéutico, si a juicio del mismo ofrece una esperanza de salvar la vida, restablecer la salud o aliviar el sufrimiento.
- 2) Los posibles beneficios, riesgos y molestias de un nuevo procedimiento deben sopesarse frente a las ventajas de los mejores procedimientos diagnósticos y terapéuticos disponibles.
- 3) En cualquier estudio clínico, todo paciente, inclusive los de un eventual grupo de control, debe tener la seguridad de que se le aplica el mejor procedimiento diagnóstico y terapéutico confirmado.
- 4) La negativa del paciente a participar en un estudio jamás debe perturbar la relación con su médico.
- 5) Si el médico considera esencial no obtener el consentimiento informado, las razones concretas de esta decisión deben consignarse en el protocolo experimental para conocimiento del comité independiente (Principios básicos).

-
- 6) El médico podrá combinar investigación médica con asistencia profesional, con la finalidad de adquirir nuevos conocimientos médicos, únicamente en la medida en que la investigación médica esté justificada por su posible utilidad diagnóstica o terapéutica para el paciente.

Apéndice No. 3 Consentimiento informado



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA ACADÉMICA DE ENFERMERÍA
ESPECIALIDAD ENFERMERÍA PEDIÁTRICA

Consentimiento Informado

La investigación es dirigida por la L.E. María Martínez Barrera, estudiante de la especialidad en enfermería pediátrica, de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Cuyo objetivo principal es “Presentar el estudio de caso, afrontamiento ante el estrés en el niño escolar ante la crisis de asma”.

El siguiente estudio es sin riesgo como lo indica la ley general de salud en materia de investigación para la salud en el Artículo 17, que dice:

- I. “Investigación sin riesgos: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevista y revisión de expedientes clínicos”.

Es de mi conocimiento que seré libre de retirar a mi hija de este estudio de caso en cualquier momento que lo desee, sin que esto afecte o le sea negada la atención médica para su tratamiento en esta institución. Autorizo para obtener registros médicos y de enfermería durante su hospitalización, así como difundir resultados en revistas y/o ámbitos científicos.

El en el presente documento yo tutor (a) _____ expreso que he leído y comprendido la información anterior y convengo en autorizar de forma voluntaria. Los datos que se recopilen, deberán ser confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Nombre y firma de tutor (a) del participante

Nombre y firma del primer testigo

Nombre y firma del segundo testigo

L.E. María Martínez Barrera
Responsable del estudio de caso

Pachuca de soto Hidalgo a ____ del mes de _____ del año 2021.

Apéndice No. 4 Escala de medición de proceso de afrontamiento y adaptación

Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación

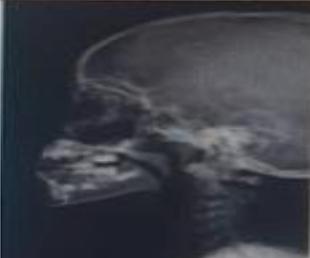
(coping Adaptation Processing Scale, CAPS) Sr. Callista Roy, PhD,RN,FAAN profesora y teórica de Enfermería William F. Connell School of Nursing, Boston College Chestnut Hill, MA

Indicaciones: A veces las personas experimentan eventos muy difíciles o crisis en sus vidas. Abajo se enlistan diversas formas en las cuales las personas responden a esos eventos, por favor para cada enunciado encierre en un círculo el número que este más cercano a la forma como usted respondería. 1: Nunca, 2: Rara vez; 3: Casi siempre; 4: Siempre; ejemplo: Cuando vivo una crisis, o un evento extremadamente difícil yo.....

Pregunta	Nunca 1	Rara vez 2	Casi siempre 3	Siempre 4
1. Puedo hacer varias actividades al mismo tiempo	1	2	3	4
2. Propongo soluciones para problemas nuevos	1	2	3	4
3. Llamo al problema por su nombre y trato de verlo	1	2	3	4
4. Obtengo información para aumentar mis opciones	1	2	3	4
5. Cuando estoy preocupado tengo dificultad para realizar tareas	1	2	3	4
6. Trato de recordar soluciones que me han servido antes	1	2	3	4
7. Trato de que todo funcione a mi favor	1	2	3	4
8. Solo pienso en lo que me preocupa	1	2	3	4
9. Me siento bien de saber que estoy manejando el problema	1	2	3	4
10. Identifico como quiero que resulte la situación	1	2	3	4
11. Soy menos eficaz bajo estrés	1	2	3	4
12. No actué hasta que tengo comprensión de la situación	1	2	3	4
13. Encuentro la crisis demasiado complicada	1	2	3	4
14. Pienso en el problema paso a paso	1	2	3	4
15. Parece que actué con lentitud sin razón aparente	1	2	3	4
16. Trato de reorganizar mis pensamientos positivamente	1	2	3	4
17. Estoy activo durante el día cuando estoy en crisis	1	2	3	4
18. Soy realista a la situación	1	2	3	4
19. Estoy atento a la situación	1	2	3	4
20. Tiendo a reaccionar con exageración al comienzo	1	2	3	4
21. Recuerdo cosas que me ayudaron en otras situaciones	1	2	3	4
22. Miro la situación desde diferentes puntos de vista	1	2	3	4
23. Tiendo a quedarme quieto por un momento	1	2	3	4
24. Encuentro difícil explicar el verdadero problema	1	2	3	4
25. Obtengo buenos resultados con problemas complejos	1	2	3	4
26. Trato de usar mis habilidades para enfrentar la situación	1	2	3	4
27. Puedo desenvolverme mejor cuando tengo que ir a lugares desconocidos	1	2	3	4
28. Utilizo el humor para manejar la situación	1	2	3	4
29. Con tal de salir de la crisis estoy dispuesto a modificar mi vida	1	2	3	4
30. Mantengo equilibrio entre la actividad y el descanso	1	2	3	4
31. Soy más eficaz bajo estrés	1	2	3	4
32. Puedo relacionar lo que sucede con experiencias pasadas	1	2	3	4
33. Tiendo a culparme por cualquier dificultad que tengo	1	2	3	4
34. Trato de ser creativo y propongo soluciones	1	2	3	4
35. Por alguna razón no me beneficio de mis experiencias pasadas	1	2	3	4
36. Aprendo de las situaciones de otros	1	2	3	4
37. Miro la situación positivamente como un reto	1	2	3	4
38. Planteo soluciones, aunque parezcan difíciles de alcanzar	1	2	3	4

Pregunta	Nunca 1	Rara vez 2	Casi siempre 3	Siempre 4
39.Experimento cambios en la actividad física	1	2	3	4
40.Analizo los detalles tal como sucedieron	1	2	3	4
41.Trato de aclarar cualquier duda antes de actuar	1	2	3	4
42.Trato de hacer frente la crisis desde el principio	1	2	3	4
43.Me doy cuenta de que me estoy enfermando	1	2	3	4
44.Adopto una nueva destreza cuando resuelvo mi dificultad	1	2	3	4
45.Me rindo fácilmente	1	2	3	4
46.Desarrollo un plan para enfrentar la situación	1	2	3	4
47. Al parecer me hago ilusiones de como resultaran las cosas	1	2	3	4

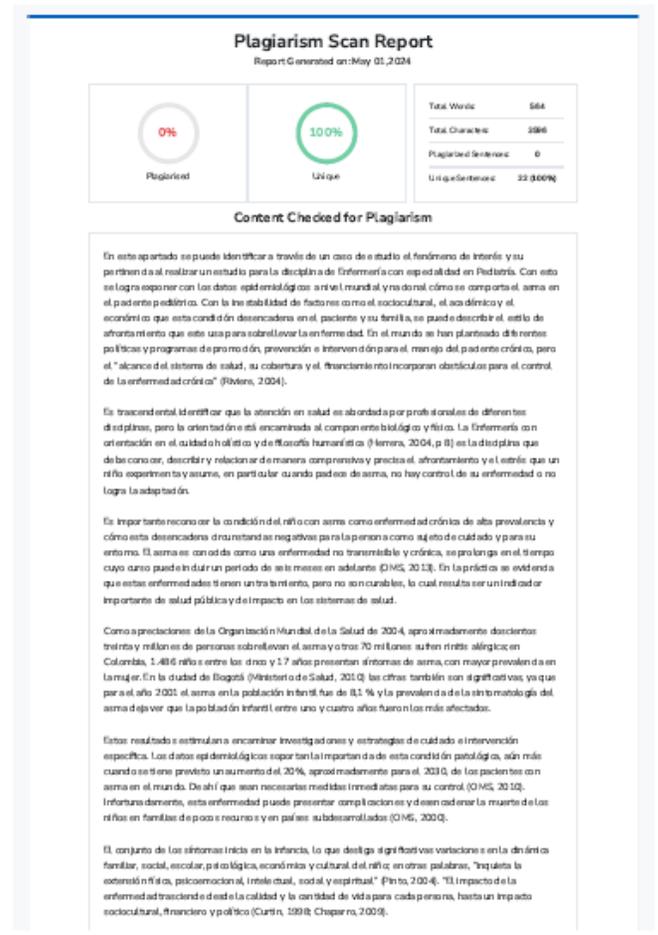
Apéndice No. 5 Fotografías del estudio de caso

Nombre	Imagen	Descripción
Radiografía de senos paranasales		<p>Durante la consulta de enfermería; sus padres del paciente pediátrico; me presentaron las imágenes de su última radiografía; que me permitió comprobar un aumento de edema en los senos paranasales; integrándose un diagnóstico de rinosinusitis.</p> <p>En mi caso, me toca verificar que realizará el tratamiento de forma adecuada.</p>
		
		

Además, se les recomendó a los padres del paciente pediátrico; que se realizarán las siguientes acciones para mejorar su condición respiratoria:

- Ponerle una compresa tibia sobre la nariz y la frente para ayudar a aliviar la presión en los senos paranasales.
- Usar un descongestionante o una solución salina nasal en aerosol.
- Inhalar vapor de un recipiente con agua caliente o de la ducha; para desinflamar el aumento de edema de senos paranasales.

Apéndice No. 6 Comprobación de no plagio



Plagiarism Scan Report

Report Generated on: May 01, 2024



Content Checked for Plagiarism

Es una categorización que hace referencia al cuidado de los pacientes que padecen una enfermedad crónica: 1) "Las que deben cambiar su forma de vida para optimizar su pronóstico", 2) "Las que poseen dolor, limitación o mutilación", 3) "Las que afrontan limitación social" y 4) "Las que afrontan de manera consciente el temor de morir" (Pérez, 2004). El niño con asma se ve condicionado a modificar algunas condiciones de vida y de esta manera lograr un nivel de adaptación a la situación de enfermedad que experimenta.

Es el gráfico que para el sistema de salud comprende que la enfermedad crónica representa dificultades y desafíos para la dinámica familiar y la sociedad. Por ejemplo, los sistemas de salud en Centroamérica ofrecen "dos maneras de atender al paciente: la formal y la informal". La primera se define por la prestación de servicios de salud que actúan durante el tiempo agudo de la enfermedad, que incrementan los costos hospitalarios, mientras que la fase informal se encarga de atender la etapa en la que los síntomas se están controlando (Chuang, 2004).

En este argumento se involucran la familia y el medio social, como el trabajo y la escuela, que se ven impactados de manera negativa por el padecimiento, tal como lo señala la OMS: "Se prevé que el rápido aumento de la enfermedad crónica será un obstáculo para los intentos de reducir la pobreza en los países de ingreso bajo y en particular porque dispararán los gastos familiares por la vigilancia sanitaria" (OMS, 2003).

Los estudios epidemiológicos del asma que se han perfeccionado en el mundo muestran que existen factores protectores o de peligro que favorecen la presencia de síntomas respiratorios o el diagnóstico del asma. No es posible establecer los elementos aplicables a esta enfermedad, ya que el curso de la enfermedad puede variar según las situaciones geográficas, la influencia genética, las condiciones ambientales y los factores socioeconómicos. Así como surge la necesidad de enmarcar el niño con asma en la evaluación de la conducta de los factores socioeconómicos y de salud, y crear sus relaciones. Por ejemplo, algunos estudios ya describen que los factores ambientales no presentan una mayor influencia o riesgo en el niño con asma que el mismo componente genético (Crespo, 2013).

Por otro lado, algunos autores mencionan que la familia o cuidadores representan un rol crucial en el cuidado del niño con asma, son los principales proveedores de cuidado, pero se manifiestan diversas dificultades: escasa disponibilidad de tiempo, malos hábitos (tabaquismo), pobre red de apoyo, madres solteras, familias jóvenes, barreras de acceso al sistema de salud (subsistencia), desconocimiento de la enfermedad, creencias, restricción en las actividades (Barrón-Riverón, 2014).

Se debe reconocer que el estrés es un estado del ser humano expresado de manera frecuente y que se puede presentar ante la exposición a una situación nueva o por una que no se logra controlar o afrontar. Se han realizado estudios en los que se analiza la prevalencia de estrés en algunos contextos. Por ejemplo, en Canadá se aplicó un instrumento y Barrera (2007) concluyó que el 58% de los niños manifestaban estrés previo a la presentación de un examen de conocimiento (Maturana & Vargas, 2015).

Otra de las investigaciones realizadas, en Centroamérica se definió que el 54% de los niños y escolares en Chile (n=1091) presentaban algún nivel de estrés frente a las actividades escolares de alta demanda

(Maturana, 2015). En Colombia, en el 2005 se determinó que el trastorno por estrés posttraumático afecta 1.9 veces más a la población infantil expuesta en conflictos bélicos o terrorismo (Pérez, 2003).

Es posible que una persona con estrés no se permita hallar bienestar en su diario vivir y de esta forma su desempeño escolar, cultural, social y familiar se vea afectado. En ello podría intervenir una buena comunicación con sus pares o la adaptación a su medio, y de ahí la necesidad de distinguir si este condición emocional puede interferir en el cambio físico o en su salud.

Se debe partir de la jerarquía y la necesidad de comprender la relación entre el estado emocional, conductual y el físico de un niño. Se debe presta atención que el niño escolar se encuentra inmerso en situaciones estresantes de condición cotidiana que pueden afectar su estado de salud, la familia, el argumento o ambiente en el que se encuentra inmerso con algunos factores que desencadenan una serie de conductas o emociones que pueden ser negativas, tanto la familia como el niño, el sistema de salud y la formación académica de algunos programas de salud no se encuentran en capacidad de atender estas condiciones desde la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, en las que se observa al ser humano como un todo.



No Plagiarism Found

Plagiarism Scan Report

Report Generated on: May 01, 2024



Content Checked for Plagiarism

El niño con asma, el control de la enfermedad, el estrés y el afrontamiento son los conceptos centrales de esta investigación. Es inevitable conocer cómo son y cómo se escriben por los autores y definir la contextualización que se les asignará para este estudio.

En los últimos años, algunas disciplinas han decidido abordar las variables psicológicas y comportamentales del ser humano, factores que pueden exacerbar la enfermedad. Se destacan las investigaciones interesadas en identificar y describir las condiciones desencadenadas antes del estrés y sus consecuencias en las dimensiones del ser humano (Matsuzaki & Wang, 2025).

Desde el área de las ciencias humanas, Lazarus y Folkman (1984) han sido los primeros en describir y evaluar el afrontamiento en el ser humano; señalan que existen dos formas en las que este se puede presentar, los estilos en camino a la solución del problema y los dirigidos a la emoción. Dentro de la teoría de enfermería Callista Roy con quien el "afrontamiento resulta de los esfuerzos comportamentales y cognitivos que realiza una persona para atender las demandas y mantener sus prioridades: y su integridad" (Galbano Subis, 2024).

La búsqueda en la literatura para este estudio muestra que las investigaciones se orientan al estudio del afrontamiento de los padres con hijos que sufren de una enfermedad, del equipo de salud ante situaciones complejas de vida y muerte, de estrategias de afrontamiento en pacientes adultos con enfermedades crónicas y de algunas descripciones del afrontamiento que surgen los niños en general; los resultados muestran que el "afrontamiento funcional puede relacionarse con la calidad de vida positiva" (Naveirrete Luco, L. L. 2024).

Otras investigaciones evidencian que las madres y enfermeras surgen un afrontamiento que se enfoca en las emociones que se puede relacionar con la intensidad de los síntomas del sujeto de cuidado (Paredes Manrique, J. L. 2024).

Los estudios fueron desarrollados por el área de psicología, lo que resulta ser un poco inquietante debido a que en el ámbito clínico y comunitario es el profesional de enfermería quien podría investigar y generar un mayor conocimiento ya que en su rol, educativa, acompañante, guía, orientador e intervenciones en las situaciones estresantes que se experimentan a diario. Además, es quien contribuye al proceso de afrontamiento de los padres y de los pacientes, así que resulta ser un reto trabajar desde la disciplina de Enfermería este fenómeno de interés.

El asma tiene un impacto sobre la calidad de vida de las personas y en el proceso de construcción del autoconcepto del niño, se ve reflejado en las actitudes negativas frente a la enfermedad" (Zubiría, 2004). Durante la revisión de la literatura para este texto, no se hallaron estudios de tipo cuantitativo que describan la correlación entre las tres variables: asma en el niño, estrés y afrontamiento desde la visión y perspectiva de este sujeto de cuidado pediátrico. Con este estudio se pretende aportar a la confirmación de los postulados de la Teoría de Mediano Rango de Adaptación en Condiciones Crónicas de Salud (Buckner & Hayden, 2014), esto se encuentran definidos por los autores como se presentan a continuación:

Plagiarism Scan Report

Report Generated on: May 01, 2024



Content Checked for Plagiarism

- Los procesos adaptativos en condiciones crónicas de salud incluyen ser empoderado, aceptar cambios, buscar apoyo social, resolver problemas, autoeficacia y tomar responsabilidad para la autogestión.
- Todos los dominios (fisiológicos, autoconcepto, función e interdependencia) que se ven afectados en las condiciones de salud crónicas requieren que los individuos interactúen con lo demás en el modo de interdependencia.
- Una mayor adaptación se asocia con un mayor apoyo social, más recursos y un afrontamiento más eficaz, una menor adaptación se relaciona con mayores problemas percibidos.
- Los tratamientos representan un factor estresante importante en la adaptación a condiciones crónicas.
- Las percepciones cambian con el tiempo y reflejan la reevaluación que resulta en la normalidad.
- El tratamiento y la adherencia están inversamente relacionados.
- Las intervenciones de enfermería pueden funcionar como un proceso adaptativo primario con una mejor capacidad funcional (estabilización, control de síntomas).
- Las intervenciones de enfermería de educación y apoyo social, son esenciales para la adaptación en varios modos, construyendo conocimientos, autoestima y empoderamiento.
- Con el inicio de una enfermedad crónica y/o síntomas se inicia la respuesta adaptativa.
- El empoderamiento es la evidencia de la coherencia del rol y la autointegridad en la adaptación a las condiciones crónicas.

En la visión humanista del cuidado desde la enfermería, el ser humano se comprende, predomina, desde la filosofía del cuidado, que comprende una atención holística y de lado al modelo biomédico y curativo que se ofrece comúnmente. Esta visión se convierte para la enfermería en su modo moral y humano del cuidado (Watson, 2005).

El niño con asma reacciona de diversas maneras, dependiendo del ambiente en el que se encuentra inmerso. Este estudio enmarca al padre pediátrico como un ser holístico, que interactúa, como una entidad integrada, organizada, no reducible a partes (Pedraza, P. P. 2008).

Debido a su naturaleza, es receptivo y puede ser orientado para afrontar su enfermedad, así como modificar los factores y el contexto en el que se desarrolla a través de un pensamiento crítico. Es importante señalar que el niño de los 6 a los 12 años es visto como un ser humano capaz de percibir experiencias, comunicarse y establecer una relación empática con los profesionales de la salud. Este sujeto de cuidado se encuentra inmerso en una condición patológica crónica y en algunas circunstancias de los asuntos de afrontamiento para asumir esas situaciones propias de la enfermedad, la exacerbación de síntomas, hospitalizaciones, tratamientos, y limitaciones sociales, académicas, recreativas, familiares, entre otras.



Plagiarism Scan Report

Report Generated on: May 01, 2024



Content Checked for Plagiarism

Esta misma responsabilidad debe asumir la el profesional de enfermería, valorando el ambiente en el que se encuentra inmerso el niño con asma pues este no presenta posibles dificultades par a asumir una situación de salud. Así, la salud debe ser comprendida como el "sentimiento de bienestar, comodidad física y mental, donde se da un equilibrio, un nivel máximo de adaptación al entorno" (Sanabria, 2011).

Es importante ir más allá de lo visible, se deben evaluar sentimientos, emociones y aptitudes de los niños, a la vez que incluir a la familia o sus cuidadores; todo para ofrecerle un cuidado individualizado y aportarle al proceso de adaptación frente a una situación crónica de salud. Desde esta perspectiva, la enfermería como disciplina humanística (Rivers, 2004) se ubica en una realidad bidireccional de la comunicación que siempre está en la búsqueda de estrategias de afrontamiento dirigidas al niño.

La habilidad y expertise del, eoper to son requisitos inherentes a la profesión para cumplir los objetivos de la investigación. Como lo menciona Roy en su teoría de la adaptación, la "atención de enfermería es requerida cuando la persona gasta más energía en el afrontamiento, dejando muy poca energía para el logro de los metas de supervivencia y crecimiento" (Roy, 2008), también indica que "las respuestas adaptativas son respuestas que favorecen la integridad de la persona en términos de metas de supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio" (Martinez, 2007).

Para la disciplina, este estudio representa un avance en la investigación, un aporte teórico-práctico en el momento de evaluar y describir aspectos específicos en la población infantil; permite conocer factores de riesgo o de protección psicológicos influyentes en el control de la enfermedad, fortalece el cuerpo de conocimiento de la salud clínica y comunitaria, así como aporta tanto a la identidad como la autonomía de la profesión.

Es importante suplir la escasez de un acercamiento y una evaluación integral del niño con asma, una en la que la vida y la experiencia se transforman en herramientas de trabajo para la investigación, una forma en la que el cuidado de la salud humana trasciende. Así mismo, se motiva e invita a la producción más frecuente de estudios dirigidos a los niños en diversas condiciones, a la vez de estrategias, instrumentos e intervenciones para el cuidado, desde una visión con enfoque holístico.

El niño con enfermedad crónica (asma) se encuentra inmerso en un contexto que incluye algunos estresores cotidianos que se pueden presentar desde el ámbito familiar, escolar o de salud. Estos pueden afectar el modo en el que se afronta la situación de salud-enfermedad y hacer de ese modo una exacerbación o crisis de la enfermedad, esto reflejado como un manejo inadecuado del asma que no permite alcanzar la adaptación. Es determinante, entonces, establecer las relaciones de los tres conceptos: estrés, afrontamiento y control del asma, particularmente en el caso de estudio donde se pretende afrontamiento ante el estrés en el niño escolar 9 a 12 con crisis de asma.



Content Checked for Plagiarism

4. Pregunta de investigación

¿Cómo afronta el estrés el niño escolar de 6 a 12 años con crisis asmática?

5. Objetivos

5.1. Objetivo general

Identificar y describir el grado de afrontamiento y adapta don del paciente pediátrico ante el estrés en una crisis de asma.

5.2. Objetivos específicos

- Conocer los niveles de estrés del paciente ante la crisis asmática
- Identificar el proceso de disminución de estrés del paciente ante la crisis asmática.
- Describir el estudio de caso del sujeto de investigación.



No Plagiarism Found

Plagiarism Scan Report

Report Generated on: May 01, 2024



Content Checked for Plagiarism

García en el año 2017 publicó un estudio que realizó descriptivo y transversal de 90 padres de niños asmáticos que fueron remitidos por primera vez a consulta de alergología del Hospital Infantil Doña Concepción de la Cruz "Dr. Antonio María Biquero Casas" con sede en Santiago de Cuba; inició su estudio desde el mes de octubre del 2017 hasta septiembre del 2018; con la finalidad de determinar sus conocimientos sobre el asma bronquial; para lo cual, se realizó un encuesta exploratoria, de escala tipo Likert con 17 preguntas divididas en 3 rubros: a) la identificación de factores de riesgo (cualesquier circunstancia o situación que eleve las probabilidades de que una persona sufra asma); b) evolución de los pacientes y c) de la medición del grado de conocimiento sobre asma, que se tiene en los padres de los pacientes asmáticos; con la aplicación del cuestionario validado por la población hispano parlante (Concepción García, 2017).

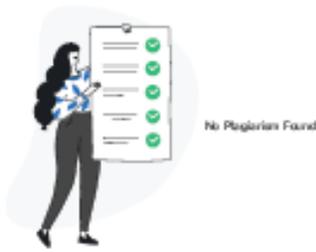
Luego de procesar la información se identificaron 72 pacientes con una crisis asmática; sin embargo, algunos padres no aceptaron participar y en otros casos ninguno era el cuidador primario; en total se aplicó el total de 52 cuestionarios a padres de pacientes que acudieron con una crisis asmática; donde se obtuvo la siguiente información, don de el análisis del grado de conocimiento de los padres que tenían pacientes con crisis de asma fueron 56.7% respecto a los 3 factores en el factor a) fue de 20.6% en el factor b) fue de 23.2% y en el factor c) fue del 1.29%; llegando a la conclusión de que existió un predominio en los padres jóvenes con conocimientos inadecuados sobre la enfermedad; principalmente en cuanto a las medidas para evitar la crisis de asma bronquial y sus signos, desencadenantes y manifestaciones clínicas; además de los factores ambientales intradomicilarios que las condicionan y el objetivo de tratamiento que tendrá los niños asmáticos (Concepción García, 2017).

Otro trabajo de trabajo de investigación titulado "conocimiento sobre el tratamiento médico del asma en padres de niños asmáticos" realizado por Leonora en el año 2014 con el objetivo de determinar el grado de conocimiento sobre el asma de los padres de niños asmáticos; se siguió en una consulta de neumología infantil del Hospital Universitario de Mérida de Mérida, Santander; con una muestra conformada por 344 cuestionarios aplicados a padres y otros familiares de niños asmáticos atendidos en la consulta de neumología infantil en el cual analizó el conocimiento concreto sobre el tratamiento del asma; los conocimientos se evaluaron usando el Newcastle Asthma Knowledge Questionnaire (NAQK) para analizar el conocimiento concreto sobre el tratamiento del asma; donde solo seleccionó las siguientes preguntas 10, 11, 12, 18, 19, 20, 27 y 31 del (NAQK) (Leonora, 2014).

De los resultados fueron los siguientes en cuanto al manejo de crisis asmática aguda el 33.2% ha identificado los fármacos que se utilizan en una crisis asmática respecto al tratamiento del mantenimiento del asma el 63.1% sabe que los antibióticos no son un parte importante del tratamiento; hasta un 57% de los padres no son capaces de indicar dos tratamientos para el mantenimiento del asma. Como conclusiones identificó que el 33.4% sabe que los medicamentos inhalados tienen menos efectos secundarios que los orales y el 63.7% como los días cortos de corticoide que no tienen efectos secundarios importantes y el 66% afirmó que el fármaco el Ventolin no daña el corazón de los niños asmáticos. Además, se identificó que el 95% sabe que con el tratamiento adecuado un niño asmático puede llevar una vida normal sin restricciones (Leonora, 2014).

Otro estudio que se en el año 2014 denominado "conocimientos sobre el tratamiento médico del asma en padres de niños asmáticos", realizado por Cabeza y colaboradores en Colombia, con el objetivo de

obtener el grado de conocimiento sobre el tratamiento de la asma de los padres de niños; se realizó su estudio con una muestra conformada por 344 padres que contestaron un cuestionario para identificar los conocimientos sobre el tratamiento de asma que los niños utilizan y que los padres como cuidador principal usan del Newcastle Asthma Knowledge Questionnaire (NAQK) para analizar el conocimiento concreto sobre el tratamiento del asma; donde solo seleccionó las siguientes preguntas 10, 11, 12, 18, 19, 20, 27 y 31 del (NAQK) (Cabeza, Gutiérrez, Higuera, y Belmonte, 2014).



No Plagiarism Found

Plagiarism Scan Report

Report Generated on: May 01, 2024



Content Checked for Plagiarism

Los resultados mostraron que el 39.2% ha identificado correctamente los fármacos indicados; y el 33.4% sabe que los medicamentos inhalados tienen menos efectos secundarios que los orales, a su vez el 63.7% con quien los ciclos cortos de corticosteroides no tienen efectos secundarios importantes y el 66% afirma que el Ventolin no daña al corazón. Como su estudio en el la investigación de Leonora en el 2014; con respecto al tratamiento de mantenimiento del asma el 63.1% sabe que los antibióticos no son un parte importante del tratamiento. Hasta un 57% de los padres no son capaces de indicar 2 tratamientos de mantenimiento del asma. Además de que el 95% sabe que el tratamiento adecuado para un niño asmático puede llevar una vida normal y el 62.6% afirma que los niños con síntomas frecuentes de asma deberían tomar tratamiento preventivo. Se concluye entonces que el NAQK permite evaluar los conocimientos sobre el asma (Cabeza, Gutiérrez, Higuera, y Belmonte, 2014).

Por otro lado, en el año 2014, Quintero realizó una investigación en padres de pediatras asmáticos evaluados en el "Cuerpo de Guardia del Policlínico Juan Manuel Páez" con sede en Bogotá, Colombia; con el objetivo de calcular el nivel de instrucción sobre la enfermedad en los niños que padecen de asma en los padres y personas encargadas de la ciudad; con una población de 781 y una muestra conformada por 412 pacientes durante el mes de enero a junio del año 2013. (Quintero, 2014).

De donde encontró los siguientes resultados; se registraron que más del 90% de los padres tiene una noción acerca de la enfermedad. Por otro lado, el 99.2% conoce que si el paciente no es tratado adecuadamente puede perder la vida. La investigación también muestra que el 72.8% conoce que la enfermedad es incurable que existen formas de poder prevenirla y además de llevar adecuadamente un tratamiento para alargar la vida del paciente (Quintero, 2014).

El investigador Ortiz en el año 2012, publicó una investigación que realizó en el Servicio de Urgencias en el Hospital del Niño D.F. Pachuca - Hidalgo, México; y dentro de sus objetivos de estudio fue determinar el nivel de conocimiento que poseen los padres con respecto al mal que padecen los niños con crisis asmática; donde concluyó que los apoderados de las personas que tienen asma mantienen un nivel bajo de conocimiento respecto a lo que padece su paciente; por ello es importante realizar charlas o eventos académicos con la finalidad de reforzar los conocimientos de los padres y apoderados de los menores; para así mejorar el tratamiento de la enfermedad y reducir la materialización de los riesgos del menor. (Ortiz, 2012).



No Plagiarism Found

Plagiarism Scan Report

Report Generated on: May 01, 2024



Content Checked for Plagiarism

El Modelo de Callista Roy propone que, para lograr la adaptación, se debe explorar el ambiente en el que se encuentra la persona y a su vez, las experiencias, las conductas, los sentimientos y todo lo que concierne a lo que no es visible pero sí se puede percibir. La profesión de enfermería es una disciplina que, a través del arte, el cuidado y la vocación logra comprender estos fenómenos o expresiones humanas en el ser humano. A su vez, Roy plantea que existen estímulos físicos, contextuales y residuales (Roy, 2003) que son consideradas como todo aquello que genera una respuesta en el ser humano y que pueden influir en un proceso de adaptación o no adaptación.

De otro lado, se cuenta con la cognición, definida por Roy como "las habilidades humanas de pensar, sentir y actuar". La manera como el individuo interpreta los estímulos. Además, como lo indica la teoría, "el proceso cognitivo también está influenciado por el proceso emocional", lo que refuerza la relación que se genera entre el estrés y el afrontamiento, o cómo se puede obtener el control de la enfermedad en términos de un proceso de adaptación. A partir del Modelo de Adaptación de Callista Roy se propone una teoría de rango medio de Adaptación a condiciones Crónicas de Salud (Budson & Hayden, 2014), que plantea conceptos del mismo modelo y desarrolla otras relaciones (Figura No.2)

Figura No.1

Relación del Modelo de Adaptación de Roy con la Teoría de Adaptación en Condiciones Crónicas de Salud

Fuente: Elaboración propia. Junio, 2024

La meta de la enfermería en la presente investigación se enmarca en estudiar la relación entre las variables: estrés, afrontamiento y control de la enfermedad, esto último visto como adaptación. Es importante comprender que cuando se logra la adaptación a un estímulo se pueden obtener resultados benéficos para la persona y su entorno. Con la aplicación del modelo de adaptación de Callista Roy, el profesional de enfermería tiene al alcance una herramienta práctica, eficaz y comprensible para el proceso de cuidado del niño con asma, apoyado en la teoría de procesos de adaptación y afrontamiento en los cuales la persona es un ser holístico y adaptable (Roy, 2003).

La técnica de jerarquización de la estructura conceptual-teórica-empírica o C-T-E descrita por (Lawert, 1992) favorece la comprensión de la información y la explicación de los fenómenos que surgen de la práctica de enfermería.

C Modelo de adaptación de Roy: Estímulos, procesos y respuestas
T Teoría de Rango Medio de Adaptación a condiciones crónicas de salud
E Cuestionario de control del asma.
Inventario de estresores cotidianos y Cuestionario de afrontamiento.

Así, se logra identificar cómo los factores externos pueden generar una respuesta en el ser humano, e influir e influir en la aparición y frecuencia de la crisis asmática. Con esa perspectiva, el estrés cotidiano es un estímulo focal, en un proceso de adaptación (afrontamiento) que precede a los síntomas de una enfermedad crónica en un niño.

Plagiarism Scan Report

Report Generated on: May 01, 2024



Content Checked for Plagiarism

Es necesario contemplar algunos aspectos del desarrollo del niño en los que se encuentra inmerso. El periodo entre los 6 y 12 años es un periodo en el que este sujeto de cuidado sufre cambios tanto en su crecimiento como progreso físico y emocional. El juego y el aprendizaje resultan ser dos herramientas de interés para su desarrollo (Rickson, 1994), una etapa crucial para las intervenciones de rigidez por enfermedad y con las que se pueden suministrar las herramientas requeridas para confrontar o responder ante un estímulo. Esto se debía a que el niño aumenta su capacidad de raciocinio, de pensamiento concreto y aparece lo que se conoce como labilidad emocional (Piaget y Inhelder, 1980).

Este último es un elemento que debe ser percibido por los familiares, los profesores y los profesionales de la salud para orientar y obtener buenos resultados a la hora de afrontar un tema de esta manera se obtiene un poder en el niño que se siente y cómo se actúa frente a ello.

Es viable que cuando el niño asuma una enfermedad funcional, de otro momento puede cumplir las actividades planeadas, una de estas el manejo y tratamiento de el asma, por ejemplo, lo que contribuiría al control de la enfermedad como un proceso de adaptación. El niño iniciaría un proceso de dependencia de sus familiares, dejaría atrás sus sentimientos egocéntricos y le sería importante a las relaciones interpersonales con sus pares (el colegio, los profesores, los compañeros), adquiriendo de paso sentido de pertenencia y comprensión de el. Esto (Rickson, 1994). Así, una situación de salud que desencadena hechos como la pérdida de clases o la deserción escolar representa un riesgo para su desarrollo psicológico, además porque el niño empieza a comprender las consecuencias de los actos, lo que se conoce como juicio moral (Piaget, 1980).

7.3 El asma como enfermedad crónica

En este marco teórico se hace necesario conocer el significado de las variables para el estudio. Los factores físico-patológicos que favorecen el estrechamiento de la vía aérea son el asma con diámetro y se dan cuando en un estímulo, el tabaquismo, alérgicos, el estrés, entre otros agentes que incrementan el estiramiento de las vías aéreas se suman a la acción de las células que generan la inflamación de la vía aérea, de otro lado como respuesta inmunitaria se sufre la inflamación de la vía aérea en el tracto respiratorio lo que ocasiona la obstrucción de las bronquias (GEMA, 2009).

Esta enfermedad crónica es, posteriormente, un alteración del funcionamiento normal del sistema respiratorio causada por diversos factores genéticos, de obesidad, género, alergias, tabaquismo, polución, dieta o cambios climáticos; algunos son indispensables y otros evitables. Lo novedoso es que se está contemplando cómo los factores conductuales son determinantes de la aparición de síntomas o de la exacerbación de los mismos, un hecho que le aporta mayor relevancia al presente estudio (Salazar y Estrada, 2014).

Al conocer cómo se desarrolló la enfermedad bronquial, se debe distinguir el proceso de adaptación a este evento de salud, el control del asma, que se divide como el "control de las manifestaciones clínicas de la enfermedad y su atención, un elemento indispensable en el manejo y tratamiento. Dicho control se logra cuando el cuidado y el tratamiento son seguros y no aparecen síntomas por periodos prolongados" (Bateman, 2004).

Alérgicos (mayor frecuencia): En el 70% de casos se puede encontrar una sensibilización a Aes o alérgicos con producción de IgE alérgico específico, exposición sube que activan la liberación de mediadores inflamatorios con producción de inflamación bronquial, broncoespasmo, hiperreactividad de la vía aérea. **No Alérgicos (menor frecuencia):** otros mecanismos, toma de medicamentos principalmente ANES; autoinmunidad, sensibilización con alérgicos ocupacionales con mecanismo no mediado por IgE.



No Plagiarism Found

Plagiarism Scan Report

Report Generated on: May 01, 2024



Content Checked for Plagiarism

El cuidar como acción humana que se define como la correspondencia y proceso cuyo objetivo va más allá de la enfermedad; el cuidado de otro ser humano se considera como la esencia de la disciplina del campo de la enfermería que implica a la enfermera como proporcionar el cuidado holístico, para satisfacer las necesidades físicas y mentales del individuo (Martínez 2013).

El modelo de la mente según Barker, es un método filosófico para la recuperación de la salud mental; el cual ayuda a la enfermera a empezar a comprender que puede significar la salud mental para un ser humano; en este caso el paciente que estará a cargo de la enfermera para ayudarlo en su recuperación (Martínez, C. I. 2021).

Con este modelo el interés se dirige hacia la visión fenomenológica de la experiencia de vida de la persona o su historia narrativa. Como sabemos las personas son filósofos naturales y fabricantes de significados, dedicando gran parte de sus vidas a establecer el significado y el valor de su experiencia; construyendo modelos explicativos del mundo en su lugar (Fernández-Castro, J. 2013).

El objetivo de este modelo es la recuperación mental; el medio será la enfermera que le explicará al paciente que entiende su condición y se centrará en su esfuerzo para ayudar a su recuperación; como un instrumento fundamental para definir su recuperación del malestar generado por un ambiente hostil o alguna vivencia traumática entre otras (Martínez-Trujillo, N. 2019).

Este modelo de salud mental, que se centra en la persona como se observa en la Figura 3; se representa como un ciclo donde se ven involucrados diferentes factores como la fuerza de voluntad, el autoconocimiento, la esperanza, la espiritualidad; respetando siempre su cultura y sus creencias; entendiendo los conceptos necesarios para conocer las necesidades humanas del paciente con sus problemas generados en un ambiente hospitalario y su entorno; con el fin de que la enfermera que este a su cuidado pueda cubrir sus necesidades del paciente; Sin embargo, Barker ha reafirmado que la intervención es para proporcionar cuidados de colaboración centrados en la persona, basados en la fuerza y a través del poder de la relación enfermera-paciente (Edén-Duarte, G. A. 2021).

Figura 3.
Recuperación de la salud mental basada en la persona

Fuente: El modelo de la recuperación de la salud mental, y su importancia para la enfermera colombiana. G. Melo 2020.

7.7 Modelo de afrontamiento y adaptación de Callista Roy.

En el Modelo de afrontamiento y adaptación de Callista Roy describe en sus trabajos donde plantea que el afrontamiento facilita la adaptación, y define Los procesos de afrontamiento como: "Modos fundamentales o adquiridos de actuar ante los cambios producidos en el ambiente". El afrontamiento y la adaptación, según el modelo de Roy consisten en que los individuos hallan en su entorno diferentes estímulos que desencadenan el proceso de adaptación y así como respaldan los grados de capacidad,

estímulos y dominios de las estrategias de afrontamiento como se muestra en la tabla No.4, lo que da lugar a una respuesta eficaz o ineficaz.

Roy describe que el nivel de adaptación representa los procesos de vida en tres niveles:

- Nivel adaptativo integrado: aquí las estructuras y funciones de los procesos de vida trabajan en conjunto para compensar las necesidades humanas.
- Nivel adaptativo compensatorio: Los mecanismos de afrontamiento innato y adquirido han sido activados por un desafío en los procesos integrados.
- Nivel adaptativo comprometido: cuando los niveles completados y compensatorio son insuficientes, resultado en problemas de adaptación. Los estímulos ocasionan constantes cambios en los niveles de adaptación provocando reacciones diversas en el individuo para responder positivamente a la situación.

