



**FACULTAD MEDICINA
ESCUELA DE KINESIOLOGÍA**

**EFFECTO DEL MÉTODO BASADO EN LA TOMA DE DECISIONES DE
OTTAWA SOBRE EL CONFLICTO DECISIONAL Y EL CONTROL DEL ASMA
EN ESCOLARES DE 10 A 14 AÑOS DEL POLICLÍNICO RESPIRATORIO
INFANTIL DEL HOSPITAL CARLOS VAN BUREN.**

**SEMINARIO DE TÍTULO PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIADO EN
KINESIOLOGÍA**

**AUTORES: Gabriela Bravo Santos
Linrayén Contreras Alongi
Yocelin Huenul Vega
Paulina Sánchez Barrios**

**PROFESOR GUÍA: Daniel Ciudad Antognini. Kigo.PhD
Universidad de Valparaíso
Facultad de Medicina
Escuela de Kinesiología**

Valparaíso- Chile

2017



**FACULTAD MEDICINA
ESCUELA DE KINESIOLOGÍA**

**EFFECTO DEL MÉTODO BASADO EN LA TOMA DE DECISIONES DE
OTTAWA SOBRE EL CONFLICTO DECISIONAL Y EL CONTROL DEL ASMA
EN ESCOLARES DE 10 A 14 AÑOS DEL POLICLÍNICO RESPIRATORIO
INFANTIL DEL HOSPITAL CARLOS VAN BUREN.**

**SEMINARIO DE TÍTULO PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIADO EN
KINESIOLOGÍA**

**AUTORES: Gabriela Bravo Santos
Linrayén Contreras Alongi
Yocelin Huenul Vega
Paulina Sánchez Barrios**

**PROFESOR GUÍA: Daniel Ciudad Antognini. Kigo.PhD
Universidad de Valparaíso
Facultad de Medicina
Escuela de Kinesiología**

Valparaíso-Chile

2017

DEDICATORIA

“Agradezco a todas las personas que de una u otra manera me apoyaron a finalizar este proceso.”

Gabriela Bravo Santos

“Gracias a mi madre y hermanos, que con mucho esfuerzo me ayudaron siempre y apoyaron día a día, en ésta y otras etapas de mi vida.”

Linrayén Contreras Alongi

“A mis papás, Gladys y Juan, a mi hermano y Vicente, por ser el pilar de mi vida y la motivación de mi trabajo.”

Yocelin Huenul Vega

“Agradezco a mis Padres, Pedro Pablo y Norma, quienes han sido un pilar fundamental en mi vida, apoyándome incondicionalmente y alentándome en los momentos difíciles del transcurso de este proceso. Gracias por incentivarme a ser mejor cada día.”

Paulina Sánchez Barrios

AGRADECIMIENTOS

- A los profesionales Juan Cristian Rojas, Angelo Bartsch, Gonzalo Muñoz y Julia Umazabal por su colaboración, orientación y buena voluntad.
- A Angélica Mosqueda por su orientación y apoyo incondicional en la elaboración de nuestro estudio.
- Al personal del Hospital Carlos Van Buren, por su disposición y ayuda.
- A las y los participantes, que junto a sus familias mostraron interés en aprender sobre su patología y compromiso.
- A Don Antonio Sánchez por su tiempo y cooperación con nuestro proyecto.
- En especial a nuestro Profesor Guía, Klgo. PhD Daniel Ciudad Antognini, por su orientación, apoyo, paciencia y constancia en el trabajo realizado.

ÍNDICE

1. ABREVIATURAS Y/O SIGLAS	xii
2. RESUMEN	xiv
3. ABSTRACT	xv
4. INTRODUCCIÓN	1
5. PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	4
6. MARCO TEÓRICO	7
6.1 Definición del Asma Bronquial.....	7
6.2 Epidemiología del Asma Bronquial	7
6.2.1 Prevalencia.....	7
6.2.2 Morbilidad.....	8
6.2.3 Mortalidad.....	9
6.3 Etiología del Asma Bronquial.....	9
6.4 Fisiopatología del Asma Bronquial	12
6.5 Diagnóstico de Asma Bronquial.....	13
6.6 Control del Asma Bronquial	14
6.6.1 Factores desencadenantes	15
6.6.2 Valoración de la crisis de Asma.	16
6.7 Tratamiento	18
6.7.1 Medicamentos aliviadores o de rescate	18
6.7.2 Medicamentos preventivos o medicamentos de mantención	19
6.8 Técnica inhalatoria.....	20
6.9 Falta de adherencia al tratamiento en el Asma	21
6.10 Toma de decisiones en salud	23
6.11 Conflicto Decisional	25
6.11.1 Modelo de toma de Decisiones en Salud	27
6.11.2 Modelo de Toma de Decisiones en salud de Ottawa.	28
6.11.3 Toma de Decisiones en Salud en Adolescentes	32
7. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	36

8. OBJETIVO GENERAL	37
9. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	37
10. HIPÓTESIS.....	38
11. MATERIALES Y MÉTODOS	39
11.1 Población.....	39
11.2 Muestra.....	39
11.3 Criterios de inclusión y exclusión de la muestra	41
11.4 Elementos a utilizar	43
11.5 Instrumentos recolectores de datos.....	44
11.6 Descripción de los instrumentos	44
11.6.1 Escala de Conflicto Decisional.	44
11.6.2 Escala GINA para el control del asma.....	47
12. MÉTODO	52
12.1 Diseño y análisis:.....	52
12.1.1 Tipo de investigación.....	52
12.1.2 Variables del estudio	52
12.2 Consideraciones Bioéticas	54
12.3. Actividades previas a la intervención.....	55
12.4. Intervención	55
13. RESULTADOS	62
14. DISCUSIÓN	88
15. CONCLUSIÓN.....	99
16. SUGERENCIAS Y LIMITACIONES.....	101
17. REFERENCIAS	103
18. ANEXOS.....	110

ÍNDICE ESQUEMAS

Esquema 1. Flujoograma Reclutamiento de la Muestra del Estudio.....	40
---	----

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N°1 Criterios de Inclusión.....	41
Tabla N°2 Criterios de Exclusión.....	42
Tabla N°3. Subvariables del Control del Asma.....	52
Tabla N°4. Subvariables de Conflicto Decisional.....	53
Tabla N°5. Variables que pueden intervenir.....	53
Tabla N°6 Sesión 1: ¿Qué es el Asma?.....	56
Tabla N° 7 Sesión 2: Educación al paciente en farmacología y técnica inhalatoria:.....	58
Tabla N° 8 Sesión 3: Educación al paciente en control de factores ambientales:	59
Tabla N°9 Sesión 4: Educación al paciente en integración familiar:.....	60
Tabla N°10. Distribución de la muestra según Edad.....	62
Tabla N°11. Niveles de control de Asma en Menores Participantes Antes de Intervención.....	64
Tabla N° 12. Niveles de control de Asma en Menores Participantes Después de Intervención.....	65
Tabla N°13. Puntuación de Escala Conflicto Decisional.....	66
Tabla N°14. Puntuación Subescala Informado.....	70
Tabla N° 15. Puntajes Subescala Valores.....	73
Tabla N° 16. Puntajes Subescala Apoyo.....	75
Tabla N° 17. Puntajes Subescala Incertidumbre.....	79
Tabla N° 18. Puntajes Subescala Decisión.....	82
Tabla N° 19. Puntaje Total ECD.....	85
Tabla N° 20: Valores totales por dimensión de Escala de Conflicto Decisional.....	86

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1. Distribución de la Muestra según Sexo.....	63
Gráfico N°2 Conflicto decisional antes y después de la intervención	68
Gráfico N°3 Resultado Ítem Informado.....	71
Gráfico N°4 Resultado Ítem Valores	74
Gráfico N°5 Resultado Ítem Apoyo	77
Gráfico N°6 Resultados Ítem Incertidumbre.....	80
Gráfico N°7 Resultado Ítem Decisión.....	83
Gráfico N°8. Comparación Resultados Finales de ECD de cada menor participante.....	87

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Clasificación del asma según niveles de Control.	110
Anexo 2: Escala de Conflicto Decisional	111
Anexo 3: Consentimiento Informado para Padres y Tutores.....	112
Anexo 4: Asentimiento Informado para Participantes.....	115
Anexo 5: Tarjeta de identificación y asistencia de cada menor participante. ...	117
Anexo 6: Resumen Sesión 1: Educación al paciente.	118
Anexo 7: Resumen Sesión 2: Educación al paciente: Técnica Inhalatoria.....	119
Anexo 8: Resumen Sesión 3: Educación al paciente: Control de factores ambientales.	120
Anexo 9: Resumen Sesión 4: Educación al paciente: Integración Familiar. ...	121
Anexo 10: Modelo básico de pulmón sano y afectado.	122
Anexo 11: Flujograma de Reclutamiento de Participantes.....	123
Anexo 12: Aprobación del comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso.....	124
Anexo 13: Afiche de Reclutamiento para Participantes.....	126
Anexo 14: Carta compromiso CAPSI	127
Anexo 15: Valoración Escala Conflicto Decisional.	126

1. ABREVIATURAS Y/O SIGLAS

ADRB2: Gen que codifica al Receptor adrenérgico beta 2

AINES: Antiinflamatorio no Esteroidal

APS: Atención Primaria de Salud

CD: Conflicto Decisional

CD 26: Glicoproteína de superficie celular activadora de células T

DCS: Decision Conflict Scale

DPP4: Dipeptidil Peptidasa-4

DPP10: Dipeptidil Peptidasa 10

EA: Exacerbación de asma

ECD: Escala de Conflicto Decisional

FEM: Flujo Espiratorio Máximo

GINA: Global Initiative for Asthma

GM-SCF: Factor Estimulante de Colonias de Granulocitos y Macrófagos

HCVB: Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso

HDAC-2: Histona Deacetilasa 2

HDAC: Histona Deacetilasa

H0: Hipótesis Nula

H1: Hipótesis Alternativa

IDM: Inhalador de dosis medida

IgE: Inmunoglobulina E

IL-3: Interleuquina 3

IL-4: Interleuquina 4

IL-5: Interleuquina 5

IL-8: Interleuquina 8

IL-9: Interleuquina 9

IL-12: Interleuquina 12

IL-13: Interleuquina 13

IL-1B: Interleuquina 1 Beta

INF-g: Interferon Gamma

MINSAL: Ministerios de Salud de Chile

MTD: Modelo de Toma de Decisiones en Salud de Ottawa

NR3C1: Subfamilia del receptor nuclear 3 miembro del grupo C 1, Gen que codifica al Receptor de Glucocorticoides

OMS: Organización Mundial de la Salud

PEF: Flujo Espiratorio Máximo (Peak Expiratory Flow)

RNA_m: Ácido Ribonucleico Mensajero

SATO₂: Saturación de Oxígeno

TI: Técnica Inhalatoria

Th₂: Linfocito T helper 2

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

VA: Vía Aérea

VEF₁: Volumen Espiratorio Forzado en el primer segundo

VRS: Virus Respiratorio Sincial

2. RESUMEN

Antecedentes. La cantidad de pacientes asmáticos que acuden al sistema público de salud es cada vez mayor, pero del total de la población, son muy pocos los que asisten a todos sus controles, siendo los adolescentes quienes presentan mayor tasa de abandono al tratamiento.

Justificación. A nivel público, las estrategias apuntan a dar todas las condiciones necesarias para que cada paciente asista a sus controles y continúe su tratamiento, sin embargo se deja de lado el rol de la educación y el conocimiento de su patología como parte fundamental de la intervención; es en este punto en donde nace la idea de aplicar el Modelo basado en la Toma de Decisiones en Salud de Ottawa, el cual busca entregar la información necesaria al paciente sobre el Asma para que opte por decisiones correctas, sin que ello genere un conflicto, logrando un mayor control de su enfermedad.

Objetivo. El presente estudio tiene como objetivo evaluar el efecto de la aplicación de consejerías de apoyo decisional y educación sobre el Asma, en el control de la enfermedad y el conflicto decisional en niños entre 10 y 14 años.

Materiales y Métodos. Estudio Pre-Experimental. Se reclutaron 32 niños asmáticos de 10 y 14 años de edad, de los cuales 15 finalizaron la intervención. Para determinar el grado de Conflicto Decisional de su patología, se aplicó la Escala de Conflicto Decisional de Ottawa; y para el nivel del Control del Asma la Escala Global Initiative for Asthma. Para obtener los resultados estadísticos se utilizó el Software Graphpad InStat 3.0. Se compararon los diferentes ítems de la Escala de Conflicto Decisional y se analizó el nivel de Control del Asma. La distribución de la variable se determinó con Kolmogorov-Smirnov, estableciéndose un nivel de significancia del 0,05% a la hipótesis nula se rechaza, cuando el valor p sea menor que alfa.

Resultados. El nivel de Control de Asma se mantuvo finalizada la intervención, la media del Conflicto Decisional fue de $18,022 \pm 3,015$, considerado como un nivel bajo de conflicto global. Del total de menores, un 93,3% presentó un nivel controlado de Asma y un 73,3% disminuyó su nivel de conflicto decisional al terminar la intervención.

Conclusión. Tras aplicar el Modelo de Toma de Decisiones de Ottawa sobre el Control del Asma; el nivel de Conflicto Decisional disminuyó al compararlo con los valores iniciales y el nivel de control se mantuvo estable terminada la intervención.

Palabras Claves: Asma, Control del Asma, Toma de decisiones, Conflicto Decisional en salud, Modelo Toma de Decisiones de Ottawa

3. ABSTRACT

Background. The number of asthmatic patients who attend our public system has been increasing, however of the entire population, just a few are those who attend all of their controls, being the adolescents with higher rate of discontinuation of treatment.

Justification. On a public level, strategies aim to give all the necessary conditions to each patient to attend their controls and continue their treatment, however the role of education and knowledge of their own pathology as a fundamental part of the intervention is left aside; it is at this point where the idea of applying the model based on health decision-making of Ottawa was born, which seeks to provide the necessary information to the patient about asthma, so they can make right decisions, without generating a conflict, achieving greater control of their disease.

Objective. The present study aims to assess the effect of the application of decision support counseling and asthma education on the control of the disease and decisional conflict in children between 10 and 14 years old.

Materials and Methods. Pre-Experimental study. 32 asthmatic children, between 10 and 14 years old were studied, of which 15 completed the intervention. The Ottawa decisional conflict scale was applied in order to determine the decisional conflict degree about their pathology; the asthma control level was determined through the Global Initiative for Asthma scale. In order to obtain the statistical results, the Graphpad InStat 3.0 software was used. The different items of the Decisional Conflict Scale were compared and the level of Asthma Control was analyzed. The distribution of the variable was determined with Kolmogorov-Smirnov, establishing a level of significance of 0,05% The null hypothesis is rejected, when the p value was less than alpha.

Results. The Asthma Control level remained the same at the end of the intervention, the average of the Decisional Conflict at the end of the sessions was $18,022 \pm 3,015$, considered as a low level of global conflict. Of the 15 children, 93,3% were in a controlled asthma level, and of the same total 73,3% decreased their level of decisional conflict upon completion of the intervention.

Conclusion. Following the application of the Ottawa Decision Making Model on Asthma Control, the level of Decisional Conflict decreased when compared with the initial values and the level of control remained stable after the intervention.

Key Words: Asthma, Asthma Control, Decision Making, Health decisional conflict, Ottawa Decision Making mode

4. INTRODUCCIÓN

El asma es una enfermedad crónica común y a veces fatal, su prevalencia ha ido en aumento en todas las regiones del mundo, especialmente entre los niños. Según la guía 2016 de la Global Initiative for Asthma (GINA), se calcula que el asma afecta actualmente a 300 millones de personas en todo el mundo.

Al igual que en el resto del mundo, en Chile el asma es la enfermedad crónica más frecuente de la niñez.³

La enfermedad presenta una carga significativa no sólo en términos de reducción de la calidad de vida, sino también en términos de los costos en salud⁴, constituyendo un grave problema de salud a escala mundial, que no discrimina edad, con una prevalencia creciente en muchos países en desarrollo aumentando los costos a nivel de salud pública, siendo una carga innecesaria para los sistemas sanitarios y para la sociedad, incidiendo en pérdidas de productividad laboral, ausentismo escolar, deterioro de la calidad de vida tanto en niños como adultos y saturación del sistema público producto de consultas y hospitalizaciones a raíz de crisis asmáticas.

A su vez, un escaso conocimiento sobre esta enfermedad y la falta de educación sobre los signos y síntomas del asma, genera en los pacientes un déficit en cuanto a su propio control, por lo tanto podría ser considerada como una enfermedad de difícil manejo.

Por otro lado, en el ámbito sanitario, tomar decisiones es una situación frecuente, en donde, si bien existen alternativas, generalmente son los propios médicos quienes deciden por el paciente en función de lo que es mejor para su salud; si a esto le sumamos una población de adolescentes, quienes aún están bajo la supervisión de sus padres o tutores, los cuales se involucran más que los propios menores en su tratamiento, tendremos una población con baja adherencia, escaso conocimiento de la patología y poco interés en el control de la misma, enfrentándonos a una edad crítica para intervenir y lograr resultados positivos en un futuro. Por lo que consideramos fundamental que el paciente conozca cuales son las posibilidades que puede tener con respecto a su tratamiento y que a su vez esta nueva información y posibilidad de tomar decisiones no genere un conflicto entre cuál camino tomar. Por este motivo en nuestro estudio planteamos la posibilidad de entregar las opciones a los adolescentes, de tal manera que el paciente en conjunto con el profesional de salud, logren encontrar la alternativa que mejor se adapte a su situación de salud y valoraciones personales, para de ese modo lograr un mayor control de su patología y a su vez no generar incertidumbre respecto a la decisión tomada. Para apuntar a ello, nos basamos en el modelo de Toma de Decisiones en Salud de Ottawa, en donde se busca que el paciente logre el mayor conocimiento sobre su patología, de modo que pueda tomar una decisión informada y segura y que a su vez la decisión tomada asegure la satisfacción del paciente gracias a las herramientas entregadas que logren generar un

empoderamiento respecto a su patología, asegurando así, un mayor conocimiento, aumento en la adherencia al tratamiento y con ello un mayor control de su asma.

5. PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

El Asma pese a los avances en salud, en cuanto a técnicas diagnósticas y su tratamiento, sigue siendo un problema de salud mundial¹. En nuestro país su prevalencia acumulada es de 10,7-12,5% en niños de 6 a 7 años y de 10,2-14,9% en niños de 13 a 14 años⁴⁹. Las consultas por obstrucción bronquial en atención primaria constituyen el 23% de todas las atenciones de morbilidad en menores de 15 años provocando un alto consumo de recursos en salud, además de afectar la calidad de vida de quienes la padecen^{28 22}. El Asma severa se asocia a una alta morbimortalidad dando cuenta de alrededor de 50% de los gastos en salud por esta enfermedad²². Del total de los consultantes en APS entre 6 y 14 años en la RM durante el 2007, los pacientes asmáticos generaron globalmente más del doble de las consultas que la población general del mismo grupo etario; además se estimó que el costo total promedio de un niño asmático es de \$84.642 por gastos directos asociados a medicamentos y de manera indirecta la suma total corresponde a \$21.907 debido a inasistencia laboral del cuidador y ausentismo escolar del menor⁵. Se sabe además que uno de los principales factores responsables del mal control de la enfermedad, fuera de ser factores familiares o propios del Asma, es debido a la falta de adherencia al tratamiento, muchas veces por desconocimiento de las bases de la enfermedad²⁸.

Por otro lado, en el ámbito sanitario, tomar decisiones es una situación

frecuente, aunque potencialmente difícil, ya sea por las características del paciente, por el contexto o por su situación de salud. Esto provoca conflicto decisional en las personas³³.

El conocido modelo paternalista aplicado en salud, situado en uno de los extremos, sustenta un accionar en donde el clínico tiene los saberes necesarios para el diagnóstico y los administra a su juicio, mientras cree poder interpretar las preferencias de sus pacientes; lo cual se contrapone con lo expuesto por la OMS en el año 1978 quien declara “que las personas tienen el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud” ³³. Actualmente es una realidad que podemos ver en nuestro sistema; sin embargo, entregar la oportunidad de decidir al propio paciente podría generar un conflicto con respecto a la mejor opción o a la de su preferencia; por lo tanto, se debe orientar a los pacientes a que tomen conciencia de la decisión que van a elegir, guiando el proceso y entregando la información adecuada y requerida según sea el caso; todo esto antes de someter a un paciente a la elección. Aspectos educativos fundamentales que se deben considerar para realizar todo el proceso mencionado anteriormente, son: consejerías de tipo individual, que se ajusten a cada paciente; para de esa manera identificar si existiese algún problema que explique la falta de adherencia²².

En la actualidad resulta indiscutible el papel que la educación juega en el

manejo de las enfermedades crónicas y el asma no es una excepción⁵¹. Con todos los antecedentes presentados, se puede inferir que existe un grave problema en cuanto al control de la patología; pero ¿Por qué se produce dicha falta de control?, ¿Será por un conflicto interno del paciente? Es aquí donde intenta apuntar nuestro estudio y buscar la mejor estrategia para lograr un mayor control, mediante la disminución del posible conflicto que presente el paciente para de esa manera lograr una mayor adherencia al tratamiento y por consiguiente un mayor control de su patología.

6. MARCO TEÓRICO

6.1 Definición del Asma Bronquial

En Chile la última Guía clínica elaborada por el Ministerio de Salud, define al Asma Bronquial como la Inflamación crónica de las vías aéreas en la que tienen un papel destacado determinadas células y mediadores. Asociada a hiperreactividad bronquial con episodios recurrentes de sibilancias, disnea, opresión torácica y tos. Estos episodios se presentan generalmente con un mayor o menor grado de obstrucción al flujo aéreo, reversible en forma espontánea o con tratamiento. Para niños preescolares es más útil definirla como la existencia de sibilancias recurrentes y/o tos persistente en una situación en la que el asma es probable y en que se han descartado otras enfermedades menos frecuentes. ²

6.2 Epidemiología del Asma Bronquial

6.2.1 Prevalencia

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1998 el asma afectaba a 155 millones de personas en el mundo, basándose en datos estandarizados recopilados en estudios epidemiológicos llevados a cabo en más de 80 países². Actualmente, se estima que afecta a cerca de 300 millones de personas a nivel mundial¹.

Al igual que en el resto del mundo, en Chile el asma es la enfermedad crónica

más frecuente de la niñez. En nuestro país, su prevalencia acumulada es de entre el 9,7% y 16,5% en niños de 6-7 años, y de 7,3% a 12,4% en los de 13-14 años. ³

6.2.2 Morbilidad

Al ser una enfermedad crónica frecuente y potencialmente grave, impone una carga sustancial para los pacientes, sus familias y la comunidad. Provocando, además, el deterioro en la calidad de vida de niños y adolescentes, asociada con limitación de las actividades diarias, físicas y lúdicas de este grupo etéreo. Interfiriendo también, con el sueño y rendimiento académico, condicionando el ausentismo escolar del menor y laboral de los cuidadores del paciente.⁵

El asma sigue imponiendo una carga inaceptable para los sistemas de atención de salud, y la sociedad, especialmente por las crisis asmáticas (exacerbaciones) que a veces requieren de atención médica urgente y pueden ser incluso fatales para estos pacientes.

En Chile las consultas por obstrucción bronquial en atención primaria constituyen el 23% de las atenciones de morbilidad en menores de 15 años y según datos del Ministerio de Salud, generan el 16% de todas las consultas en el grupo entre 5 y 14 años.⁶

6.2.3 Mortalidad

Según datos entregados por la organización Mundial de la salud (OMS) el 2011, el asma está presente en todos los países a nivel mundial, independientemente de su grado de desarrollo. Se estima que las muertes generadas por asma aumentarán en casi un 20% en los próximos 10 años si no se toman medidas urgentes por parte de las autoridades desde el punto de vista sanitario. Exponiendo además, que de todos los decesos por asma, el 80% de ellos, tienen lugar en países de ingresos bajos y medios-bajos.

Con respecto a lo que sucede en nuestro país, según datos publicados por el departamento de Estadísticas e Información de Salud en el año 2011, la mortalidad asociada al asma corresponde a 225 fallecidos de un total de 94.985 decesos; eso quiere decir un 0,24% del total de fallecidos.

6.3 Etiología del Asma Bronquial

El Asma es una enfermedad cuyas causas son heterogéneas. Presenta diferentes fenotipos que dependen de la edad, género, antecedentes genéticos y exposición ambiental, y que siguen una vía común caracterizada por cuadros recurrentes de obstrucción de la vía aérea.⁶

Existen evidencias que relacionan las infecciones respiratorias virales precoces con el desarrollo posterior de asma, pero esto aún no es aclarado del todo, ya que no se especifica si la bronquiolitis grave es realmente la causa de asma o si es solo un marcador de susceptibilidad en los niños, predisponiendo a estos

últimos al desarrollo de asma en un futuro.

Por lo cual existe un consenso para este tema, donde, las bronquiolitis asociadas a rinovirus son un marcador de predisposición para el asma y la atopia, mientras que las bronquiolitis por virus respiratorio sincicial (VRS) poseen un papel causal, especialmente en los casos graves con necesidad de hospitalización.⁷

Desde el punto de vista genético, se sabe que la base genética de esta patología es compleja, donde el patrón de herencia de esta enfermedad no sigue el modelo de herencia clásica mendeliana, característico de desórdenes ocasionados por un solo gen; de hecho, se reportan más de 100 genes de susceptibilidad para el asma.⁸

Algunos de ellos son los genes del interferón gamma (INF-g), el cual es una citoquina que se codifica por genes ubicados en el brazo largo del cromosoma 12; existe evidencia que los pacientes asmáticos presentan una disminución del INF-g, lo que provoca a su vez una disminución en la inhibición de la síntesis de IgE, lo que reduce la expresión del RNAm de la IL-12 en las vías aéreas de estos pacientes.^{9 12}

También existen estudios que hablan sobre los genes ubicados en el brazo largo del cromosoma 5, tales como genes para IL-3, IL-4, IL-5, IL-9 y IL-13, el factor estimulante de colonias de granulocitos y macrófagos (GM-SCF), los cuales tienen un rol importante en la inflamación alérgica. A su vez se ha

demostrado que la región 5q31-33 es importante en la regulación de la hiperreactividad bronquial, donde la activación de estos genes provocarán el incremento de citoquinas Th2.^{9 10}

Existe relación además con genes del cromosoma 2 para la expresión de asma bronquial y atopia. Estos genes codifican para dos serinas proteasas de la familia S9 (CD26/dipeptidyl peptidasa 4 (DPP4) y DPP10). Actualmente se ha comprobado que CD26 después de una exposición a alérgenos aumenta sus concentraciones, jugando de este modo un rol crucial en la patogénesis del asma.¹¹

Otros estudios explican que la exposición al humo del tabaco durante la etapa prenatal y/o infancia temprana, es uno de los factores de riesgo para el desarrollo de asma, ya que presentan una reducción de la expresión de HDAC-2 y además presentan un aumento de la expresión de IL-1B. Al presentarse esta reducción de HDAC, se obtiene como resultado el aumento de los mediadores pro-inflamatorios como GM-SCF, IL-8.¹²

Otro factor de riesgo para el desarrollo de asma estudiado ha sido la obesidad, ya sea de la madre durante la gestación, como la obesidad en el niño propiamente tal.¹³ Diversos estudios han identificado genes presentes en los cromosomas 5q, 6, 11q13,12q para estas patologías. Por ejemplo, en el cromosoma 5q se encuentran los genes ADRB2 y NR3C1. El gen ADRB2, codifica para el receptor adrenérgico β_2 , el cual es importante para controlar el

tono de la VA. Por otro lado, el gen NR3C1, codifica para el receptor de glucocorticoides y es quien participa en la modulación inflamatoria tanto en el asma como en la obesidad. ¹⁴

6.4 Fisiopatología del Asma Bronquial

Patológicamente el asma se caracteriza por anormalidades múltiples en la vía aérea (VA), tanto en su epitelio, lámina propia y submucosa, donde elementos celulares juegan un rol fundamental asociándose directamente a la hiperreactividad y su sintomatología.

A su vez, fisiológicamente se caracteriza como una obstrucción variable del flujo aéreo, la cual puede ocurrir en cualquier nivel del árbol bronquial, siendo la vía aérea periférica (< 2 mm de diámetro) el principal sitio de obstrucción.^{15 16}

En sí, la reacción asmática es compleja, donde el primer paso posterior a la estimulación antigénica, debido a la acción de un desencadenante (factores ambientales, infecciones virales, etc.), es generar el reclutamiento de mastocitos, linfocitos, basófilos y eosinófilos desde la circulación hacia la luz bronquial, a través de una serie de moléculas, como células de adhesión, citoquinas, quimiocinas y factores de crecimiento que facilitan la activación de dichas células, sintetizando mediadores, tales como: histamina, leucotrienos y factores activadores plaquetarios, responsables de la inflamación en la VA. Dicha inflamación provoca una hipertrofia e hiperplasia de la musculatura lisa bronquial, sumado a una fibrosis del epitelio, a raíz del depósito de fibras de

colágeno y proteoglicanos, generando así, la disminución del lumen de la VA. A su vez, también existe una hipertrofia de las células caliciformes y de las glándulas mucosas, responsables de la hipersecreción bronquial.

6.5 Diagnóstico de Asma Bronquial

El diagnóstico del asma es clínico y se basa en los siguientes principios fundamentales:

- Presencia de historia clínica y/o examen físico sugerentes de asma: En los periodos estables habitualmente el examen físico es normal; pero durante los periodos con pérdida de control y en las exacerbaciones, puede existir: tos, sibilancias espiratorias, espiración prolongada, disminución del ruido respiratorio normal, signos de hiperinsuflación pulmonar con aumento del diámetro anteroposterior del tórax e hipersonoridad
- Demostración de obstrucción al flujo aéreo con reversibilidad total o parcial a los broncodilatadores.
- Exclusión de otros diagnósticos (diagnóstico diferencial): En relación a los menores de 2 años el diagnóstico de asma es difícil de confirmar por lo que suele utilizarse el concepto de Síndrome Bronquial Obstructivo o Sibilancias Recurrentes en el lactante.²

6.6 Control del Asma Bronquial

Se entiende por Control del Asma, lograr mantener un adecuado dominio de los síntomas y de la condición de salud del paciente por el mayor tiempo posible. Disminuyendo la probabilidad de exacerbaciones y sintomatología, permitiendo así el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria del paciente.

A menudo los pacientes asmáticos sobreestiman el estado de su enfermedad, considerando como buen control una situación que realmente no lo es. ^{24 25}

La Global Initiative for Asthma (GINA) lo integra y define en base a siete parámetros, cuatro centrados en el paciente (síntomas, exacerbaciones, uso de broncodilatador de rescate y limitación de la actividad física), otros dos que incluyen mediciones fisiológicas (variabilidad del PEF, cercanía al PEF normal) y uno que evalúa los efectos adversos de la terapia. ²³

En nuestro país el Ministerio de Salud recomienda basar el control del asma en dos componentes:

- Control actual, que se refiere a los síntomas, nivel o limitación de actividad, terapia de rescate y función pulmonar. ²
- Componente de riesgo futuro, se refiere a la probabilidad de deterioro, exacerbaciones y en forma muy importante la declinación de la función pulmonar. ²

Además, el Ministerio de Salud Chileno propone utilizar la clasificación del asma de acuerdo a los niveles de control recomendados por GINA ² (Anexo 1)

6.6.1 Factores desencadenantes

Según la Real Academia Española, se define como desencadenante, adj. Dicho de un hecho, de un fenómeno o de una circunstancia, que es causa inmediata de otro u otros.

Por ello, un factor desencadenante en un paciente asmático será aquel responsable de provocar exacerbaciones, ya sea actuando mediante inflamación o broncoconstricción de la musculatura lisa de la VA.

Estos desencadenantes se clasifican en dos grandes grupos:

- Desencadenantes Específicos.

Alérgenos inhalados: como polvo, polen, caspa de animales, hongos y moho de ambientes húmedos.

En niños genéticamente predispuestos, la exposición y sensibilización a ácaros constituyen el factor principal para desarrollar asma alérgica. Nuestro ambiente domiciliario es propicio para los ácaros, y es más frecuente encontrarlos en ambientes alfombrados. ⁶

Alimentos: leche (no materna), huevos, naranja, tomate, fresa, chocolate, mariscos, colorantes, esencias y preservantes de alimentos, y medicamentos como: antibacterianos (penicilinas, sulfas y cefalosporinas), AINES (aspirina) y compuestos yodados.

- Desencadenantes Inespecíficos.

Contaminantes ambientales: humos del tabaco, de estufas de parafina o de la combustión de la leña.

Desinfectantes e irritantes químicos: gases industriales y de tubos de escapes, componentes químicos de la pintura fresca, productos de limpieza domésticos.

Otros desencadenantes como: cambios bruscos en la temperatura ambiental (frío), infecciones de las vías respiratorias producidas por virus, ejercicio físico y cambios emocionales.

Cualquiera de todos estos desencadenantes mencionados anteriormente, puede provocar una crisis de asma en un momento determinado, por lo cual, es crucial que cada paciente y su entorno familiar o red de apoyo, conozca e identifique estos factores, logrando a la vez, aprender a evitarlos, limitar su exposición o cómo debe actuar ante su presencia, potenciando así su tratamiento y mejorando el control de su asma. ^{6 29}

6.6.2 Valoración de la crisis de Asma.

Las exacerbaciones de asma (EA) o crisis de asma son episodios agudos, que consisten en un empeoramiento clínico más allá de la variabilidad diaria de uno o más de los síntomas de asma (disnea, tos, opresión torácica y/o sibilancias), y que obligatoriamente se acompañan de un descenso del flujo espiratorio observado por la medición del flujo espiratorio máximo (FEM) o volumen espiratorio forzado en el primer segundo (VEF1). ²⁶

En la última guía clínica de asma bronquial moderada y grave en menores de 15 años, elaborada por el Ministerio de Salud Chileno, se clasifica a las exacerbaciones de asma de acuerdo con su severidad.

EA leve: Evento que requirió uso de tratamiento aliviador con broncodilatadores, para el control de síntomas por al menos 3 días seguidos, pero no significó deterioro de la función pulmonar, ni ausentismo escolar ni requirió visita médica.

EA moderada: Evento que requirió un cambio en el tratamiento de mantención. Deterioro de síntomas y de función pulmonar, ausentismo escolar, aumento del uso de broncodilatador de rescate, consulta en servicio de urgencia o visita médica no programada.

EA severa: Evento que requirió tratamiento inmediato para detener la progresión de la dificultad respiratoria. Pacientes que han necesitado corticoesteroides sistémicos, atenciones de urgencia y hospitalizaciones.

Es por ello que, durante el tratamiento de las crisis moderadas y severas, se requieren valoraciones frecuentes de la exploración física, frecuencias cardíaca y respiratoria y SatO₂, para evaluar la respuesta al tratamiento. En niños mayores de 6-8 años, se recomienda monitorizar el PEF durante las agudizaciones leves y moderadas. ²¹

6.7 Tratamiento

Según la última Guía de Asma elaborada por el Ministerio de salud en nuestro país, el tratamiento debe basarse en 4 pilares fundamentales:

- Educación sobre el asma y autocuidado.
- Control de factores agravantes.
- Farmacoterapia.
- Manejo de las exacerbaciones.

El objetivo del tratamiento del asma es lograr y mantener el control de la enfermedad, control que tiene que alcanzarse lo más pronto posible y que debe permitir realizar, tanto en el adulto como en el niño, todas las actividades cotidianas sin limitaciones, incluyendo las deportivas. Otros objetivos son prevenir la aparición de obstrucción crónica al flujo aéreo y reducir la mortalidad por asma. ²¹

En cuanto al tratamiento farmacológico del asma, nos encontraremos con el tratamiento de las crisis y el tratamiento de mantenimiento, para prevenir la ocurrencia de estas y evitar los síntomas de la enfermedad, lo cual permite diferenciar en dos líneas los tipos de medicamentos utilizados en esta patología, los cuales son:

6.7.1 Medicamentos aliviadores o de rescate

Serán los utilizados en las crisis, ya que corresponden a los medicamentos que alivian los síntomas una vez que han aparecido. Estos corresponden a los

Broncodilatadores de acción rápida, que relajan las bandas musculares de los bronquios, permitiendo un efecto beneficioso inmediato, pero no logran tener una influencia en el proceso inflamatorio.

Algunos estudios indican que el salbutamol inhalado, es el fármaco broncodilatador de primera línea más utilizado en el tratamiento de la crisis asmática en la infancia. Otro fármaco broncodilatador utilizado es la terbutalina, y el bromuro de ipratropio en el tratamiento de niños que también se administran por vía inhalatoria.²⁰

6.7.2 Medicamentos preventivos o medicamentos de mantención

Son aquellos fármacos que previenen y controlan el asma; de ellos los principales son los antiinflamatorios, principalmente los corticoides inhalados y los antileucotrienos, que actúan eliminando la inflamación, por ello la importancia de su uso en forma continua, incluso cuando no se presente sintomatología.

También se utiliza la asociación de corticoides inhalados y broncodilatadores de acción prolongada (salmeterol, formoterol), generalmente utilizado en pacientes con asma severa y en asma moderada que no se controlan con dosis bajas de corticoides inhalados.

6.8 Técnica inhalatoria

La Técnica inhalatoria (TI), es un conjunto de procedimientos mediante el cual se administra un fármaco al sistema respiratorio. Se caracteriza por ser utilizada como primera línea para tratar las enfermedades respiratorias, siendo el inhalador de dosis medida (IDM) uno de los dispositivos comúnmente utilizados por los pacientes.¹⁸

El éxito de la terapia inhalatoria o aerosolterapia depende de la calidad con que es realizada, las características del fármaco utilizado, el sistema de inhalación, la edad del paciente, su condición respiratoria. Siendo el principal inconveniente de la inhaloterapia, la dificultad de los pacientes para utilizar correctamente los dispositivos generadores de aerosol.²²

La instrucción de la TI tanto a pacientes como a sus cuidadores se realiza de manera verbal o demostrativa, considerándose necesario su reforzamiento periódico como garantía de su cumplimiento adecuado. Esta tarea recae principalmente en médicos, kinesiólogos y personal de enfermería, tanto en su uso domiciliario como en el ámbito hospitalario.¹⁹

Para obtener una correcta entrega del medicamento siempre se debe utilizar aerocámara, de preferencia valvulada. Lo ideal es que la aerocámara tenga válvula inspiratoria y espiratoria, producto que la válvula inspiratoria permite el paso del aire desde la cámara hacia la vía aérea del paciente y la válvula espiratoria permite la exhalación del aire, evitando de esta forma que vuelva a

reingresar a la aerocámara y sea inhalado.²²

Las partículas del aerosol sedimentan en las paredes de las aerocámaras plásticas como resultado de las fuerzas electrostáticas.²² Es por eso que se recomienda el lavado de la aerocámara, mínimo una vez por semana con agua tibia y jabón para luego dejar estilando sin frotarlas para su secado, logrando de esta forma, disminuir la carga electrostática y aumentar significativamente el ingreso en la VA distal y el depósito a nivel pulmonar del fármaco administrado.^{18 22}

También es crucial que al posicionar la aerocámara, se debe asegurar que los labios queden perfectamente sellados alrededor de la boquilla ya que una mínima separación en ello, reduce drásticamente la cantidad de fármaco inhalado.²²

6.9 Falta de adherencia al tratamiento en el Asma

La Adherencia al tratamiento, es el grado en que el paciente realiza el tratamiento diario de forma correcta, conforme a un acuerdo entre el médico y el paciente y/o su familia.

Una mala adherencia, puede presentarse de diferentes formas, tales como: dificultades para iniciar el tratamiento, suspensión o abandono de él; incumplimiento de las indicaciones médicas, lo que puede manifestarse como errores de omisión, de dosis, de tiempo, de propósito (equivocación en el uso de medicamentos), la inasistencia a controles médicos, como también ausencia

de modificación de hábitos y estilos de vida para permitir el control de la enfermedad.³⁶ Por otro lado, el grado de adherencia al tratamiento variará según la edad del paciente, y la gravedad del asma, siendo la etapa de la adolescencia la de menor adherencia.³⁷

Esto producto que estos pacientes enfrentan una difícil etapa, respondiendo muchas veces con rebeldía frente a las normas dictadas, por lo que con frecuencia se convierten en incumplidores de su tratamiento farmacológico, por vergüenza de realizarlo ante sus pares o a veces solo por olvido. Por ende, muchas veces realizan tratamientos inadecuados sobre utilizando los fármacos broncodilatadores de acción corta, olvidando la medicación de mantención, lo que incide en su mal control de la enfermedad.

Diversos estudios expresan que falta de adherencia a los tratamientos en pacientes asmáticos, corresponde a un problema con repercusiones no solo desde el punto de vista médico, sino económico y psicosocial. Existiendo así, falta de respuesta terapéutica generadora de recaídas y aparición de complicaciones, valoración errónea de la efectividad del tratamiento farmacológico, con aumento o disminución innecesario del número de dosis; cambio de tratamiento con introducción de otros medicamentos más potentes que acrecientan el riesgo de aparición de efectos secundarios o dependencia de administración a largo plazo.

Desde el punto de vista económico en salud pública, constituye un gasto en

tiempo y recursos invertidos en la producción, así como en el estudio de la eficacia y seguridad de medicamentos que el paciente no consume o no utiliza adecuadamente.¹⁷

La Global Initiative for Asthma (GINA) propone que la adherencia puede ser mejorada si: el paciente logra aceptar su diagnóstico; cree que el asma puede ser peligroso; y si logra comprender que correrá riesgos si no cumple correctamente su tratamiento, o si se consigue, que el paciente y el profesional de salud tengan una buena comunicación.

6.10 Toma de decisiones en salud

A menudo las personas enfrentan situaciones en donde deben tomar decisiones de mayor o menor importancia, algunas marcan un hito y otras no representan mayores consecuencias; la Real Academia de la Lengua Española define el término *decisión* como “formar un juicio resolutorio sobre algo dudoso o contestable y/o hacer una elección tras reflexionar sobre ello”.

Por lo tanto, tomar una decisión es el proceso de elegir entre diferentes alternativas de acción, que pueden incluir el hacer nada y seguir como se está⁵²; o bien seleccionar aquella alternativa que perciba como más efectiva para lograr un resultado esperado y evitar aquellos resultados no deseados³⁴.

En el año 1978, la Organización Mundial de la Salud declara que: “las personas tiene el derecho de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención en salud”³⁴, a pesar de esto; el enfoque habitual de

los profesionales de la salud para aconsejar a los pacientes acerca de sus tratamientos opcionales, no siempre conduce a decisiones informadas que le otorguen importancia a los valores del paciente⁵².

Involucrar a los pacientes para que participen en la toma de decisiones es un componente necesario de la atención centrada en el paciente, que toma como base el consentimiento informado. El consentimiento informado generalmente implica que los pacientes sean informados de sus opciones, incluyendo los beneficios y daños⁵².

En nuestro país poseemos leyes que avalan a los pacientes tanto en sus deberes como en sus derechos; en el año 2012 se estableció la ley 20.584 que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con las acciones vinculadas a su atención en salud, tomando en cuenta esta ley y basándose en los artículos 10°, 11°, 14°, 15° y 16°, queda de manifiesto bajo el decreto N° 31 del “Reglamento sobre la entrega de información y expresión de consentimiento informado en las atenciones de salud” postulado también en el año 2012; declara en el art.1: “ Todo profesional de la salud, que otorgue atención a una persona, en calidad de tratante (...) debe comunicar a su paciente de acuerdo con los antecedentes que se dispone (...) los tratamientos disponibles para su recuperación o para la mejor mantención de su vida (...) esta información se proveerá en forma oportuna y comprensible para quien la reciba teniendo en cuenta la edad de la persona, su condición personal,

capacidad de comprensión y su estado emocional.”³⁰ Tomando en cuenta lo anterior es posible declarar que: la toma de decisiones en salud ya no corresponde a un proceso unilateral, sino que ahora el médico propone al paciente aquella decisión con fines diagnósticos o terapéuticos que considera más conveniente y el paciente puede aceptar, rechazar o solicitar una segunda opinión. Este modo de proceder, reconoce los derechos de los pacientes, modificando sustancialmente esta relación e incluso incide en el panorama de la medicina actual.³²

Ahora bien, tomar una decisión en medicina, es un proceso complejo, ya que implica la elección entre diferentes alternativas de acción, y seleccionar aquellas opciones que se perciben más efectivas para lograr los resultados esperados y evitar los no deseados.³¹

Generalmente el ambiente sanitario se caracteriza por enfrentar situaciones decisionales, lo que puede ser potencialmente difícil, particularmente cuando el curso del tratamiento o de la enfermedad de un paciente es incierto o cuando la decisión implica realizar concesiones valóricas entre riesgos y beneficios.³⁴

6.11 Conflicto Decisional

Como mencionamos anteriormente, al enfrentarnos a la toma de una decisión, nos encontramos con que muchas de las decisiones relacionadas en el área de la salud poseen alternativas que podrán generar a la vez resultados deseados y otros no tan deseados para el paciente, por lo cual es este último quien se

encuentra enfrentado a un dilema decisional. Esta situación es conocida como Conflicto Decisional (CD).

El CD corresponde a la incertidumbre personal acerca de qué curso de acción tomar, entre opciones competitivas que pueden implicar riesgo, pérdida, pesar o desafíos a los propios valores⁵², se caracteriza por la dificultad para identificar la mejor alternativa u opción posible debido al riesgo o incertidumbre de los resultados, por la necesidad de emitir un juicio de valor sobre las ganancias potenciales versus las potenciales pérdidas, y por el arrepentimiento anticipado respecto a los aspectos positivos de las opciones que fueron rechazadas.³⁸

Los conflictos decisionales provienen de dos fuentes: la primera está referida a la naturaleza misma de la decisión, es decir, la decisión por sí sola es complicada, dado que sus opciones presentan potenciales ventajas y desventajas; y la segunda fuente está dada por los factores personales que hacen aún más difícil una decisión que por sí sola ya es compleja.³⁹

En ocasiones, al realizar la elección de una alternativa específica, sólo se puede obtener una parte de los resultados deseados, por consiguiente, la alternativa que se escoge muchas veces no satisface necesariamente todos los objetivos deseados por el paciente, como tampoco garantiza estar exenta de riesgos futuros, lo cual genera un nivel de estrés y presión psicológica importante para quien decide.

La enfermera canadiense Annette M. O'Connor, define una decisión óptima

como aquella decisión informada, que está acorde con los valores personales y en la que el individuo que la adopta expresa satisfacción por ésta. Basándose en esto plantea la siguiente hipótesis “las intervenciones de apoyo a la toma de decisión pueden ayudar a tomar decisiones a la persona que está dudosa, y aumentar la probabilidad que las decisiones sean tomadas con un conocimiento adecuado, con expectativas realistas y acordes a los valores personales de cada paciente.”⁴⁰

Generalmente una persona que debe tomar una opción, suele manifestar un CD a través de las siguientes expresiones: verbalizar incertidumbre acerca de la opción a elegir, o preocupación acerca de los resultados no deseados, vacilar entre las opciones, posponer la decisión a tomar, cuestionarse acerca de lo que es más importante para ella frente a la situación específica en la que está inmersa; preocuparse con la decisión, o presentar signos físicos de angustia y tensión producto de este proceso.

6.11.1 Modelo de toma de Decisiones en Salud

Un modelo de toma de decisiones en salud es un proceso de deliberación conjunta y colaborativa entre el profesional de la salud y el paciente con el fin de llegar a un consenso sobre el tratamiento⁵³. En esta interacción, los profesionales de la salud ofrecen información técnica sobre la enfermedad, los beneficios y riesgos de las opciones terapéuticas⁵³. El objetivo de tomar una decisión en conjunto con el paciente es para mejorar la calidad de la decisión,

entendiéndose por ésta la medida en que los pacientes toman decisiones que son consistentes con sus propios valores y que tienen en cuenta las características de las diferentes opciones⁵⁰.; por otra parte el modelo descrito busca lograr decisiones que estén informadas y basadas en los valores del paciente, los pasos para lograr este objetivo incluyen: aclarar la decisión, evaluar las necesidades del paciente en cuanto a la decisión, proporcionar información y posibles resultados, aclarar valores personales, mejorar el apoyo de terceros y monitorear todo el proceso de toma de decisiones^{50 52}.

Para dar ayuda a los pacientes en la toma de decisiones, es que se han creado diversos modelos que cumplen con las características descritas con anterioridad, estas herramientas de ayuda para la toma de decisiones ofrecen información basada en la evidencia científica disponible de manera de ayudar a las personas en su proceso de toma de decisiones.

6.11.2 Modelo de Toma de Decisiones en salud de Ottawa.

El Modelo de Toma de decisiones en salud de Ottawa (MTDS) entrega conocimientos específicos respecto a los procesos en la toma de una decisión y conflictos decisionales generados a raíz de dicha decisión, apuntando específicamente a empoderar y apoyar a los pacientes en el ejercicio de sus derechos en salud. Todo modelo de ayuda en la toma de decisiones debe basarse en las características de las decisiones del paciente; que incluyen: tipo, momento, etapa e inclinación.

El apoyo en la decisión también debe adaptarse al sexo del paciente, edad, etapa del desarrollo, educación, ocupación, estatus socioeconómico y origen étnico; además, el modelo se aplica a todos los individuos involucrados en la toma de decisiones incluyendo al paciente, miembros de la familia y profesionales de la salud⁵².

El MTDS fue planteado por la enfermera canadiense Annette M. O'Connor en 1995, para ayudar a los pacientes y usuarios del sistema de salud, los cuales enfrentan una situación que les significa un conflicto decisional; el cual consiste en: valorar las necesidades o determinantes de las decisiones; proveer apoyo a la toma de decisiones; evaluar el proceso de toma de decisión y sus resultados.³³

Si las necesidades decisionales no están resueltas, es menos probable que los pacientes tomen decisiones informadas y con ello se sientan seguros con la elección que están tomando; también es más probable que demoren en tomar la decisión, sientan arrepentimiento, expresen insatisfacción y culpen a otros por los malos resultados obtenidos^{50 52}.

El MTDS se basa en:

- *Valorar las necesidades:*

La primera etapa consiste en identificar los factores que pueden ser negativos y pueden residir en la percepción de los pacientes, los familiares o en los recursos personales, tales como: seguridad y habilidades para tomar decisiones

o la experiencia previa para optar por una decisión en sí; y a la vez identificar los factores externos al proceso (red de apoyo). Todo este proceso e información es necesario para poder seleccionar y llevar a cabo las intervenciones más apropiadas en el contexto de la toma de decisiones en salud.

- *Proporcionar apoyo en la toma de una decisión:*

Corresponde a la segunda etapa planteada por el modelo, la cual da énfasis a brindar en la toma de decisiones, la preparación tanto del paciente y del profesional en este proceso. En esta etapa se debe tener como objetivo el mejorar el proceso de decisión, adaptando el tipo de apoyo a las necesidades de quienes participan, es decir: proporcionando información de la situación de salud, de sus opciones y de los resultados al tomar la decisión; clarificar las expectativas con la descripción de los resultados y sus probabilidades asociadas; clarificar los valores inmersos, a través de la descripción de los resultados para una evaluación correcta; e incrementar las habilidades en el proceso de toma de decisiones, guiando y aconsejando en los diferentes pasos para realizar la deliberación, considerando además las características propias de cada paciente producto que las intervenciones deben ser lo más flexibles para poder abarcar las preferencias individuales de participación en la toma de una decisión.

- *Evaluación del proceso y sus resultados:*

Corresponde a la última etapa del modelo, donde se trata de diferenciar la evaluación del proceso, y de los resultados obtenidos, esto producto de que no siempre en la toma de una buena decisión se obtiene un buen resultado. Esto último depende de los valores personales de cada paciente, con los que pueden expresar su satisfacción. A su vez nos permite identificar de este modo, si las intervenciones incrementaron el conocimiento, las expectativas realistas, la concordancia entre los valores personales y las opciones disponibles, la disminución del conflicto decisional y la satisfacción en sí, con el proceso de toma de decisiones.

El MTDS busca explicar la relación entre las necesidades decisionales de los pacientes, la calidad de la decisión tomada y el apoyo que recibe la persona durante el proceso. La calidad de la decisión va a depender de dos factores: la información que posea el paciente respecto a la decisión que vaya a tomar y los valores que le asigne a cada decisión.

El entregar apoyo en la toma de decisiones a cada paciente según sus necesidades, puede mejorar la calidad de la propia decisión; ya que, será basada en el conocimiento entregado, los valores asignados y un apoyo constante por parte del profesional de la salud y la familia que forma parte fundamental de todo el proceso.

6.11.3 Toma de Decisiones en Salud en Adolescentes

La OMS define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años.

Se sabe que es una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, condicionada por diversos procesos biológicos, y caracterizada por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios⁴⁴, como también el desarrollo de capacidades cognitivas más avanzadas y la transición a nuevos roles en la sociedad, hasta llegar a alcanzar una autonomía emocional (independencia emocional), conductual (capacidad de decidir) y de valores (con la interiorización de sus propios principios morales), para llegar a la propia identidad.^{41 46 47}

Diversos estudios mencionan que, realizar intervenciones en el ámbito sanitario durante la adolescencia, inciden positivamente en el ámbito de salud pública, asimismo, se establece que realizar una intervención en esta etapa, ofrece la oportunidad de corregir problemas que hayan podido surgir en los primeros años de vida que afecten a la salud de la persona en la adultez o en el futuro en sí. Para asegurarse de que los programas de intervención y las políticas en salud atiendan a las necesidades reales de los pacientes y se obtengan resultados positivos y eficaces, se debe comprender que los adolescentes tienen derecho a ser escuchados y ser partícipes en la planificación, ejecución, seguimiento y evaluación de los servicios en salud. Comprendiendo que los

adolescentes son una fuerza para su propia salud y son agentes de cambio social, y no simples beneficiarios de los programas sociales.

Por ende, su participación debe ser propugnada y facilitada en cuanto a la toma de decisiones en salud, incluso cuando sean muchos de ellos legalmente menores de edad, y sean declarados como «niños» en la Convención sobre los Derechos del Niño.

A la vez es en dicha Convención publicada por UNICEF, la cual fue ratificada por el Gobierno de Chile en 1990, se establece en la Parte 1, en el Art. 12 de esta misma, que “Los Estados Partes garantizarán al niño que esté en condiciones de formarse un juicio propio el derecho de expresar su opinión libremente en todos los asuntos que le afectan, teniéndose debidamente en cuenta sus opiniones, en función de su edad y madurez.”⁴²

Entenderemos de esta forma que, la madurez de una persona, sea esta mayor o menor de edad, debe medirse por sus capacidades formales de juzgar y valorar las situaciones, no por el contenido de los valores que asuma o maneje.⁴⁸ Siendo un error clásico, considerar inmaduro o incapaz a todo aquel que tenga un sistema de valores distinto del nuestro.

Pero para que un adolescente pueda tomar decisiones en asuntos relacionados con su salud, además de que se encuentre “apto o no” para ello, es necesario que sea él quien quiera participar en este proceso voluntariamente, y además quiera asumir la decisión sobre lo que se debe hacer, entendiendo la

información que le es otorgada de su enfermedad.⁴³

Otro aspecto necesario para la toma de decisiones en adolescentes, que deben tener todos los profesionales de la salud que trabajan con menores, es garantizar una capacitación a dichos pacientes para tomar decisiones, aunque se considere al menor como “no apto” para optar por una decisión concreta en sí, es necesario empoderarlo en el proceso, informando correctamente sobre su salud, logrando de esta forma, “que forme parte” de la decisión tomada.

De otra forma, no podemos esperar que un niño al que no incluimos al momento de definir cuál o cuáles de las diversas decisiones fueron tomadas para guiar su tratamiento, pueda empoderarse del control de su enfermedad y salud en general en un futuro.

Además de los beneficios que trae consigo la importancia ética de la obligación legal de informar al menor con el consentimiento informado, el empoderar e involucrar a los adolescentes en la toma de decisiones en salud, facilita la comunicación entre el paciente, padres o tutores y el profesional en sí; y el sólo hecho de tener un rol activo en el proceso de toma de decisiones va a incidir en la adherencia y cooperación del paciente en su tratamiento, y en percibir la enfermedad como menos estresante, disminuyendo la sensación de malestar, y en una mayor satisfacción con el actuar del profesional médico, percibido tanto por parte de los pacientes como de los padres o tutores.⁴⁵

En la actualidad es en la literatura anglosajona donde se encuentra mayor

cantidad de material de información enfocado a adolescentes y niños, además de herramientas y documentos para promover una adecuada información a menores en diversos temas en salud, pero aún existen muy pocos estudios sobre la participación real de menores en la toma de decisiones en salud, concentrándose la gran mayoría en problemas enfocados a la sexualidad de estos pacientes y al consumo de sustancias nocivas o adictivas, pero no así en el caso de adolescentes que posean enfermedades crónicas, que es donde realmente deberíamos plantear seriamente el procedimiento de toma de decisiones en salud.

7. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Considerando los altos índices de ausentismo a controles periódicos en los centros de salud; específicamente en pacientes asmáticos, sumado a la baja adherencia a los tratamientos entregados, falta de interés por conocer la patología y poca participación de los pacientes menores en su tratamiento, es que se decide utilizar una herramienta basada en una consejería de apoyo decisional en la toma de decisiones en salud acerca de la patología en cuestión: el asma. Para evaluar: ¿Cuál el efecto del MTDS sobre el control del asma y el conflicto decisional en adolescentes con diagnóstico de asma bronquial, pertenecientes al Policlínico Respiratorio Infantil del HCVB de Valparaíso, durante los meses de junio 2016 hasta enero 2017?

8. OBJETIVO GENERAL

Determinar el efecto de la aplicación del modelo de toma de decisiones de Ottawa sobre conflicto decisional en relación con el asma y el nivel de control del mismo en adolescentes asmáticos entre 10 y 14 años pertenecientes al Policlínico Respiratorio Infantil del HCVB de Valparaíso, entre los meses de junio 2016 y enero 2017.

9. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Establecer el nivel de Control del Asma de los participantes previo y posterior a la aplicación del método.
- b) Determinar el nivel de Conflicto Decisional en relación al asma de los sujetos previamente definidos, pre y post aplicación del método.
- c) Analizar el efecto de la aplicación del método Ottawa sobre Conflicto Decisional.
- d) Analizar el efecto de la aplicación del método de Ottawa sobre el nivel de control de asma presentado por los participantes.

10. HIPÓTESIS

Hipótesis 1

H_{1.0}: Con la aplicación del método de Ottawa, basado en la toma de decisiones en salud, no disminuirá el grado de conflicto decisional presentado en adolescentes asmáticos entre 10 y 14 años.

H_{1.1}: Con la aplicación del método de Ottawa, basado en la toma de decisiones en salud, disminuirá el grado de conflicto decisional presentado en adolescentes asmáticos entre 10 y 14 años.

Hipótesis 2

H_{2.0}: Con la aplicación del método de Ottawa, basado en la toma de decisiones, no mejorará el nivel de control de asma en los adolescentes asmáticos entre 10 y 14 años.

H_{2.1}: Con la aplicación del método de Ottawa, basado en la toma de decisiones, mejorará el nivel de control de asma en los adolescentes asmáticos entre 10 y 14 años.

11. MATERIALES Y MÉTODOS

11.1 Población

Nuestra población corresponde a 32 sujetos con diagnóstico médico de Asma en cualquiera de sus tres niveles, cuyas edades van entre 10 y 14 años, reclutados desde junio de 2016 hasta enero de 2017; los cuales se atienden en el policlínico respiratorio infantil del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso.

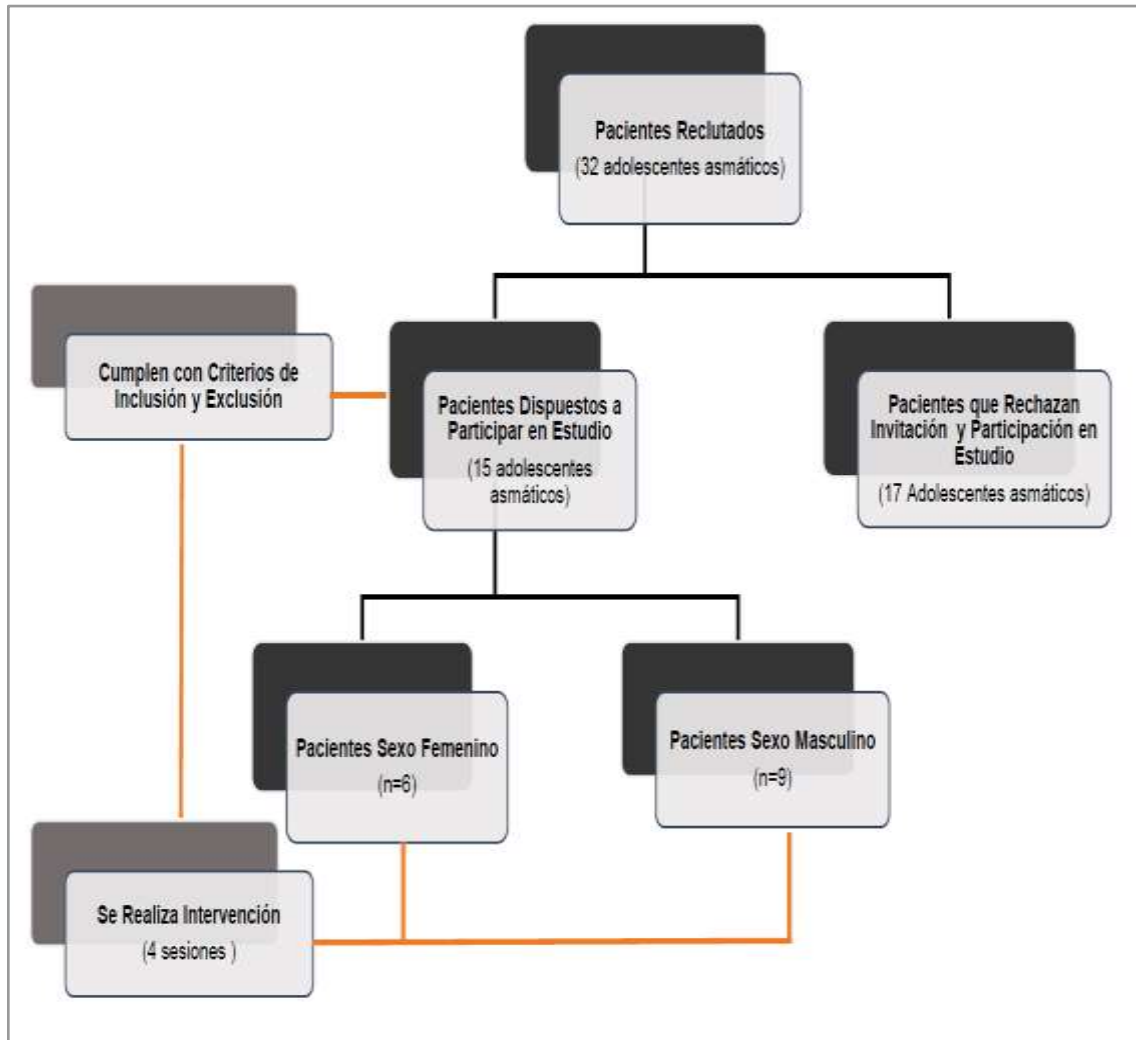
11.2 Muestra

La muestra de este estudio se determinó mediante un muestreo no probabilístico a juicio del investigador tomando en cuenta las características de un estudio pre-experimental.

Para la obtención de dicha muestra, un número de 32 menores fueron invitados a participar en nuestra investigación, de los cuales sólo 15 completaron la totalidad de las sesiones de MTDS, efectuadas durante los meses de agosto de 2016 hasta enero de 2017.

Dicha invitación se realizó de forma presencial al momento de su control en el hospital y mediante afiches (anexo 13), ubicados en la sala de espera del policlínico respiratorio infantil.

Debido a la escasa participación de los sujetos contactados y a la falta de datos actualizados sobre la población actual del policlínico; se determinó basado en estudios similares, que la muestra fuese de 15 menores participantes.



Esquema 1. Flujograma Reclutamiento de la Muestra del Estudio.

Cabe destacar que, de los 15 menores dispuestos a participar en nuestro estudio, la totalidad de éstos, cumplían con el perfil indicado para nuestro estudio en los criterios de inclusión y exclusión, que serán mencionados a continuación.

11.3 Criterios de inclusión y exclusión de la muestra

Los criterios de inclusión y exclusión de nuestro estudio se detallan en las tablas N° 1 y 2.

Tabla N°1 Criterios de Inclusión
Adolescentes asmáticos, asistentes al policlínico del HCVB de Valparaíso.
Edad entre 10 y 14 años.
Presenten diagnóstico médico de Asma.
Adolescentes que sean atendidos o derivados al policlínico del HCVB de Valparaíso.
Sujetos que decidan voluntariamente participar del estudio, sin presión de terceras personas.
Sujetos con capacidades cognitivas indemnes, que sean capaces de leer y escribir.

Tabla N° 2 Criterios de Exclusión
Adolescentes no diagnosticados con asma.
Menores que no cumplan con el rango etario.
Menores que decidan seguir su tratamiento en cualquier otro centro de atención de salud.
Sujetos con problemas cognitivos o sin capacidad de tomar decisiones por su cuenta.
Sujetos con problemas para entender instrucciones.
Menores que decidan no participar de nuestro estudio.

11.4 Elementos a utilizar

Elementos para utilizar
<p>Documentos:</p> <ul style="list-style-type: none">● 30 escalas de control del asma según GINA 2016 impresa en formato carta, papel blanco, 2 por cada participante (Anexo 1).● 30 escalas de conflicto decisional, validada en nuestro país el año 2008 por M. Urrutia, S. Campos, A. O'Connor, impresa en formato carta, papel blanco, 2 por cada participante (Anexo 2).● 15 consentimientos informado impreso en formato carta (Anexo 3), papel blanco.● 15 asentimientos informado impreso en formato carta (Anexo 4), papel blanco.● 20 tarjetas de identificación y asistencia de cada menor (Anexo 5).● 60 resúmenes preparados de acuerdo con la consejería correspondiente, impreso en formato carta, papel blanco. Entregado al finalizar cada consejería (Anexo 6, 7, 8 y 9).● 1 lámina didáctica sobre factores ambientales en el hogar.
<p>Recursos materiales</p> <ul style="list-style-type: none">● 10 lápices color azul.● Proyector.● Computador portátil.
<p>Material didáctico</p> <ul style="list-style-type: none">● Material visual, consistente en 4 consejerías distintas, de acuerdo con cada tema abordado.● Modelo básico de pulmón sano y afectado (Anexo 10).
<p>Programa computacional</p> <ul style="list-style-type: none">● Software Graphpad InStat 3.0 versión para Windows.

11.5 Instrumentos recolectores de datos

Los instrumentos considerados como recolectores de datos fueron aquellos que se utilizaron para evaluar el grado de conflicto decisional y nivel de control del asma.

11.6 Descripción de los instrumentos

11.6.1 Escala de Conflicto Decisional.

La *Decisional Conflict Scale* (DCS), es un instrumento que se basa en el Modelo Conceptual de Apoyo a la Toma de Decisiones en Salud de Ottawa y su propósito es identificar los conflictos decisionales y los factores que los influyen. Fue desarrollada por Annette M. O'connor en respuesta a la falta de instrumentos disponibles para evaluar la necesidad de apoyo decisional de los usuarios en salud. Siendo, además, validada por su autora en 1995.

En nuestro país se realizó una validación de una versión en español de la Escala de Conflicto decisional (ECD); en la cual se ocupó una muestra de 331 alumnos de la Pontificia Universidad Católica de Chile, que ingresaron a primer año de la carrera de Enfermería, en los meses de marzo entre los años 2000 y 2004.⁵⁴

La ECD corresponde a una escala tipo likert de 16 ítems, los cuales son distribuidos en 5 subescalas: incertidumbre respecto a qué curso de acción tomar (ítems 10, 11 y 12), conocimiento e información acerca de las opciones (ítems 1, 2 y 3), valores que la persona le asigna a las opciones (ítems 4, 5 y 6),

participación de otros en el proceso de toma de decisión (ítems 7, 8 y 9), decisión efectiva y satisfactoria para el sujeto que ya ha tomado la decisión (ítems 13, 14, 15 y 16).

Para cada uno de estos 16 ítems, existen cinco alternativas a las cuales el paciente puede optar, las que son numeradas del cero (0) al número (4), siendo:

0: totalmente de acuerdo; 1: de acuerdo; 2: indiferente; 3: desacuerdo; 4: totalmente en desacuerdo. Véase en el **Anexo 2**.

En nuestro estudio la ECD, fue utilizada para evaluar el grado de conflicto o incertidumbre presentada por el menor participante, al momento de enfrentarse a una decisión que involucre su patología.

Para obtener los resultados, se realizó una valoración de los puntajes para cada una de las 5 subescalas, a través de la puntuación obtenida por cada alternativa marcada por el paciente en estudio en cada uno de los ítems correspondientes para cada subescala, obteniéndose de esta forma valores, tales como:

Subescalas:

- ***Incertidumbre respecto a qué curso de acción tomar:***

Rangos que van desde 0 (se siente extremadamente *SEGURO*

sobre la mejor elección) hasta 100 (se siente extremadamente

INSEGURO sobre la mejor elección).

- **Conocimiento e información acerca de las opciones:**

Rangos desde 0 (se siente extremadamente *INFORMADO*),

hasta 100 (se siente extremadamente *DESINFORMADO*).

- **Valores que la persona le asigna a las opciones:**

Rangos desde 0 (se siente extremadamente *CLARO* sobre valores

personales en relación a los beneficios y riesgos), hasta 100

(se siente extremadamente *CONFUNDIDO* sobre valores personales).

- **Apoyo de otros en el proceso de toma de decisión:**

Rangos desde 0 (se siente extremadamente *APOYADO* en la

toma de decisiones), hasta 100 (se siente extremadamente *SIN APOYO*

en la toma de decisiones).

- **Decisión efectiva y satisfactoria:**

Rangos desde 0 (*COMPLETA SATISFACCIÓN CON LA DECISIÓN TOMADA*), hasta 100 (*INSATISFACCIÓN CON LA DECISIÓN TOMADA*).

Luego de todo esto, se obtiene el **Puntaje Total**, donde el menor puntaje es 0 (que significa la nula existencia de conflicto decisional) y un máximo de 100 (que corresponde a un alto índice de conflicto decisional) para cada pregunta formulada. Véase en el **Anexo 15**.

El puntaje de corte utilizado en nuestro estudio para determinar el grado de conflicto decisional presentado, tomando como referencia experiencias previas realizadas en nuestro país en adolescentes; en conjunto con la recomendación de la investigadora A. Mosqueda (Efecto de una consejería de apoyo decisional en salud en adolescentes con malnutrición por exceso 2016), es que se ha llegado al consenso de bajar el puntaje de corte para determinar el grado de conflicto, de 37,5⁵⁸ utilizado en pacientes asmáticos adultos a 25 puntos, dada las características de la muestra en estudio.

11.6.2 Escala GINA para el control del asma

El Control del Asma se define como el grado en el que las manifestaciones del Asma están ausentes o se ven reducidas al mínimo por las intervenciones terapéuticas, cumpliendo con los objetivos del tratamiento²¹. Aunque el término control es amplio y puede englobar todos los aspectos clínicos y fisiopatológicos del Asma, dentro de su clasificación incluye características clínicas como sintomatología y exacerbaciones; además de pruebas de función pulmonar; sin embargo en la guía publicada por la GINA en el año 2016, se incluye el concepto de “control de los síntomas”, en vez de utilizar el término de “control clínico actual”; en donde, dentro de los tópicos a evaluar para el control de los síntomas, se deja de lado la función pulmonar y solo se incluye los síntomas diurnos, síntomas nocturnos, limitación de actividades y necesidad de medicamentos de rescate, como parte de una nueva forma de diferenciar el grado de control y dejando la función pulmonar en el dominio de “Riesgo futuro

de resultados adversos". (Anexo 1)

Dentro de esta nueva clasificación publicada por GINA que mantiene la evaluación considerando las últimas 4 semanas, podemos encontrar lo siguiente:

- Síntomas diurnos: dentro de este tópico se debe tomar en cuenta la presencia de tos, sibilancias, disnea o dificultad para respirar más de una vez por semana; de ser positivo se marca un si en la tabla y si es negativa la respuesta se debe marcar un no.

Evaluación del control de los síntomas y el riesgo futuro

A. Grado de control de los síntomas asmáticos			Bien controlados	Parcialmente controlados	No controlados
En las 4 últimas semanas, ¿ha tenido el paciente:					
Síntomas diurnos más de dos veces/semana?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>			
Algún despertar nocturno por el asma?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Ninguno de ellos	1—2 de ellos	3—4 de ellos
Necesidad de utilizar medicación sintomática* más de dos veces/semana?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>			
Alguna limitación de la actividad por el asma?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>			

GINA 2016

- Síntomas nocturnos: al realizar esta valoración, se debe considerar la tos nocturna, despertares producto de alguna sintomatología asociada al asma y sensación de cansancio durante el día. Al igual que en el punto anterior si alguna respuesta es positiva se debe marcar un si en la tabla adjunta. Un punto importante para considerar es que, al contestar

afirmativamente sólo la presencia de tos, se debe establecer la ausencia de rinitis o reflujo gastroesofágico como posible causa de la tos presentada.

Evaluación del control de los síntomas y el riesgo futuro

A. Grado de control de los síntomas asmáticos			Bien controlados	Parcialmente controlados	No controlados
En las 4 últimas semanas, ¿ha tenido el paciente:					
Síntomas diurnos más de dos veces/semana?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>			
Algún despertar nocturno por el asma?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Ninguno de ellos	1–2 de ellos	3–4 de ellos
Necesidad de utilizar medicación sintomática* más de dos veces/semana?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>			
Alguna limitación de la actividad por el asma?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>			

GINA 2016

- Uso de medicamentos de rescate: nuevamente considerando las últimas 4 semanas se debe preguntar sobre el uso de medicamento de rescate para aliviar la sintomatología asociada al asma; en este punto es de vital importancia distinguir el uso del medicamento motivado por una crisis o como manera preventiva frente a la realización de deportes; en el último caso se debe responder que no en el cuestionario, ya que eso se está utilizando con fines preventivos.

Evaluación del control de los síntomas y el riesgo futuro

A. Grado de control de los síntomas asmáticos				
En las 4 últimas semanas, ¿ha tenido el paciente:		Bien controlados	Parcialmente controlados	No controlados
Síntomas diurnos más de dos veces/semana?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Algún despertar nocturno por el asma?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Necesidad de utilizar medicación sintomática* más de dos veces/semana?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Ninguno de ellos	1—2 de ellos	3—4 de ellos
Alguna limitación de la actividad por el asma?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			

GINA 2016

- Limitación de actividades de la vida diaria: al realizar esta pregunta, se debe considerar actividades como la realización de: deportes, hobbies, trabajos y asistencia escolar; en comparación con sus pares.

Evaluación del control de los síntomas y el riesgo futuro

A. Grado de control de los síntomas asmáticos				
En las 4 últimas semanas, ¿ha tenido el paciente:		Bien controlados	Parcialmente controlados	No controlados
Síntomas diurnos más de dos veces/semana?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Algún despertar nocturno por el asma?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Necesidad de utilizar medicación sintomática* más de dos veces/semana?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Ninguno de ellos	1—2 de ellos	3—4 de ellos
Alguna limitación de la actividad por el asma?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			

GINA 2016

Una vez finalizado el cuestionario, se debe revisar las respuestas como se muestra en la tabla; en donde va a depender de la sintomatología y su presencia diaria/semanal el nivel de control. La escala se divide en tres niveles de control: el primero totalmente controlado, parcialmente controlado y

finalmente no controlado.

- El nivel controlado significa la ausencia total de la sintomatología descrita, ya que no debe existir ningún si dentro de las respuestas.
- El nivel parcialmente controlado hace referencia a la presencia de 1-2 respuestas afirmativas dentro del cuestionario, pudiendo ser estas, cualquiera de las 4 opciones.
- Finalmente el nivel no controlado se determina mediante la afirmación de 3-4 síntomas de los mencionados.

12. MÉTODO

12.1 Diseño y análisis:

12.1.1 Tipo de investigación

El presente estudio correspondió a una investigación de tipo pre-experimental, con pre y post test, sin grupo control.

12.1.2 Variables del estudio

Dentro de nuestro estudio se tomaron en consideración las siguientes variables:

- Nivel de Control del Asma.
- Conflicto Decisional.

Tabla N°3. Subvariables del Control del Asma.

Instrumento	Subvariable
Control del asma según Escala GINA	Síntomas diurnos
	Síntomas nocturnos
	Uso de medicamentos de rescate
	Limitación de actividades

Tabla N°4. Subvariables de Conflicto Decisional

Instrumento utilizado	Subvariable
Escala de Conflicto Decisional	Conocimiento de las opciones
	Incertidumbre sobre la decisión
	Valores otorgados a las opciones
	Apoyo de terceras personas
	Conformidad con la decisión tomada

Además de las subvariables presentadas con anterioridad que corresponden a aquellas directamente relacionadas con los instrumentos de medición, existen variables que tienen que ver con las características de la muestra que se detallan en la siguiente tabla.

Tabla N°5. Variables que pueden intervenir.
Edad
Sexo
Nivel Socioeconómico
Núcleo Familiar
Apoyo social
Condiciones sociales y de vivienda

De las variables expuestas en este apartado (tabla N°5) debemos destacar que, en este estudio, sólo fueron medidas y evaluadas edad y sexo; las siguientes variables no fueron evaluadas de manera objetiva, dejándolas como referencia para el desarrollo de la investigación.

12.2 Consideraciones Bioéticas

Todas las acciones realizadas durante la realización de nuestra investigación fueron aprobadas por el comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso con fecha de mayo, 2016. (anexo 12)

Como se mencionó en los consentimientos y asentimientos entregados a cada participante y tutor, los datos personales de los menores fueron utilizados con suma responsabilidad, quedando guardados bajo llave en las dependencias del policlínico respiratorio infantil; además, se utilizó las iniciales de los menores para identificarlos durante el estudio.

Tanto participantes como padres y/o tutores aceptaron voluntariamente participar en el estudio, sin recibir ningún tipo de compensación económica ni retribución de algún tipo; firmando un consentimiento y asentimiento informado, quedando una copia de cada uno en poder de cada tutor.

Además de ser necesario, durante la realización del estudio, los menores tienen acceso al Centro de Atención Psicológica a cargo del Psicólogo de la Universidad de Valparaíso Javier Morán, quedando dicho compromiso, expresado en una carta con fecha Noviembre del 2015. (Anexo 14)

12.3. Actividades previas a la intervención

Previo a la realización de las sesiones de consejería, se realizó un reclutamiento de menores que se ajustaran a los criterios propuestos, para ello se les invitó a participar durante sus controles en el Policlínico Respiratorio Infantil del HCVB a cargo de los kinesiólogos: Daniel Ciudad, Gonzalo Muñoz y Julia Umazábal; además de las realizadoras de la investigación cumpliendo el flujograma de reclutamiento (Anexo 11). Quienes aceptaran formar parte de la investigación, se les dejaba citado para el lunes de la siguiente semana, previa confirmación de disponibilidad, a las 17:00 horas en dependencia de la ex facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso, una vez explicado el proceso que se llevaría a cabo.

Durante la primera sesión programada, tanto el menor como los tutores y/o padres debían firmar el asentimiento y consentimiento informado respectivamente, para luego contestar la escala de conflicto decisional como también evaluar el grado de control de asma presentada en aquel momento; además de evaluar también el nivel de conocimiento de su patología mediante preguntas abiertas dirigidas a los menores.

12.4. Intervención

Como corresponde a un estudio de Tipo Pre-experimental, sin contar con un grupo control, la totalidad de menores participantes fueron incluidos en las sesiones de consejerías; aun así, cada sesión se realizó de manera individual con los menores y sus padres o tutores que asistieron acompañándolos previo

acuerdo con los menores; ya que, un punto importante dentro del modelo, es que los mismos participantes decidan sobre la participación de terceros en su elección.

A continuación, se presentan las sesiones y los temas que se trataron en cada una de ellas:

TABLA N°6 Sesión 1: ¿Qué es el Asma?	
Duración de la sesión:	45 minutos
Objetivo General:	Establecer el primer contacto con el menor participante y su tutor; conocer las motivaciones para participar en el estudio
Materiales utilizados	Consentimiento y asentimiento informado, escala de conflicto decisional de Ottawa, escala de control del Asma, material visual correspondiente a la sesión: ¿Qué es el Asma?, modelo 3D pulmones con y sin signos de Asma, cartilla informativa para entregar
Lugar físico:	Sala Vesalio, Ex Facultad de Medicina Universidad de Valparaíso
Presentación del paciente	
	Conocimiento personal del paciente (anamnesis)
	Firma de Consentimiento y asentimiento informado.
	Aplicación escalas Antes de intervención (Nivel de Control del Asma y Conflicto Decisional).
Educación al paciente	
	¿Qué sabes del asma?

¿Qué es el asma? Aspectos generales de la patología.
¿Qué espera el paciente de esta intervención?
¿Qué necesitas para motivarte más con participar?
Elección del orden de los temas a tratar en cada sesión, siendo éstos: técnica inhalatoria, control de factores ambientales e integración familiar.
Uso de modelo tridimensional explicativo sobre su patología.
<p>Comentarios: Durante la realización de la primera sesión, se buscó determinar el grado de interés del menor en el Asma, quedando registro de su motivación y participación dentro de las distintas dinámicas propuestas por las investigadoras. Importante destacar, que en esta sesión los menores pudieron decidir sobre si continuar con las siguientes sesiones o solo participar de la primera, no recibiendo mayor educación sobre la patología. Posterior a la sesión se realizó un pequeño coffee break, de modo de darles una bienvenida por su participación y dejándolos invitados a acudir en dos semanas más a la siguiente sesión.</p>

TABLA N° 7 Sesión 2: Educación al paciente en farmacología y técnica inhalatoria:
Duración de la sesión: 45 minutos
Objetivo General de la sesión: Entregar al menor las herramientas necesarias sobre temas específicos de su patología (medicamentos y técnica inhalatoria)
Materiales utilizados: material visual, muestra de diferentes formas de medicamento (polvo seco, aerosol), aerocámara, ficha resumen de la sesión
Lugar físico: Sala Vesalio, Ex Facultad de Medicina Universidad de Valparaíso
Farmacología en el Asma.
¿Cuáles son los medicamentos que controlan tu Asma?
¿Cuáles son los medicamentos que alivian tu Asma?
Técnica Inhalatoria.
¿Cómo se pueden evitar las crisis?
¿Por qué utilizar una Aerocámara?
Explicación de correcta Técnica Inhalatoria.
Comentarios: Durante esta sesión evidenciamos el interés de los menores sobre el cuidado de su enfermedad, unido al escaso conocimiento que tienen sobre la técnica inhalatoria. Se reforzó dicha técnica mediante una actividad, en donde debían ejecutar un IDM (Salbutamol) y verificar el impacto del medicamento en una placa, para poder darse cuenta de cómo impacta el aerosol en la orofaringe, posteriormente se comparó utilizando una aerocámara; además, se educó sobre las razones de usar los diferentes medicamentos y se reforzó cada uno de los pasos de la técnica inhalatoria; una vez finalizada la sesión los adolescentes pudieron manifestar su decisión sobre la utilización de la aerocámara, quedando en evidencia el conocimiento de la importancia de su uso.

TABLA N° 8 Sesión 3: Educación al paciente en control de factores ambientales:
Duración de la sesión: 45 minutos
Objetivo General: Entregar información al menor y su tutor sobre los riesgos presentes en el hogar, que condicionan la posibilidad de una crisis asmática, identificando cuáles son los factores predisponentes que se presentan a su alrededor.
Materiales utilizados: Material visual sobre la sesión correspondiente, actividad lúdica compuesta por lámina educativa con factores en el interior del hogar que pudiesen afectar la patología y el reconocimiento de estos por parte del menor, ficha resumen acorde al tema tratado.
Lugar físico: Sala Vesalio, Ex Facultad de Medicina Universidad de Valparaíso
Control de factores ambientales.
¿Cuáles son los factores agravantes del Asma?
Explicación sobre cómo afecta a la patología la presencia de elementos desencadenantes de exacerbación en el ambiente.
Sugerencias para evitar la exposición del paciente a Desencadenantes del Asma.
Comentarios: Durante esta sesión los menores se mostraron atentos e interesados en conocer los factores que pudiesen encontrar dentro de su casa, se evidenció escaso conocimiento y hábitos potencialmente dañinos para su salud tales como, la presencia de familiares que fumaran al interior del hogar, dormir con mascotas y presencia de alérgenos dentro de la casa, ignorados por toda la familia, para dicha actividad, se realizó una dinámica, en donde los adolescentes junto a sus padres debían identificar los riesgos y factores desencadenantes presentes en un hogar tipo, dibujado en un afiche, además de ir retirando aquellos factores de riesgo para ellos, justificando cada decisión tomada para retirar dicho elemento. La decisión tomada en esta ocasión por parte de los adolescentes fue el retirar los elementos contaminantes que ellos pudiesen identificar en su hogar o su entorno más cercano; ya sea, alejarse de personas que fumaran, retirar peluches de la pieza,

presencia de alfombras o cualquier elemento que pudiese poner en riesgo su salud.

TABLA N°9 Sesión 4: Educación al paciente en integración familiar:
Duración de la sesión: 50 minutos
Objetivo General: Integrar y motivar la participación de la familia en el tratamiento y control del asma en el menor de forma adecuada
Materiales utilizados: Material visual tipo diapositiva, juego modalidad “Quién quiere ser millonario” sobre preguntas específicas basada en las sesiones anteriores, ficha resumen correspondiente a la sesión, Escala GINA Control del Asma, Escala de Conflicto Decisional de Ottawa.
Lugar físico: Sala Vesalio, Ex Facultad de Medicina Universidad de Valparaíso
Integración Familiar
¿Cómo puede apoyar la familia al control de la patología?
Intervención familiar para la colaboración del núcleo familiar en Control del Asma.
Evaluación de la intervención.
¿Cómo ha afectado la decisión (uso de aerocámara, retiro de elementos desencadenantes del asma desde el hogar, participación de la familia en el tratamiento) en tu vida?
¿Qué ha cambiado desde que tuviste la intervención?
Aplicación Escalas Después de intervención (Nivel de Control del Asma y Conflicto Decisional).

Comentarios: En esta sesión se evaluó el progreso presentado en los menores, con confianza para realizar preguntas y mejoría en la certeza de sus respuestas al referirse a los términos más relevantes. Evaluamos dicho cambio de manera cualitativa, por lo que se pueden realizar comentarios sobre este cambio visualizado: todos presentaron un mayor dominio en los temas abordados e incluso, en algunos casos, presentaban mayor conocimiento que sus propios padres.

El modo en el que se desarrolló la evaluación fue mediante un juego tipo “Quien quiere ser millonario”, formato power point proyectado en la sala, en donde tanto adolescentes como acompañantes participaban del juego, teniendo que responder un total de 8 preguntas referentes a las sesiones realizadas con anterioridad.

Finalmente, la decisión que se vieron enfrentados a tomar en esta ocasión fue el permitir que su familia participara en su tratamiento de manera activa o algún miembro de la misma, entregando soporte y apoyo durante todo el proceso, pero no dejando de lado la individualidad de cada paciente.

Cabe mencionar, que durante las sesiones existió la posibilidad de que cada participante pudiera optar por estar en compañía de sus padres o tutores, y de no escoger esto último, existiendo otra opción, donde los padres los esperarían en una sala contigua siempre manteniendo visión de todo el proceso.

En el transcurso y desarrollo de todas las sesiones, la totalidad de los menores se encontraron en compañía de sus padres o tutores, ya que los menores lo solicitaron de este modo.

Al finalizar cada sesión se entregó a cada participante un Resumen correspondiente a cada consejería analizada; véase los **Anexos 6, 7, 8 y 9**.

13. RESULTADOS

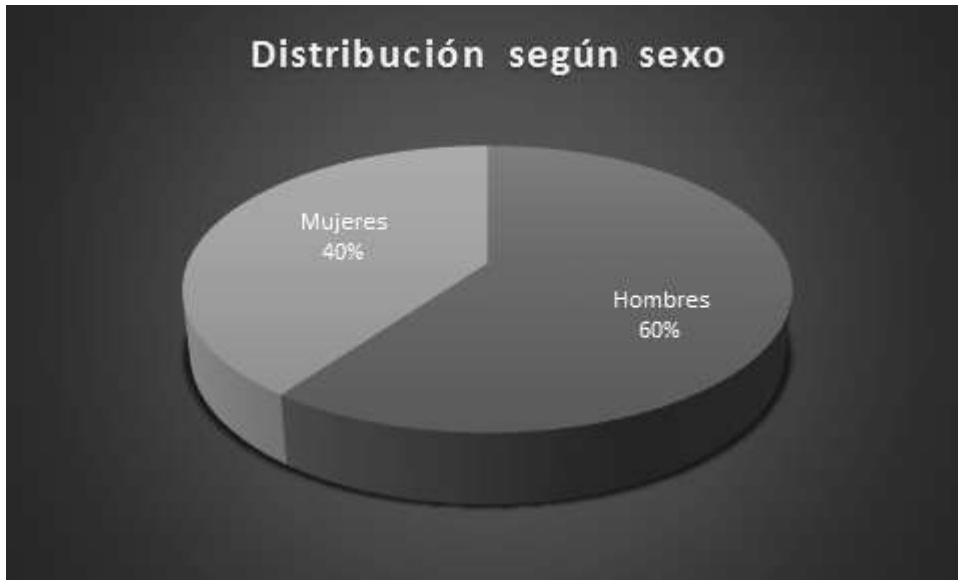
Los participantes de nuestro estudio corresponden a 15 niños asmáticos, cuyas edades se situaban entre los 10 y 14 años, edad promedio de $12,06 \pm 1,16$

Tabla N°10. Distribución de la muestra según Edad.

Edad	Frecuencia	Porcentaje (%)
10	1	6,67
11	4	26,67
12	5	33,33
13	3	20,00
14	2	13,33
Total	15	100,0

La Distribución de la muestra de nuestro estudio según sexo, presenta una mayor cantidad de hombres (9), que de mujeres (6), lo cual se indica en el Gráfico N° 1.

Gráfico N° 1. Distribución de la Muestra según Sexo.



Los resultados obtenidos para el Control del Asma previos a la aplicación de las sesiones de consejería son: de un total de 15 menores que participaron del estudio, 14 se encontraban totalmente controlados (93,3%), uno se encontraba parcialmente controlado (6,6%) y ninguno de ellos se encontraba no controlado posterior a la aplicación del cuestionario GINA. Lo cual se especifica con mayor detalle en la Tabla N°11.

Tabla N°11. Niveles de control de Asma en Menores Participantes Antes de Intervención.

Niveles de Control de Asma	Frecuencia	Porcentaje (%)
Controlado	14	93,3%
Parcialmente Controlado	1	6,6%
No Controlado	0	0%
Total	15	100%

Posteriormente en la Sesión 4, se vuelve a aplicar la Escala de los Niveles de Control del Asma Después de la intervención realizada a los menores participantes de nuestro estudio; en la cual se aprecia que todos los valores no sufrieron modificación alguna en comparación a los valores obtenidos Antes de la intervención, manteniéndose de esta forma los porcentajes de 93,3% correspondiente a Asma Controlado, 6,6% a Asma Parcialmente Controlado y 0% para Asma No Controlado. Esto se indica a continuación, en la Tabla N°12.

Tabla N° 12. Niveles de control de Asma en Menores Participantes Después de Intervención.

Niveles de Control de Asma	Frecuencia	Porcentaje (%)
Controlado	14	93,3%
Parcialmente Controlado	1	6,6%
No Controlado	0	0%
Total	15	100,0

En cuanto al nivel de Conflicto Decisional presentado por los pacientes posterior a la intervención, se obtuvo una media de $18,022 \pm 3,015$; cabe destacar que se utilizó el valor de error estándar para determinar la media. El detalle de la puntuación de cada ítem en la escala de conflicto se muestra en la tabla N°13.

Tabla N°13. Puntuación de Escala Conflicto Decisional.

Considerando el menor puntaje como 0 que significa la nula existencia de conflicto decisional y un máximo de 100 que corresponde a un alto índice de conflicto decisional respecto a las preguntas formuladas.

Paciente	Informado		Valores		Apoyo		Incertidumbre		Decisión		Total	
	A	D	A	D	A	D	A	D	A	D	A	D
1 M	0	66,67	33,33	0	66,67	0	33,33	0	0	0	25	12,5
2 M	100	66,67	0	33,33	33,33	66,67	33,33	33,33	100	0	56,25	37,5
3 H	100	33,33	66,67	0	0	0	66,67	0	25	6,25	50	7,81
4 M	8,33	33,33	25	58,33	16,67	33,33	16,67	25	0	25	12,5	34,38
5 H	33,33	41,67	33,33	25	0	25	16,67	33,33	12,5	25	18,75	29,69
6 H	25	0	8,33	33,33	8,33	25	0	0	6,25	0	9,38	10,94
7 M	66,67	8,33	66,67	0	33,33	0	33,33	8,33	0	0	37,5	3,13
8 H	25	0	66,67	33,33	66,67	0	25	0	37,5	0	43,75	6,25
9 H	33,33	33,33	33,33	0	33,33	25	33,33	8,33	0	0	25	12,5
10 H	8,33	25	33,33	8,33	16,67	25	8,33	8,33	12,5	12,5	15,63	15,63
11 M	8,33	66,67	66,67	0	16,67	0	33,33	33,33	87,5	25	45,31	25
12 H	100	33,33	100	100	83,33	25	16,67	0	12,5	25	59,38	35,94
13 H	0	0	33,33	33,33	8,33	0	33,33	0	6,25	0	15,63	6,25
14 M	66,67	0	0	25	66,67	66,67	16,67	0	37,5	12,5	37,5	20,31
15 H	8,33	33,33	25	0	83,33	0	66,67	25	100	6,25	59,38	12,5

Al determinar los valores estadísticos para el ítem de conflicto decisional total obtenemos lo siguiente:

Valores	Previo a la intervención	Posterior a la intervención
N	15	15
Media	34,051	18,022
Error Estándar	4,593	3,015
Valor mínimo	9,38	3,13
Valor máximo	59,38	37,50

Además, se obtuvo un valor $p=0,0069$ considerado significativo ($p<0,05$) y los resultados pasaron el test de normalidad de Kolmogorov-Smirnov.

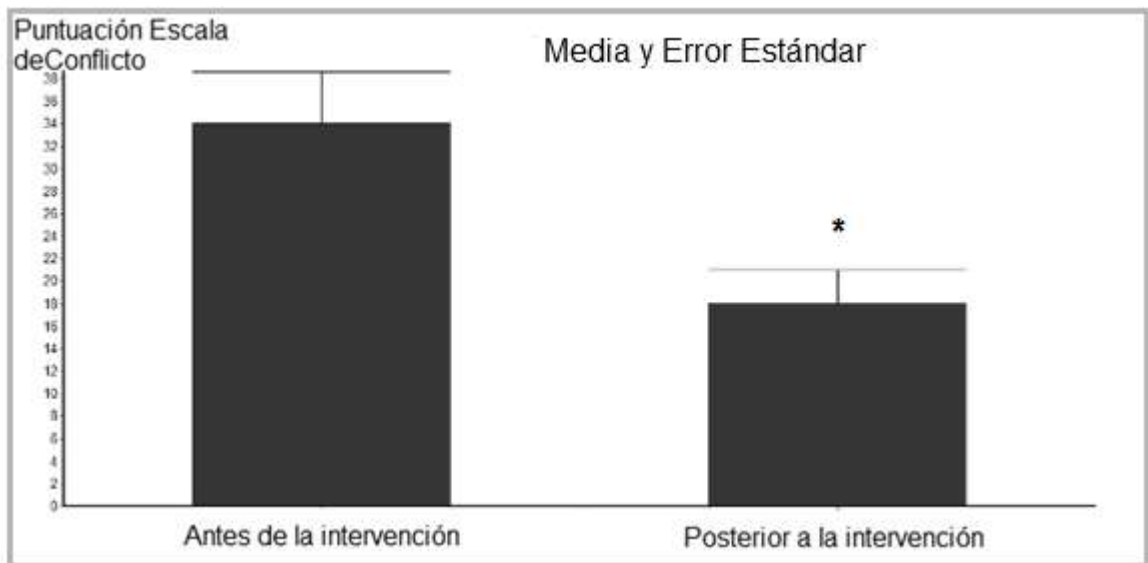
De un total de 15 menores participantes, un 73,3% disminuyó su Conflicto Decisional; un 6,6% se mantuvo igual y un 20% aumentó el nivel de Conflicto presentado posterior a la aplicación de las consejerías.

Del total de los menores que participaron del estudio, y tomando como referencia el puntaje de corte para presentar conflicto decisional como 25 puntos, podemos decir que previo a las sesiones de consejería, 10 participantes de 15 presentaron un puntaje ≥ 25 (66,6%); al finalizar el estudio, sólo 5 de los participantes obtuvieron un puntaje ≥ 25 , por lo tanto, solo 33,3% se mantuvo con conflicto decisional posterior a la aplicación del método. Al analizar la

muestra, podemos destacar, que, del total de casos, dos de ellos iniciaron las sesiones presentando un bajo nivel de conflicto decisional, y al finalizar, se encontraron en un alto grado de conflicto, con puntajes de 34,8 y 29,69 versus 12,5 y 18,75 al inicio respectivamente

La diferencia antes y después de la intervención se muestra en el gráfico N°2.

Gráfico N°2 Conflicto decisional antes y después de la intervención



* Diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$)

Resultados de cada Subescala De Escala Conflicto Decisional.

- **Subescala: Conocimiento e información acerca de las opciones (Informado).**

En esta subescala, se valora las puntuaciones correspondientes a las preguntas 1, 2 y 3 de la ECD de cada menor participante.

Dichos puntajes se suman, y luego se dividen por tres y finalmente son multiplicados por veinticinco; obteniendo valores cuyos rangos van desde cero (lo cual significa que el menor se siente extremadamente INFORMADO sobre su patología) hasta valores de cien (significando, que el menor se siente extremadamente DESINFORMADO sobre su patología).

En la tabla N°14 se muestran los valores correspondientes a la Subescala de Conocimiento e información correspondientes a un Antes y un después de la Intervención.

Tabla N°14. Puntuación Subescala Informado.

Paciente	Informado	
	Antes	Después
1 M	0	66,67
2 M	100	66,67
3 H	100	33,33
4 M	8,33	33,33
5 H	33,33	41,67
6 H	25	0
7 M	66,67	8,33
8 H	25	0
9 H	33,33	33,33
10 H	8,33	25
11 M	8,33	66,67
12 H	100	33,33
13 H	0	0
14 M	66,67	0
15 H	8,33	33,33

Media pre intervención 38,88±9,748

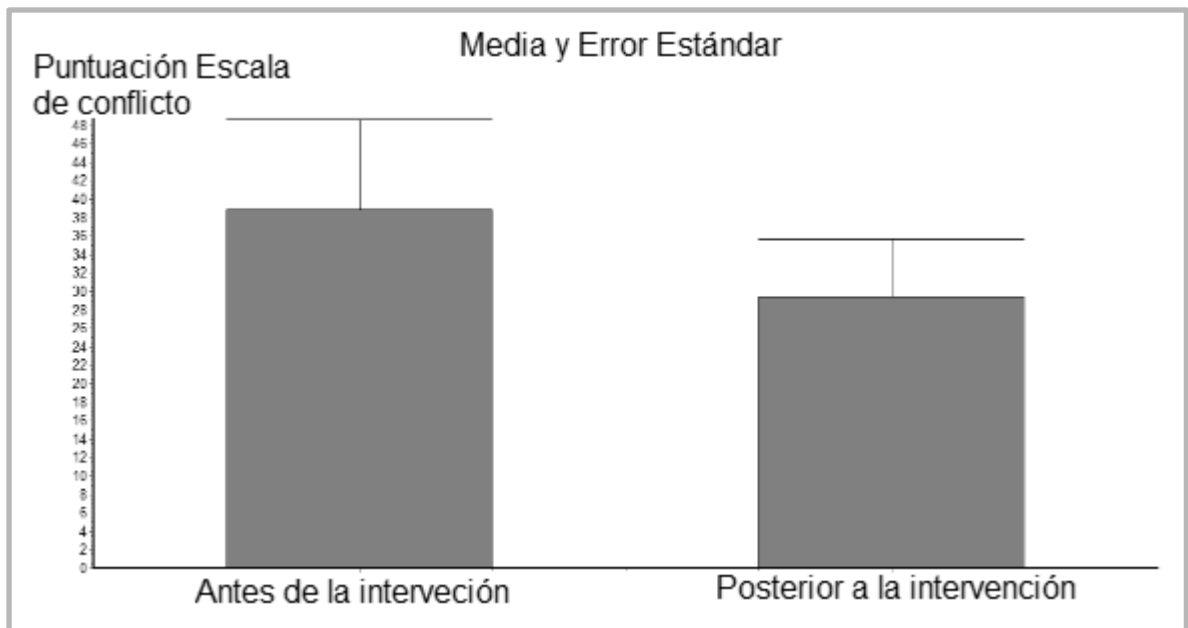
Media post intervención 29,44±6,293

De los 15 menores participantes encuestados Antes de realizar la intervención, el 40% respondieron sentir estar Informados acerca de su Asma; mientras el 60% restante respondió sentir estar Desinformados con respecto a su patología.

Al ser encuestados Después de realizar la intervención, el 33,3% de los menores respondió sentir estar Informado con respecto a su Asma, mientras que el 66,6% de los menores respondió sentir aún estar un poco desinformado sobre su patología.

Los resultados se pueden observar en el gráfico N°3

Gráfico N°3 Resultados Ítem Informado



- **Subescala: Valores que la persona le asigna a las opciones.**

En esta subescala, se valora las puntuaciones correspondientes a las preguntas

4, 5 y 6 de la ECD.

Al igual que la subescala anterior, los puntajes de cada menor se suman, y luego se dividen por tres y finalmente son multiplicados por veinticinco; obteniendo de este modo valores cuyos rangos van desde cero (significando que el menor, se siente extremadamente *CLARO* sobre valores asignados a las opciones a elegir con respecto a su patología, como a su vez, a los beneficios y riesgos asociados a éstas), hasta valores de cien (cuyo significado es que el menor se siente extremadamente *CONFUNDIDO* sobre los valores personales asignados a las opciones a elegir).

En la Tabla N°15, se detallan los puntajes obtenidos a partir de las respuestas en un Antes y Después de la intervención realizada.

Tabla N° 15. Puntajes Subescala Valores.

Paciente	Valores	
	Antes	Después
1 M	33,33	0
2 M	0	33,33
3 H	66,67	0
4 M	25	58,33
5 H	33,33	25
6 H	8,33	33,33
7 M	66,67	0
8 H	66,67	33,33
9 H	33,33	0
10 H	33,33	8,33
11 M	66,67	0
12 H	100	100
13 H	33,33	33,33
14 M	0	25
15 H	25	0

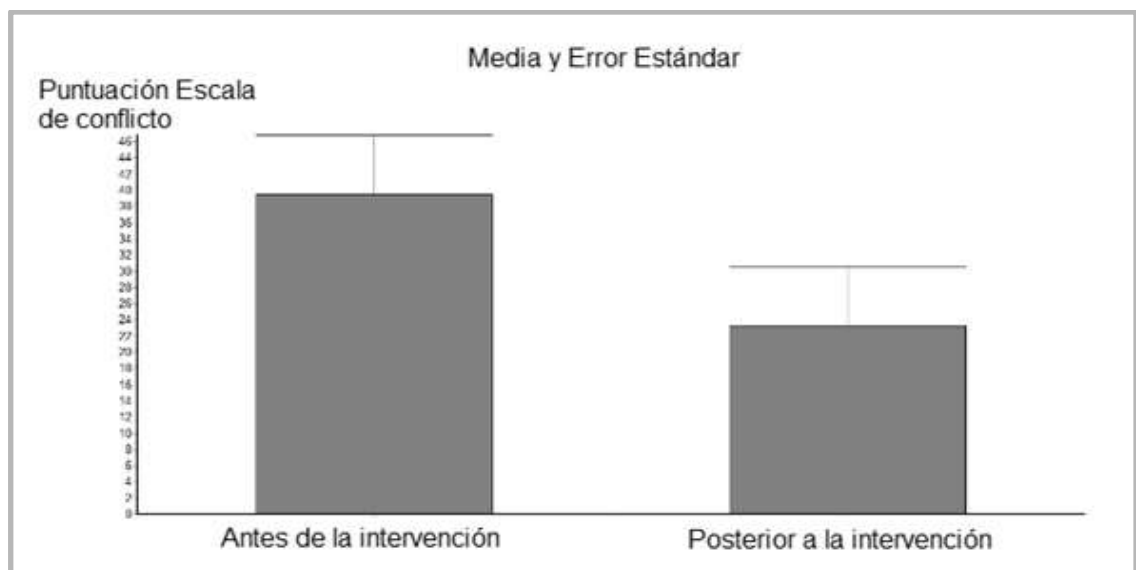
Media pre intervención 39,44±7,341

Media post intervención 23,33±7,237

Del total de menores encuestados antes de realizar la intervención, el 20% respondió que se siente claro sobre valores asignados a las opciones a elegir con respecto a su patología y un 80% de los menores se siente confundido sobre los valores personales asignados a las opciones a elegir con respecto a su Asma.

Después de realizada la intervención, al volver a encuestar a los menores, el 46,6% responde que se siente claro sobre valores asignados a las opciones a elegir respecto a su Asma, como también, a los beneficios y riesgos asociados a dicha elección; y el 53,34% responde sentir estar confundido sobre los valores personales asignados a las opciones a elegir con respecto a su patología. Los Resultados los podemos ver en el gráfico N°4

Gráfico N°4 Resultado Ítem Valores



- **Subescala: Apoyo de otros en el proceso de toma de decisión.**

En esta subescala, se valora las puntuaciones correspondientes a las preguntas 7, 8 y 9 de la ECD.

De igual manera que las subescalas descritas anteriormente, en ella, los puntajes de cada menor se suman, y luego se dividen por tres y finalmente son multiplicados por veinticinco; obteniendo de este modo valores cuyos rangos van desde cero (significando que el menor, se siente extremadamente *APOYADO* en la toma de decisiones), hasta valores de cien (cuyo significado es que el menor, se siente extremadamente *SIN APOYO* en la toma de decisiones).

En la Tabla N°16, se detallan los puntajes obtenidos a partir de las respuestas en un Antes y Después de la intervención realizada.

Tabla N° 16. Puntajes Subescala Apoyo.

Paciente	Apoyo	
	A	D
1 M	66,67	0
2 M	33,33	66,67
3 H	0	0
4 M	16,67	33,33
5 H	0	25
6 H	8,33	25
7 M	33,33	0
8 H	66,67	0
9 H	33,33	25
10 H	16,67	25
11 M	16,67	0
12 H	83,33	25
13 H	8,33	0
14 M	66,67	66,67
15 H	83,33	0

Media pre intervención 35,55 ± 7,735

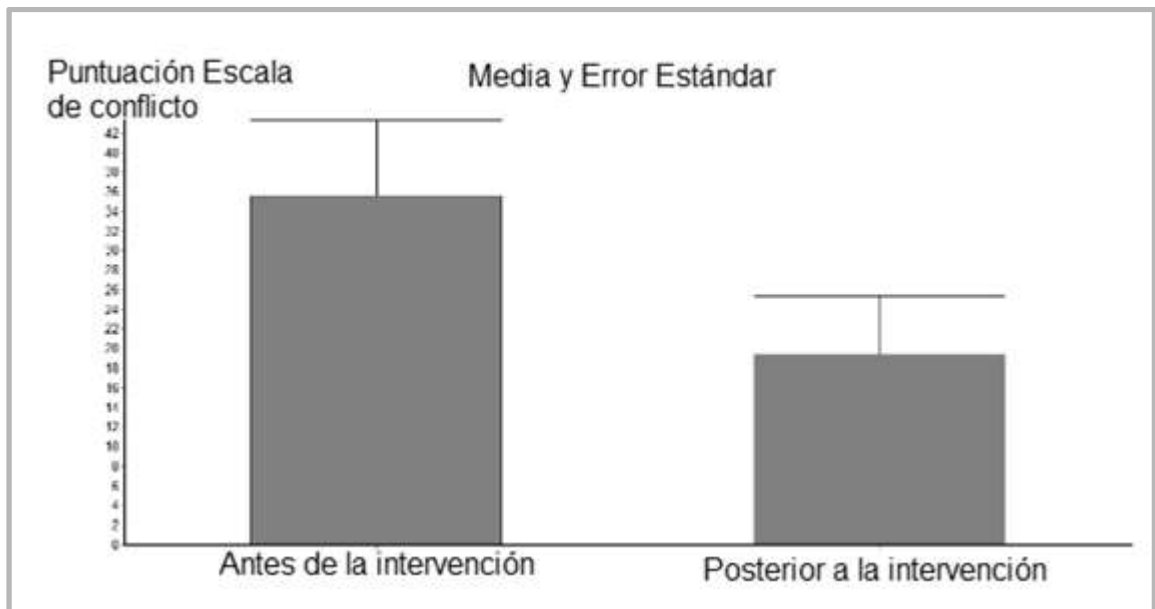
Media post intervención 19,445 ± 5,958

Del total de menores encuestados antes de realizar la intervención, 46,6% respondió que se siente Apoyado en la toma de decisiones con respecto a su enfermedad, y un 53,34% de los menores se siente Sin Apoyo en la toma de decisiones con respecto a su Asma.

Al volver a encuestar a los menores Después de realizada la intervención, el 46,6% de los niños responde que se siente Apoyado en la toma de decisiones respecto a su Asma, a su vez y el 53,34% responde que se siente Sin Apoyo en la toma de decisiones con respecto a su patología.

Los detalles los podemos ver el gráfico N°5.

Gráfico N°5 Resultado Ítem Apoyo



- **Subescala: Incertidumbre respecto a qué curso de acción tomar.**

Se contempla la valoración de las puntuaciones correspondientes a las preguntas 10, 11 y 12 de la ECD.

En ella también los puntajes correspondientes para cada menor se suman, y luego se dividen por tres y finalmente son multiplicados por veinticinco; obteniendo de esta forma valores con rangos que van desde cero (significando que el menor, se siente extremadamente *SEGURO* sobre la mejor elección concerniente a su enfermedad), hasta valores de cien (donde el menor, se siente extremadamente *INSEGURO* sobre cuál es la mejor elección para realizar).

En la Tabla N°17, se detallan los puntajes obtenidos a partir de las respuestas en un Antes y Después de la intervención realizada a los menores participantes.

Tabla N° 17. Puntajes Subescala Incertidumbre.

Paciente	Incertidumbre	
	A	D
1 M	33,33	0
2 M	33,33	33,33
3 H	66,67	0
4 M	16,67	25
5 H	16,67	33,33
6 H	0	0
7 M	33,33	8,33
8 H	25	0
9 H	33,33	8,33
10 H	8,33	8,33
11 M	33,33	33,33
12 H	16,67	0
13 H	33,33	0
14 M	16,67	0
15 H	66,67	25

Media pre intervención 28,889 ± 4,802

Media post intervención 11,665 ± 3,618

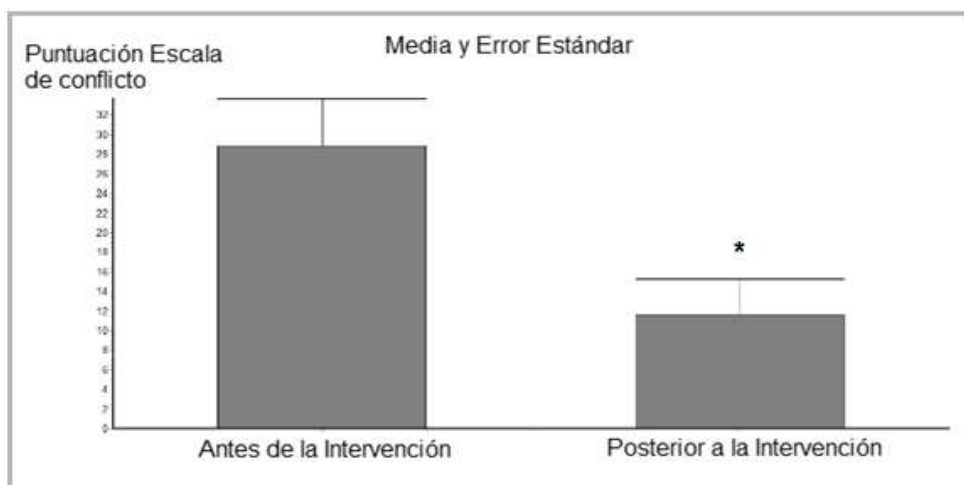
De los 15 menores participantes encuestados Antes de realizar la intervención, el 40% respondieron sentir estar Seguros acerca de qué elección realizar al respecto a su Asma; mientras el 60% restante respondió sentir estar Inseguro sobre cuál es la mejor elección a realizar con respecto a su patología.

Mientras que los resultados obtenidos Después de realizada la intervención arrojan que el 66,67% de los menores respondió sentir estar Seguro acerca de qué elección realizar para su Asma y el y un 33,3% de los menores respondió sentir estar Inseguro de cuál es la mejor decisión a optar posterior de su asistencia a las sesiones e intervención.

Cabe destacar que los resultados obtenidos en este ítem fueron los más significativos, con un valor $p= 0,0049$ ($p<0,05$).

La comparación de ambos resultados la podemos visualizar en el gráfico N°6

Gráfico N°6 Resultados Ítem Incertidumbre



* diferencia estadísticamente significativa ($p<0,05$)

- **Subescala: Decisión efectiva y satisfactoria.**

Se valora las puntuaciones de las preguntas 13, 14,15 y 16 de la ECD.

En esta subescala la fórmula varía en comparación a la aplicada a las demás subescalas. En esta ocasión, los puntajes correspondientes para cada menor se suman, y luego se dividen por cuatro y finalmente son multiplicados por veinticinco; obteniendo valores con rangos que van desde cero (significando que el menor, siente tomar DECISION SATISFACTORIA para su enfermedad), hasta valores de cien (donde el menor, siente estar tomando DECISIÓN INSATISFACTORIA para su patología y estado de salud).

En la Tabla N°18, se indican los puntajes obtenidos en un Antes y Después de la intervención para esta subescala.

Tabla N° 18. Puntajes Subescala Decisión.

Paciente	Decisión	
	A	D
1 M	0	0
2 M	100	0
3 H	25	6,25
4 M	0	25
5 H	12,5	25
6 H	6,25	0
7 M	0	0
8 H	37,5	0
9 H	0	0
10 H	12,5	12,5
11 M	87,5	25
12 H	12,5	25
13 H	6,25	0
14 M	37,5	12,5
15 H	100	6,25

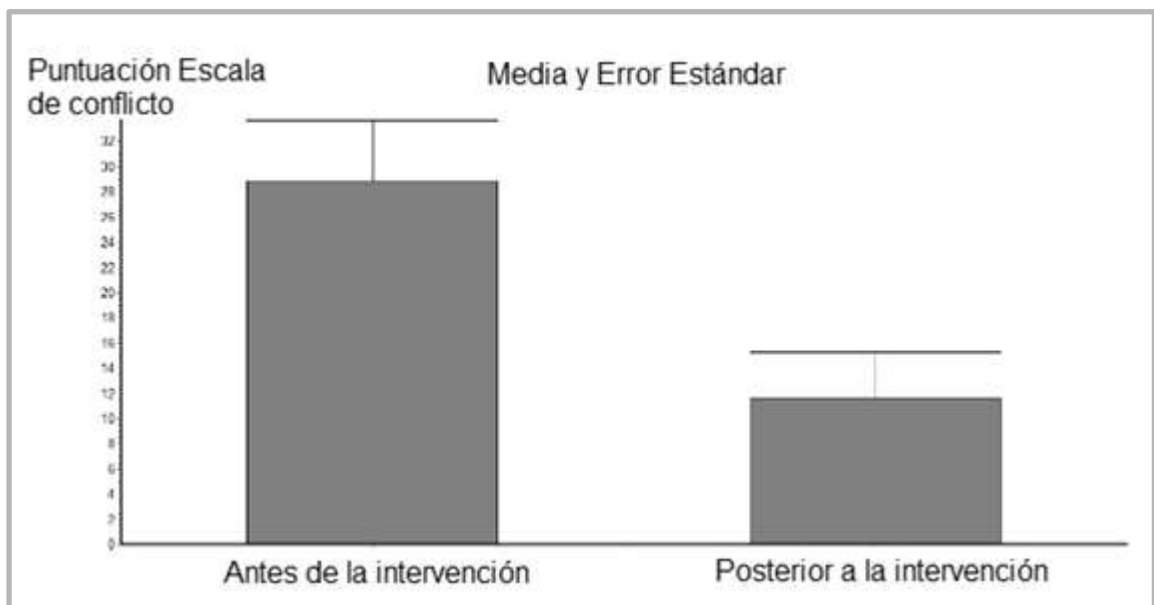
Media pre intervención 29,167 ± 9,482

Media post intervención 9,167 ± 2,786

De los 15 menores participantes, a raíz de sus respuestas al ser encuestados Antes de realizar la intervención, se obtiene que el 60% se siente satisfecho con la decisión tomada respecto a su Asma; mientras que el 40% restante respondió sentirse insatisfecho con la decisión tomada para su patología y estado de salud.

Luego, al volver a encuestar a los menores Después de realizada la intervención, se obtiene que el 73,3% de los menores responde sentirse satisfecho con la decisión tomada para su Asma y el 26,67% no se siente satisfecho. La comparación de ambos resultados los podemos ver a continuación en el gráfico N°7.

Gráfico N°7 Resultado Ítem Decisión



- **Puntaje Total.**

En esta ocasión, se valora las puntuaciones de las dieciséis preguntas de la ECD.

La fórmula para obtener dicho puntaje corresponde a la siguiente:

Los puntajes correspondientes a cada menor para cada una de las subescalas se suman, y luego se divide por dieciséis y finalmente se multiplica por veinticinco; obteniendo valores totales cuyos rangos van desde cero (significando la Nula existencia de Conflicto Decisional) hasta un máximo de cien puntos (que corresponde a un Alto índice de Conflicto Decisional) para cada pregunta formulada.

En la Tabla N°19, se indican los puntajes totales obtenidos en un Antes y Después de la intervención.

Tabla N° 19. Puntaje Total ECD.

Paciente	Total	
	A	D
1 M	25	12,5
2 M	56,25	37,5
3 H	50	7,81
4 M	12,5	34,38
5 H	18,75	29,69
6 H	9,38	10,94
7 M	37,5	3,13
8 H	43,75	6,25
9 H	25	12,5
10 H	15,63	15,63
11 M	45,31	25
12 H	59,38	35,94
13 H	15,63	6,25
14 M	37,5	20,31
15 H	59,38	12,5

Del total de menores encuestados Antes de realizar la intervención, el 33,33% presenta Bajo nivel de Conflicto Decisional, mientras que el 66,67% manifiesta un Alto nivel de Conflicto Decisional con respecto a su Asma (puntaje ≥ 25 para ser considerado como presencia de conflicto decisional).

Ahora bien, al manifestar los resultados del nivel de conflicto generado en los adolescentes de manera global, tanto antes como después de las sesiones, tenemos los siguientes valores presentados en la tabla N°20

Tabla 20: Valores totales por dimensión de Escala de Conflicto Decisional

Subescalas	Media Pre-intervención	Media Post-intervención	Nivel de significancia
Conocimiento	38,88±9,748	29,42±6,293	p (0,4548)
Valores	39,44±7,341	23,33±7,237	P (0,1099)
Apoyo	35,55±7,375	19,445±5,958	P (0,2163)
Incertidumbre	28,889±4,802	11,665±3,618	P (0,0049)
Satisfacción con la decisión	29,167±9,482	9,167±2,786	P (0,0830)
Total	34,051±4,593	18,022±3,015	P (0,0069)

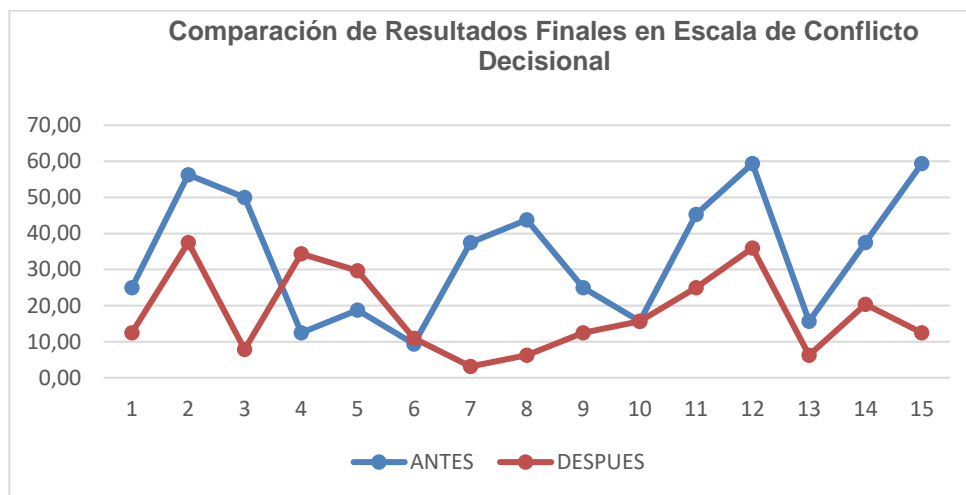
Al desglosar los valores obtenidos por cada menor, en el total de las dimensiones (Global) podemos manifestar lo siguiente: del total de 15 adolescentes que participaron del estudio, 11 de ellos bajaron el nivel de conflicto decisional presentado al compararlos previo y posterior a la intervención, 3 aumentaron el nivel de conflicto; sin embargo uno de ellos seguía permaneciendo en un nivel bajo de conflicto (<25 puntos) y los otros dos pasaron de no presentar conflicto a si presentarlo; por otro lado uno no varió su nivel de conflicto al comparar el antes y después.

De los 11 que bajaron su nivel, 7 pasaron de presentar conflicto a no presentarlo; 3 disminuyeron el puntaje, pero seguían teniendo más de 25

puntos, por lo tanto, aun presentaban conflicto decisional.

Una visión esquemática de los valores, la podemos visualizar en el gráfico N°8, en donde se compara el antes y después de cada participante.

Gráfico N°8. Comparación Resultados Finales de ECD de cada menor participante.



Producto de los resultados obtenidos, se rechaza hipótesis H_{1.0} y se acepta la hipótesis H_{1.1}, debido a la disminución del conflicto decisional presentada en los participantes asmáticos, posterior a la intervención.

Por el contrario, al analizar los resultados del nivel de control de asma, se acepta la hipótesis H_{2.0}, debido a la ausencia de mejoría en los participantes, posterior a la intervención, y por ende, se rechaza la hipótesis H_{2.1}.

14. DISCUSIÓN

Con respecto a la población estudiada, de un total de 15 sujetos que participaron en nuestra investigación, la media de edad fue de 12,06 años, cifra que se corresponde con los datos obtenidos por el censo realizado en el año 2002, el cual describe que la población más común entre los menores de 18 años, es efectivamente la que se encuentra en este rango etario, con 1.420.195 sujetos; dentro de los menores de 15 años y en el año 2012 el rango etario descrito sigue siendo el más común.⁵⁵

En relación al género de la muestra, encontramos un mayor número de hombres, con 9 representantes (60%), y sólo 6 mujeres (40%), el resultado observado también se relaciona con datos aportados por el Instituto Nacional de Estadística Chileno, en el año 2012 en donde, de un total de 1.231.622 menores de entre 10 y 14 años, el 51,04 correspondía a hombres (633.716)⁵⁵. Un resultado similar fue el obtenido en un estudio realizado en nuestro país en el año 2009; donde se analizó dos grupos etarios diagnosticados con asma, encontrándose una mayor cantidad de hombres participantes, de un total de 4.541 menores, el 50,4% correspondía a varones y a la vez, los varones entre 13-14 años presentaron una prevalencia significativamente mayor de asma en comparación a las mujeres dentro del mismo rango etario (16,5% v/s 12,0%)⁵⁶. Al ser comparado con datos aportados por estudios de otros países realizados en pacientes asmáticos, la muestra de sujetos difiere, teniendo como

participantes mayoritariamente a mujeres.^{58 60}

En cuanto al Control del Asma, y de forma inesperada, se observó que la mayoría de los sujetos en investigación presentaban un nivel inicial controlado de asma; 14 de un total de 15 (93,3%) y sólo 1 se encontraba parcialmente controlado (6,6%).

Esto se contrapone con la información que nos entrega la literatura revisada, en la cual existe una mayor prevalencia de adolescentes de 10 a 14 años con niveles de asma no controlados y parcialmente controlada tanto en nuestro país, como en américa latina^{61 62 63}. Sin embargo pudimos encontrar una investigación en donde sus resultados se acercan más a los obtenidos en nuestro estudio; en donde del total de pacientes analizados, el 80% se encontraba entre los 12 y 14 años, similar a nuestra investigación, y además, encontraron que el 51,1% de los menores se ubican en un estadio de control; ahora bien ellos incluyeron dentro de ese grupo: asma totalmente controlada (10,5%), asma bien controlada (43,2%) y asma algo controlada (27,7), mientras que dejaron al asma pobremente controlada en una categoría aparte con un 18,6%⁶⁵; importante considerar que el instrumento utilizado para medir, fue el Test de Control de Asma (ACT), como en muchos otros estudios; quiere decir que los resultados difieren en cuanto a la categorización del control, ya que el hecho de utilizar diferentes instrumentos para evaluar el nivel de control de los pacientes puede no tener los mismos significados. De hecho, se ha demostrado

que el cuestionario ACT, comparado con el cuestionario GINA, clasifica significativamente más pacientes como no controlados, por lo que podemos afirmar que se debe tener precaución al seleccionar un instrumento, obteniendo diferentes efectos sobre la categorización del control de cada paciente⁶⁶.

En cuanto a la época de realización, nuestra intervención se llevó a cabo entre los meses de agosto de 2016 y enero de 2017, período que transcurre a fines de invierno y primavera, en que los componentes ambientales, como la presencia de polvo, polen y clima variable, son elementos que amenazan el control del Asma; pero al consultar otros estudios publicados, demuestran que los síntomas del asma presentan mayor predominio en los meses de otoño-invierno (46,2%) que entre los meses de primavera-verano (12,8%)⁶⁷, asociándose a nuestros resultados con una población mayormente controlada.

Es importante considerar que de nuestra muestra de pacientes reclutados del policlínico del Hospital Carlos Van Buren, la mayoría presentó buena asistencia a sus controles médicos y seguimiento de su patología, lo que sugiere que los pacientes con un mayor nivel de Control de Asma junto a sus padres y/o tutores, muestran interés en aportar al control de su patología; por el contrario, los pacientes que presentan menor Control de su Asma son aquellos que están menos interesados en participar en estudios que aporten a mejorar su nivel de control de la enfermedad, por lo que no llama la atención que este grupo sea el que presente una menor adherencia y mayor número de exacerbaciones de su

enfermedad. Esto se refleja de igual forma en la literatura a nivel internacional, un ejemplo de ello es el estudio Childhood Asthma Management Program (CAMP), realizado en California, donde se encontró que cerca del 75% de menores asmáticos encuestados, tenían adherencias menores del 80% a su tratamiento, presentando a su vez mayor número de exacerbaciones y sintomatología asociada⁶⁸; a su vez un estudio realizado en Colombia muestra que una de las variables que más influye en la conducta de los padres y pacientes hacia la enfermedad en sí y el tratamiento del asma, es la percepción que se tiene sobre esta, la cual está influenciada por el desconocimiento de los padres sobre la misma, lo cual provoca que la mayoría de los pacientes asuman conductas de riesgo, dentro de las cuales se encuentran la poca adherencia al tratamiento y el poco interés en alcanzar el control de su enfermedad.⁶⁹ Podemos inferir que la influencia de los padres y/o tutores además del círculo más cercano, es mayor que las decisiones que son capaces de tomar los pacientes por sí solos. Debido a la edad en la que se encuentran, ya que a pesar de las herramientas que puedan ser entregadas siguen bajo el alero de sus padres, quienes en la mayoría de los casos no permitirán que los menores tomen el control absoluto de su cuidado, por lo tanto, no podemos confirmar si existe o no el empoderamiento de su enfermedad.

Existe una serie de análisis con respecto a variables que no fueron consideradas objetivamente dentro de este estudio, pero aun así pudieran afectar en los resultados obtenidos.

Si bien, no podemos garantizar que los niños que participaron de nuestro estudio pertenecían a un nivel socioeconómico medio o bajo, producto que ello no fue evaluado; lo observado por las autoras y sumado el hecho que la totalidad de ellos sólo accedía al sistema público de salud, podemos inferir que se encontraban en dichos estratos socioeconómicos; sin embargo la literatura indica que el nivel socioeconómico va a influir directamente, en aspectos tales como la forma en que asocia e integra la información entregada, la cantidad de factores de riesgo a los que se ven expuestos los menores tanto en sus hogares como entorno, el acceso a terapias alternativas u otras formas de tratamiento, además de presencia de limitaciones geográficas⁵⁶, las cuales generalmente podemos ver en personas que viven más alejadas del centro como los cerros e incluso quebradas de Valparaíso; ahora bien los mayores riesgos a los que se verá expuesto el menor, más que vincularse al nivel socioeconómico como tal, se asocia a ciertos factores predisponentes, como: baja escolaridad de los padres, malas condiciones de vivienda, hacinamiento, contaminación ambiental, hábito tabáquico de los convivientes, cuidado inadecuado, inestabilidad familiar, alimentación deficiente, entre otros; los cuales interactúan como factores predisponentes para el paciente con una patología respiratoria, en especial el asma⁶⁴; de todas maneras los participantes de nuestro estudio, aun cuando pertenecieran a un estrato socioeconómico medio-bajo, no presentaban la totalidad de los factores de riesgo mencionados, sólo algunos de ellos presentaban padres fumadores, y condiciones de vivienda

que fomentaban la mayor presencia de humedad, lo que a nuestro criterio no fue suficiente para generar un menor nivel de control, concordando con su nivel de control de la enfermedad.

Otro punto importante a considerar es el apoyo familiar que presentan los menores durante el tratamiento de su enfermedad, el cual va a ser un punto fundamental en la expresión del control y por ende la disminución de crisis, ubicando a los pacientes en un estadio de controlados o parcialmente controlados, en el caso de los participantes de nuestro estudio, el 100% de ellos asistió a las consejerías en compañía de al menos uno de sus padres o tutores, lo que demuestra el gran interés que presentan frente a la enfermedad de sus hijos. Por lo tanto, queda claro que son los padres quienes desempeñan un papel fundamental en la ayuda de los niños y adolescentes con asma, así como en el apoyo, autocontrol y conocimiento de la enfermedad.⁵⁷ Estudios afirman que son los padres quienes poseen un papel crucial en la ayuda y apoyo psicológico de los niños y adolescentes, para alcanzar el control de su Asma.⁷⁰

⁷¹ Éste punto anterior, no se diferencia mucho de estudios realizados en adolescentes que poseen enfermedades crónicas diferentes al Asma, un ejemplo de ello es el estudio de Autoeficacia, apoyo social y calidad de vida realizado en el 2008, donde se explica que es en la adolescencia donde las estructuras de apoyo social experimentan importantes cambios, desde la familia hasta los pares y amigos, lo cual puede producir inestabilidad en las percepciones de apoyo y por ende influir en el control de su enfermedad.⁷² Por

lo cual una propuesta para investigaciones futuras, es abordar nuevos estudios donde se considere propiciar el empoderamiento del paciente, el cual es esencial para garantizar la calidad del proceso de Toma de Decisiones y la adherencia a la opción de Control de su Asma, ya que en un futuro es solo el paciente quien decide seguir o no el tratamiento y no sea de esta forma tan dependiente de su red de apoyo. Producto que, cuando se tienen en cuenta las preferencias y los valores de los pacientes, la probabilidad de adhesión a la opción elegida aumenta considerablemente.^{58 59}

En cuanto a las sesiones de consejería realizadas, utilizamos un modelo de sesión interactiva, en donde se utilizó material audiovisual, intentando no superar los 45 minutos de duración; encontrando un estudio que utilizó una metodología similar en cuanto a forma y contenido, con consejerías de 30 minutos, preparadas en *power point*, en las cuales se definía el asma, tratamiento y técnica inhalatoria, además de formas de administración de los medicamentos, obteniendo resultados muy favorables, demostrando una mejoría en la técnica inhalatoria, adherencia al tratamiento y conocimiento sobre la patología⁷³. Este tipo de metodología también es aplicada en países como España donde se establece que el abordaje educativo del niño y adolescente con asma compete a todos los profesionales que conforman un equipo de salud tanto en el ámbito de la atención hospitalaria, como en la atención primaria; donde el plan educativo debe ser gradual y progresivo, individualizado y adaptado a la capacidad de cada adolescente y su familia,

estableciendo una "alianza terapéutica" pactando cambios de hábitos y modificaciones de conducta y permitiendo una mayor autonomía del paciente, lo que no puede ser percibido como una pérdida de control, sino como un medio de mantener el seguimiento y llegar a una situación en la que los mayores conocimientos del paciente contribuyen a aumentar la eficacia en su tratamiento.⁷⁴ Por lo tanto el rol que la educación juega en el control es fundamental, presenta beneficios declarados por otros estudios en una reducción del ausentismo escolar, disminución del número de consultas a Servicios de urgencia y obviamente mejoría en el control del asma, además de mejor adherencia al tratamiento⁷⁵.

Con respecto a los resultados obtenidos en nuestro estudio para el grado de Conflicto decisional presente en los menores asmáticos, al comparar los puntajes en un antes y un después de la intervención, el 73,33% del total presenta una disminución de los niveles de Conflicto decisional global, lo cual sugiere considerar las consejerías de educación como beneficiosas para el proceso de Toma de Decisiones sobre su enfermedad. Esto se asemeja a lo mostrado en otras investigaciones que han abordado la toma de decisiones en salud en adolescentes^{76 77}, como también a las realizadas en pacientes con diagnóstico distinto al Asma, un ejemplo de ello es el estudio realizado en nuestro país a cargo de la Dr A. Mosqueda sobre el efecto de una consejería de apoyo decisional en salud, sobre el conflicto decisional frente a la malnutrición por exceso en adolescentes, donde la consejería de apoyo decisional reportó

mejores resultados frente al conflicto decisional en varones del grupo intervención, y una mejora en algunos hábitos de alimentación y actividad física del grupo intervención en general, constituyendo a las consejerías en una alternativa de intervención en población adolescente.⁷⁸

El valor otorgado a las consejerías de apoyo en la toma de decisiones es muy importante, ya que los menores participantes, sentían que poseían mayores herramientas para poder enfrentarse a su enfermedad y que gracias a los conocimientos adquiridos, podrían mejorar su condición de salud logrando mantenerse en este estadio de paciente controlado, estos resultados no solo se aplican al asma; ya que en un estudio similar realizado en año 2013 en España⁷⁹ pero con una población de mujeres con cáncer de mamas, ellas manifestaban una mayor satisfacción con el proceso terapéutico, cuando se involucran junto con los profesionales de la salud, aportando sus valores, preferencia, así como aspectos que consideraban importantes de las intervenciones, obteniendo de esa manera mejores resultados clínicos⁷⁹. Por lo tanto, cuando se tiene en cuenta las preferencias y valores de los pacientes la adherencia al tratamiento escogido por el paciente aumenta⁸⁰. Finalmente dentro de la escala de conflicto decisional, el ítem de incertidumbre frente a cual decisión tomar fue la con mayor significancia estadística, eso quiere decir que los menores se sentían sumamente complicados frente a la pregunta y cuál respuesta tomar, algo que podría explicarse debido al bajo conocimiento presentado por ellos sobre su patología antes de las consejerías; una

observación similar fue la obtenida por Des Cormiers el año 2015 en Canadá, cuyo estudio fue realizado en pacientes asmáticos adultos bajo el mismo modelo de toma de decisiones, en donde los pacientes presentaron el mayor nivel de conflicto en el ítem de información y de manera secundaria el de incertidumbre; explicando este motivo debido a la falta de conocimiento de las diferentes opciones de tratamiento y control concluyendo además que si las personas tuvieran mayor conocimiento sobre la patología, éstas presentarían menor molestias y disminución del nivel de conflicto a nivel global, al igual que en nuestro caso.

Como se mencionó anteriormente en el ítem instrumentos, se utilizó un puntaje de corte de 25 puntos para la Escala de Conflicto Decisional, tomando como referencia estudios realizados dentro de nuestro país, en el mismo grupo etéreo de la muestra analizada, a pesar de que la ECD considera un puntaje de corte de 50 puntos y estudios realizados en pacientes asmáticos adultos ocuparon un puntaje de corte de 37,5 puntos⁵⁸. Para efectos de análisis en adolescentes, se decide disminuir el puntaje para determinar el grado de conflicto, debido a que existen características diferenciadoras entre la toma de decisiones de un adulto y un adolescente, donde estos últimos tienen menos experiencia al decidir; y en segundo lugar, muchas de las decisiones a las que deben empezar a enfrentar implican consecuencias a largo plazo que pueden resultar difíciles de vislumbrar, concentrándose muchas veces sólo en el presente, sin mayor proyección.⁸¹

En un periodo como la adolescencia, puede pensarse que las decisiones se verán afectadas más por un componente motivacional que en los adultos, puesto que una decisión incluye tanto aspectos cognitivos como motivacionales. Así, en este periodo son habituales los conflictos con personas significativas (padres y amigos) y juega un gran peso la opinión del grupo de iguales o las críticas de terceros.⁸¹

Otra explicación a ello es el papel que desempeña la corteza prefrontal, concretamente la ventromedial, en la toma de decisiones. Estudios realizados en pacientes que presentan lesiones en dicha zona, manifiestan que estos sujetos tienen dificultades para anticipar las consecuencias futuras, tanto positivas como negativas de su conducta, y valorar los riesgos de una situación. Esa relación con la toma de decisiones destaca la relevancia que la inmadurez prefrontal tiene para entender la mayor impulsividad e implicación de adolescentes en conductas de riesgo relacionadas con la sexualidad, el consumo de drogas o los comportamientos antisociales, entre otros.⁸²

15. CONCLUSIÓN

Los niveles de conflicto decisional respecto a la enfermedad disminuyeron de manera global, en 11 de los 15 menores, lo cual indica un aporte significativo de las consejerías en su toma de decisión final.

Si bien el nivel de control del asma en los menores se mantuvo igual, tanto antes como después de la intervención; dicho resultado es considerado como beneficioso; dadas las características de una patología como el Asma, donde lo que se persigue es su control, evitando así caer en crisis y/o exacerbaciones; por lo tanto, que los participantes mantuvieran el nivel de control, quiere decir que su Asma se comportó de manera estable durante el transcurso de la investigación.

Algo que sí se pudo confirmar, es el aumento del conocimiento e interés por parte de los menores en conocer su enfermedad, para posteriormente hacerse cargo del cuidado de su salud sin tener que depender totalmente de sus padres.

De vital importancia es dar énfasis a la educación y el conocimiento que un sujeto posea sobre un tema en específico, en este caso el Asma y todas sus características, lograr capacitarlo para tomar decisiones que tengan resultados realistas, y respuestas a las consecuencias con responsabilidad y empoderamiento sobre su propia patología.

Finalmente podemos indicar la importancia que tiene tanto el Kinesiólogo como

el equipo de salud tratante, sobre todo en la realización de intervenciones familiares con una capacitación integral sobre el Asma, dirigida, tanto al paciente, como al tutor, siendo este último quien cumpla un papel de acompañamiento permanente para el menor, llegando a su mayoría de edad con las herramientas y la confianza necesarias para hacerse cargo y empoderarse de su condición de asmático.

16. SUGERENCIAS Y LIMITACIONES

Uno de los principales problemas con el que nos enfrentamos, fue la poca participación de los menores y sus familias en nuestro estudio, logrando reclutar un número tan bajo del total de posibles asistentes; ya sea por falta de tiempo, poco conocimiento de los beneficios o simplemente por falta de interés, lo que nos llevó a cambiar la modalidad del estudio a un piloto. Creemos que, por este motivo, dentro de la muestra obtenida, solo contábamos con pacientes controlados y parcialmente controlados, ya que son ellos los que realmente se preocupan por el conocimiento de su enfermedad.

Al ser menores y el estudio ser tomado en época escolar, fue imposible concretar una reunión de todos los participantes, por lo que debió ser solo consejerías individuales, sin poder saber la reacción de los participantes en grupo.

La totalidad de los participantes quiso contar con la presencia de sus padres en cada consejería, por lo que no pudimos evaluar su comportamiento en solitario, siempre estando ellos atentos a cada respuesta de sus hijos y de esa manera pudiendo influenciar en algunas respuestas.

En cuanto a las sugerencias se hace necesario una continuación de la investigación, logrando un mayor número de niños en estudio, con más participación y motivación de los menores; para poder realizar consejerías

grupales e individuales; contar con mayor rango en niveles de control del asma y no solo pacientes controlados o parcialmente controlados.

Otro inconveniente con el que nos encontramos durante la realización del estudio fue el instrumento de medición, específicamente la escala utilizada para el control del asma; si bien es ocupada en la Guía Minsal de Asma Bronquial en menores de 15 años, un defecto que presenta es la ausencia de valores numéricos, por lo que nos fue imposible correlacionar los valores obtenidos, con los de la escala de conflicto decisonal.

Finalmente proponemos realizar intervenciones familiares/grupales con una capacitación exhaustiva dirigida al tutor, que tenga como finalidad generar un acompañante permanente para el paciente, que llegue a su mayoría de edad con las herramientas necesarias para hacerse cargo de su condición de asmático/a.

17. REFERENCIAS

1. Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention: Revised 2016. www.ginasthma.org
2. Ministerio de Salud. Guía Clínica Asma bronquial moderada y grave en menores de 15 años. Minsal. 2ª Edición y actualización: Diciembre 2011.
3. Mallol J, Cortez E, Amarales L et al. Prevalence of asthma in Chilean students. Descriptive study of 24470 children. ISAAC – Chile. *Rev Med Chil.* 2000;128:279-285.
4. Neffen H, Fritscher C, Cuevas Schacht F, Levy G, Chiarella P, Soriano JB, et al. Asthma control in Latin America: the Asthma Insights and Reality in Latin America (AIRLA) survey. *Rev Panam Salud Pública.* 2005; 17(3):191–7.
5. Velástegui Claudia, Pérez-Canto Paula, Zárata Víctor, Arenas Deidyland, Salinas Pamela, Moreno Gladys, Prado Francisco. Impacto del asma en escolares de dos centros de salud primaria. *Revista médica de Chile.* 2010 138(2), 205-212.
6. E Krause, K Grob, M Barría, M Calvo. Association of the asthma predictive index and presence of the disease in children in Valdivia, Chile. *Rev Chil Enf Respir* 2015; 31: 8-16.
7. M. Luz Garcia-Garcia, Cristina Calvo Rey, Teresa del Rosal Rabes. Asma y virus en el niño. *Arch Bronconeumol.* 2015 Volume 52, Issue 5, Pages 269-273.
8. Pazmiño F, Navarrete-Jiménez M. Mecanismos inmunológicos implicados en la patología del asma alérgica. *Rev. Fac. Med.* 2014. 62(2): 265-277.
9. Reyes E, Cruz D, Hernández R. Enfoque inmunogenético de los fenotipos clínicos del asma. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta.* 2017. Vol. 42,(2).
10. Barlow J, Bellosi A, Hardman C, Drynan L, Wong S, Cruickshank J, McKenzie A. Innate IL-13-producing nuocytes arise during allergic lung inflammation and contribute to airways hyperreactivity. *J. Allergy Clin. Immunol.* 2012.129(1): 191–198.
11. Nieto-Fontarigo JJ, González-Barcala FJ, San José E, Arias P, Nogueira M, Salgado Francisco J. CD26 and Asthma: a Comprehensive Review. *Clinic Rev Allerg ImMunol.* 2016
12. J.A. Castro-Rodríguez et al. Epigenética en enfermedades alérgicas y asma. *Rev Chil Pediatr.* 2016.
13. Rastogi D, Suzuki M, Greally JM. Differential epigenome-wide DNA methylation patterns in childhood obesity-associated asthma. *Sci Rep.*

2013;3:2164.

14. Barranco, P, Delgado, J, Gallego, L, Bobolea I, Pedrosa M^a, García de Lorenzo A, Quirce S. Asma, obesidad y dieta.2012. *Nutrición Hospitalaria*, 27(1), 138-145.
15. Alfredo de Diego Damiá, José María Vega Chicote. Abordaje terapéutico de la vía aérea pequeña en el asma. *Arch Bronconeumol*. 2011.Volumen 47(Supl 2):27-31.
16. M.J. Álvarez Puebla, F. García Río. Fisiología y fisiopatología de la vía aérea pequeña en el asma. *Arch Bronconeumol*. 2011.Volumen 47,(Supl 2):10-16.
17. C. Martín, C. Grau, C. Espinosa. Marco conceptual para la evaluación y mejora de la adherencia a los tratamientos médicos en enfermedades crónicas. *Rev Cubana Salud Pública*. 2014;40(2).
18. P. Manríquez , A. Acuña, L. Muñoz , A. Reyes. Estudio sobre la técnica inhalatoria en pacientes asmáticos: diferencias entre pacientes pediátricos y adultos. *J Bras Pneumol*. 2015;41(5):405-409.
19. Y Solís, G Menchaca, L Vega, J Cerda. Técnica inhalatoria en lactantes hospitalizados. *Revista chilena de pediatría*. 2008. 79(2), 152-156.
20. J Fernández. Tratamiento con broncodilatadores en urgencias de pediatría: nebulización versus inhalación con cámara espaciadora. *Arch Pediatr Urug* 2003; 74(2): 114-118.
21. GEMA 4.0. Guidelines for Asthma Management. *Arch Bronconeumol*. 2015;51 (Supl 1):2-54.
22. A Herrera, S Abara, et.al. Consenso chileno SER-SOCHINEP para el manejo del asma severo en el niño. *Revista chilena de enfermedades respiratorias*.2016,32(2), 100-112.
23. A Vidal, C Ubilla, G Duffau. Control de asma en adolescentes.*Rev Méd Chile* 2008; 136: 859-866.
24. F González , R de la Fuente-Cid, et.al. Factores asociados con el control del asma en pacientes de atención primaria en España: el estudio CHAS. *Arch Bronconeumol*. 2010;46(7):358–363.
25. G Alvear, L Figueroa, J Hurtado, L Moyano. Evaluación del grado de control del asma en un centro de atención primaria: Un estudio descriptivo. *Revista chilena de enfermedades respiratorias*.2016. 32(2), 68-76.
26. A Trisán, A. López, P. Ussetti. Protocolo de diagnóstico y tratamiento de las exacerbaciones asmáticas. *Medicine*. 2014;11(65):3908-13.
27. Astudillo, P. Asma infantil en Chile. *Sociedad Chilena de Neumología Pediátrica*. 2006; 1 (2), 91-93.
28. Herrera Ana María, León Agustín, et al. Utilidad de la educación en asma

- bronquial infantil: experiencia piloto. *Rev Chilena Enfermedades Respiratoria*. 2014; 30: 197-202.
29. A. Figueroa, D. Figueroa. Correlación fisiopatológica de la clínica y estrategias terapéuticas en el manejo del asma bronquial. *Rev. Fac. Cienc. Méd.* 2015; 24-35.
 30. Gobierno de Chile. Ley N° 20.584 Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Abril 13, 2012.
 31. Légaré F, Stacey D, et al. Interprofesionalismo y toma de decisiones compartida en atención primaria: un enfoque gradual hacia un nuevo modelo. *J Interprof Care*. 2011; 25 (1): 18-25.
 32. Jofré-Aravena, Viviane, Barriga, Omar, & Guillermo Henríquez, A.. Conflicto decisional en salud en mujeres cuidadoras. *Revista Cubana de Enfermería*. 2008; 24(2).
 33. Mendoza Sara, Jofré Viviane, Valenzuela Sandra. La toma de decisiones en salud y el modelo conceptual de Ottawa. *Invest. educ. enferm*. 2006; 24 (1): 86-92.
 34. A. Mosqueda-Díaz, S. Mendoza-Parral, V. Jofré-Aravena. Aporte de enfermería a la toma de decisiones en salud. *Rev Bras Enferm*. 2014;67(3):462-7.
 35. Urrutia, Mila, Campos, Solange, & O'Connor, Annette. Validación de una versión en español de la Escala de Conflicto Decisional. *Revista médica de Chile*. 2008; 136(11), 1439-1447.
 36. Martín Alfonso, Libertad. Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente. *Revista Cubana de Salud Pública* 2006, 32(3).
 37. Rodríguez, M. Adherencia/concordancia en el tratamiento del asma. *Asma y Educación*. Monografía 2008. 12.
 38. Angélica C., Ximena F., Soledad C., Sandra C. El familiar cuidador de pacientes con SIDA y la toma de decisiones en salud. *Rev Chil Infect*. 2005; 22 (1): 51-57.
 39. Solange Campos, Francisca Márquez. Toma de decisiones en mujeres que acuden al control sano de un programa infantil. *Rev. Horizonte de Enfermería*. 2004, 15, 53-61.
 40. O'Connor A M, Jacobsen M J, Stacey D. An evidence based approach to managing women's decisional conflict. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2002; 31: 570-81.
 41. Ministerio de Salud. Guía Práctica de Consejería para Adolescentes y Jóvenes. Orientaciones Generales. Dirigida a los equipos de Atención Primaria. 2011.

42. Convención de los Derechos del Niño. Ratificada por Chile en 1990.
43. B. Ogando Díaz, C. García Pérez. Consentimiento informado y capacidad para decidir del menor maduro. *Pediatr Integral* 2007;XI(10):877-883.
44. Ignacio Acuña, Daniela Castillo, Antoine Bechara, Juan Carlos Godoy. Toma de decisiones en adolescentes: rendimiento bajo diferentes condiciones de información e intoxicación alcohólica. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 2013; 13, 2, 195-214.
45. Montserrat Esquerda, Josep Pifarre, Sabel Gabaldón. Evaluación de la competencia para tomar decisiones sobre su propia salud en pacientes menores de edad. *Rev. FMC*. 2009;16(9):547-53.
46. Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030).
47. M. Esquerda Aresté, J. Pifarré Paredero, E. Miquel Fernández. La capacidad de decisión en el menor. Aspectos particulares de la información en el niño y en el joven. *Rev. An Pediatr Contin*. 2013;11(4):204-11.
48. Gracia D, Jarabo Y, Martín Espíldora N, Ríos J. Toma de decisiones en el paciente menor de edad. *Med Clin (Barc)*. 2001;117:179-90.
49. Álvarez C., Araníbar H., Vega L. Asma en pediatría: presente y futuro. Unidad Broncopulmonar infantil, Departamento Pediatría Clínica Alemana de Santiago.
50. Perestelo Pérez L. Manual con criterios de evaluación y validación de las herramientas de ayuda para la toma de decisiones. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Servicio de evaluación del servicio Canario de la Salud; 2013
51. Henríquez M., Cerutti E. Educación en niños asmáticos controlados en hospital Roberto del Río. Impacto en conocimientos, adherencia y control de la enfermedad. *Rev Chilena de Enfermedades Respiratorias*. 2013; 29:70-74
52. O'Connor A., Stacey D., Boland L. Ottawa decision support tutorial. Ottawa Hospital Research Institute. 2007-2015
53. Perestelo-Pérez L., Rivero-Santana A., Pérez Ramos J. Effectiveness of a decision aid for patients with depression: A randomized controlled trial. *Health Expectations*. 2017; 1-10.
54. Urrutia, Mila, Campos, Solange, & O'Connor, Annette. Validación de una versión en español de la Escala de Conflicto Decisional. *Revista médica de Chile*. 2008, 136(11), 1439-1447.
55. Instituto Nacional de Estadística
56. Valdivia C, Gonzalo et al. Influencia del nivel socioeconómico (NSE) en el

- asma bronquial y cambios en su prevalencia en población escolar en un periodo de 6 años. *Rev. méd. Chile*, Feb 2009, vol.137, no.2, p.215-225.
57. Dania Fabr  Ortiz et al. Factores psicológicos que contribuyen al asma en niños y adolescentes asmáticos y sus padres. *Revista Alergia México* 2005;52(4):161-70.
 58. Annick Des Cormiers, et all. Decisional conflict in asthma patients: a cross sectional study. *J Asthma*, 2015; 52(10): 1084–1091.
 59. Simmons M, Hetrick S, Jorm A. Shared decision-making: benefits, barriers and current opportunities for application. *Australas Psychiatry* 2010;18:394–397.
 60. Hyekyun Rhee, Patricia J. Hollen, Michael J. Belyea, Melissa A. Sutherland. Decision-Making Program for Rural Adolescents With Asthma: A Pilot Study. *Journal of Pediatric Nursing*, 2008. Vol 23, No 6.
 61. Vidal Alberto, Ubilla Carlos, Duffau Gastón. Control de asma en adolescentes. *Rev. m d. Chile*. 2008, vol.136, no.7.
 62. Mallol javier et al. Cambios en la prevalencia de asma en escolares chilenos entre 1994 y 2002: International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) - Chile phases I and III. *Rev. m d. Chile*. 2007, vol.135, no.5.
 63. Riquelme Mauricio, Riquelme Raúl, and Martínez Dorisa. Experiencia de un Programa de Control de Asma Bronquial en Puerto Montt, Chile. *Rev. chil. enferm. respir*. 2006, vol.22, no.2, p.93-97.
 64. Ciria, Martín; Capote, Alexei; Sardiñas, Sandra; García, Ana. Los procesos sociales y medioambientales en la salud de niños asmáticos: desafíos para la ciencia y la tecnología en Cuba. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2016; 32(1)
 65. Vidal, Alberto; Ubilla, Carlos; Duffau, Gastón. Control de asma en adolescentes. *Revista médica de Chile*. 2008; 136(7), 859-866
 66. Alvear, Gonzalo; Figueroa, Lidia; Hurtado, Javiera. Evaluación del grado de control del asma en un centro de atención primaria: Un estudio descriptivo. *Revista chilena de enfermedades respiratorias*. 2006; 32(2), 68-76
 67. Riquelme, Mauricio; Riquelme, Raúl; Martínez, Dorisa. Experiencia de un Programa de Control de Asma Bronquial en Puerto Montt, Chile. *Revista chilena de enfermedades respiratorias*. 2006; 22(2), 93-97.
 68. Krishnan JA, Bender BG, Wamboldt FS, Szeffler SJ, Adkinson NF Jr, Zeiger RS, et al. Adherence to inhaled corticosteroids: an ancillary study of the Childhood Asthma Management Program clinical trial. *J Allergy Clin Immunol* 2012;129: 112-8).
 69. Ramírez Gisselle; Barrera Laura; Ramírez Yuranny; Quiceno Alejandra;

- Agudelo Alexandra; Henao Daniel. Creencias familiares y adherencia al tratamiento en pacientes pediátricos con asma: estudio mixto, 2013-2014. *Archivos de Medicina (Col)*. 2016. 74-88.
70. Bender BG, Annett RD, Ikle D, et al. Relationship between disease and psychological adaptation in children in the Childhood Asthma Management Program and their families. CAMP Research Group. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2000; 154(7):706-13.
71. Chernoff RG, Ireys HT, Devetka, Kim YJ. A randomized, controlled trial of a community-based support program for families of children with chronic illness: pediatric outcomes. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2002;156(6):533-9.
72. Avendaño Monje, María José, & Barra Almagiá, Enrique. Autoeficacia, Apoyo Social y Calidad de Vida en Adolescentes con Enfermedades Crónicas. *Terapia psicológica*. 2008; 26(2), 165-172.
73. Henríquez Y, María Teresita; Ceruti D, Eliana. Education in asthmatic children controlled at Roberto del Rio Hospital: Impact on knowledge, adhesion and disease control. *Revista chilena de enfermedades respiratorias*. 2013; 29(2), 70-74.
74. Moneo Hernández, I., Oliván Ojal, M.P., Forés Catalá, M.D., & Lambán Casamayor, E. Herramientas en la educación del niño asmático. *Pediatría Atención Primaria*. 2009; 11(Supl. 17), 415-422.
75. Herrera, Ana María; León, Agustín; Ubilla, Carlos, et al. Utilidad de la educación en asma bronquial infantil: experiencia piloto. *Revista chilena de enfermedades respiratorias*; 2014, 30(4), 197-202.
76. Stengenga K, Ward-Smith P. The adolescent perspective on participation in treatment decision making: a pilot study. *J Pediatr Oncol Nurs*. 2008; 25(2): 112-7.
77. Lipstein EA, Muething KA, Dodds CM, Britto MT. "I'm the one taking it": adolescent participation in chronic disease treatment decisions. *J Adolesc Health*. 2013; 53(2): 253-9.
78. Mosqueda Díaz, A. M. Efecto de una consejería de apoyo decisional en salud en adolescentes con malnutrición por exceso. 2016. (Doctoral dissertation, Universidad de Concepción. Facultad de Enfermería (Campus Concepción)).
79. Martín, Roberto; Perestelo, Lilisbeth; Serrano, Pedro. Shared Decision Making in Breast Cancer Womens' Attitudes. *Revista Española de Salud Pública*. 2013; 87(1), 59-72.
80. Annick Des Cormiers MSc; France Légaré MD; Serge Simard MSc; Louis-Philippe Boulet MD. Decisional conflict in asthma patients: a cross

- sectional study, *Journal of Asthma*. 2015; 52:10, 1084-1091
81. Gambará Hilda, González Elena. ¿Qué y cómo deciden los adolescentes?. *Revista Tarbiya, revista de Investigación e Innovación Educativa*. 2004; 34, 5-69.
82. Oliva Delgado Alfredo. Desarrollo Cerebral y asunción de riesgos durante la adolescencia. *Revista Apuntes de psicología*. 2007; 25:3, 239-254.

18. ANEXOS

Anexo 1. Clasificación del asma según niveles de Control.

A. Grado de control de los síntomas asmáticos				
En las 4 últimas semanas, ¿ha tenido el paciente:		Bien controlados	Parcialmente controlados	No controlados
Síntomas diurnos más de dos veces/semana?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Algún despertar nocturno por el asma?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Ninguno de ellos	1—2 de ellos	3—4 de ellos
Necesidad de utilizar medicación sintomática* más de dos veces/semana?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Alguna limitación de la actividad por el asma?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
B. Factores de riesgo para una evolución desfavorable del asma				
<p>Los factores de riesgo deben evaluarse en el momento del diagnóstico y periódicamente, sobre todo en los pacientes que presenten exacerbaciones.</p> <p>Se debe determinar el FEV₁ al comienzo del tratamiento, al cabo de 3—6 meses de tratamiento de control para registrar la mejor función pulmonar personal del paciente y luego de forma periódica para realizar una evaluación continuada del riesgo.</p>				
<p>Los factores de riesgo independientes para las exacerbaciones que son potencialmente modificables son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Síntomas asmáticos no controlados (indicados anteriormente) • Falta de prescripción de ICS, cumplimiento deficiente de los ICS, técnica incorrecta de inhalación • Uso elevado de SABA (aumento de la mortalidad si se utiliza > 1 inhalador de 200 dosis/mes) • FEV₁ bajo, especialmente cuando es < 60% del valor teórico • Problemas psicológicos o socioeconómicos importantes • Exposiciones: humo del tabaco, exposición a alérgenos en caso de estar sensibilizado • Enfermedades concomitantes: obesidad, rinosinusitis, alergia alimentaria confirmada • Eosinofilia en esputo o sangre • Embarazo <p>Otros factores de riesgo independientes e importantes para las exacerbaciones son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intubación o ingreso en cuidados intensivos por asma en alguna ocasión • Presencia de una o varias exacerbaciones graves en los 12 últimos meses 			<p>La presencia de uno o más de estos factores de riesgo aumenta el riesgo de sufrir exacerbaciones aunque los síntomas estén bien controlados.</p>	
<p>Los factores de riesgo para desarrollar una limitación fija del flujo aéreo incluyen la ausencia de tratamiento con ICS, la exposición al humo del tabaco, sustancias químicas perjudiciales o exposiciones laborales, un FEV₁ bajo, la hipersecreción crónica de moco y la eosinofilia en esputo o sangre.</p>				
<p>Los factores de riesgo de efectos secundarios de la medicación comprenden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sistémicos: uso frecuente de OCS, uso de ICS potentes, a largo plazo o en dosis altas, tratamiento simultáneo con inhibidores de la enzima P450 • Locales: uso de ICS potentes o en dosis altas, técnica incorrecta de inhalación 				

Anexo 2: Escala de Conflicto Decisional

Escala de Conflicto Decisional

Ahora, pensando en la elección que usted acaba de hacer, por favor lea los siguientes comentarios hechos por algunas personas cuando tomaron sus decisiones. Se le solicita que frente a cada uno de ellos, indique cuan de acuerdo o desacuerdo se encuentra con la aseveración. Para ello, encierre en un círculo el número de la alternativa que mejor representa lo que usted siente acerca de ese comentario en relación con su decisión (el número 1 indica que usted esta totalmente de acuerdo con la aseveración y el número 5, que usted esta totalmente en desacuerdo con la aseveración).

	0	1	2	3	4
Yo estoy consciente de las diferentes opciones que tengo en esta decisión	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Yo siento que conozco los aspectos positivos de cada opción	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Yo siento que conozco los aspectos negativos de cada opción	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Yo tengo claridad acerca de cuan importantes son los aspectos positivos para mi	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Yo tengo claridad acerca de cuan importantes son los aspectos negativos para mi	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Yo tengo claridad acerca de que es lo mas importante para mi (los aspectos positivos o los aspectos negativos)	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Yo tengo la cantidad apropiada de apoyo de otros para tomar esta decisión	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Yo estoy tomando esta decisión sin ninguna presión de otras personas	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Yo cuento con suficientes consejos acerca de las opciones	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Esta claro cual es la mejor opción para mi	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Yo estoy segura de lo que tengo que hacer en esta decisión	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Esta es una decisión fácil de tomar para mi	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Yo siento que he hecho una elección bien informada	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Mi decisión muestra lo que es importante para mi	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Yo espero mantenerme firme en mi decisión	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Yo estoy satisfecha con mi decisión	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

Copyright A. O'Connor, 1993; Revisada en Marzo 1997; Versión 1998
Traducción Mila Urrutia, 1999.

Anexo 3: Consentimiento Informado para Padres y Tutores

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRES Y TUTORES

El propósito del presente documento es invitarlo a participar en el estudio titulado "Relación entre el conflicto decisional y el control del asma, en escolares de 10 a 14 años del policlínico respiratorio infantil del hospital Carlos Van Buren", cuyo investigador principal es: Kigo. Daniel Ciudad Antognini en conjunto con las alumnas: Gabriela Bravo Santos, Linrayen Contreras Alongi, Yocelin Huenul Vega y Paulina Sánchez Barrios; además de la participación como co-investigadores de: EU. Angélica Mosqueda Díaz y Dra. Teresita Henríquez Young. Para que usted pueda tomar una decisión informada, le explicaremos a continuación cuáles serán los procedimientos involucrados en la ejecución de la investigación, así como en qué consistiría su colaboración:

1. Dónde y cuándo se llevará a cabo la investigación: La investigación mencionada se realizará en las dependencias del hospital Carlos Van Buren (HCVB), específicamente en el auditorio especialmente acondicionado para realizar charlas y consejerías durante el año 2016, con una duración total del estudio de 3 meses realizado entre Agosto y Octubre del año mencionado.
2. Relevancia del estudio y beneficios: Luego de revisar sistemáticamente literatura y documento referentes a la situación actual del asma en nuestro país, nos pudimos dar cuenta de la gran necesidad de encontrar una forma en la que los pacientes realicen su tratamiento, pero a la vez, que ese tratamiento sea asumido por el propio paciente, que él pueda tomar una decisión respecto a lo que es más beneficioso para él y como esta misma decisión repercutirá en el manejo de su enfermedad, intervenir en la elección de uno u otro tratamiento es fundamental, por ello debemos manejar el conflicto que se genera en las personas al tener esa responsabilidad; es ahí donde queremos apuntar con nuestra investigación, entregarle al paciente las herramientas necesarias para que pueda tomar una decisión respecto a la acción que quiera tomar, de la mejor manera posible, evitando el arrepentimiento por desconocimiento o la falta de compromiso con su tratamiento por desconocerlo o por no ser de su total agrado. Es entregar la responsabilidad al paciente de intervenir en su propio tratamiento, y con ello lograr una disminución del conflicto decisional que genera esta nueva situación para lograr mejores resultados en términos finales.
3. Objetivos: Mejorar la asistencia a control y seguimiento del tratamiento de los niños con asma, a través de la educación y el uso de un método basado en la toma de decisiones sobre su salud, disminuyendo a su vez el conflicto que genera tomar una decisión tan importante a esta edad.
4. En qué consiste su participación: La participación del estudio es completamente voluntaria, tanto para el niño/a como para los padres y/o tutores; al formar parte del estudio, no se percibirán pagos de ninguna índole asociados a la participación. Las sesiones de consejería serán divididas en etapas: conocimiento, presentación de las opciones, decisión elegida y evaluación final. El desarrollo del estudio será realizado en las dependencias del HCVB, la ubicación exacta será informada en el momento de la invitación y la participación del estudio se realizará entre los meses de Agosto y Octubre del año 2016. Para la realización del estudio se citará a los menores cada 2 semanas a consejerías que tendrán una duración de 20 minutos. Al término de la intervención se realizará una sesión final en donde pretendemos saber cómo fue esta experiencia para los participantes.
5. Riesgos: En caso que el participante manifestase molestia frente a algunas preguntas o al programa de educación y requiera atención profesional psicológica, será derivado al CAPSI, ubicado en la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso a cargo del Psicólogo Javier Morán Kneer. Esta atención no tendrá costo para el participante.
6. Costos y pagos: Los participantes del estudio no percibirán algún tipo de ingreso monetario por su participación en el estudio; sin embargo al existir costos asociados al traslado de los menores y sus padres a las dependencias del HCVB, este costo puede ser financiado por los investigadores, de ser necesario y solicitado por.



los participantes involucrados. Cabe destacar que el costo que puede ser financiado por los investigadores solo cubren gastos asociados a locomoción requeridos para asistir a las consejerías.

7. **Derechos del participante:** Si el menor requiriera algún tipo de atención respiratoria por parte de un especialista, se le ofrecerá de manera oportuna e inmediata a cargo del Kinesiólogo Daniel Ciudad Antognini con especialidad broncopulmonar, en las dependencias del policlínico; el participante del estudio tiene derecho a conocer la intervención que se le realizará de manera general, pudiendo acceder a las conclusiones de nuestro estudio al finalizar el proceso. Cualquier duda surgida durante todo el desarrollo de la investigación puede ser realizada al correo de las tesis (kinetesis2015.ktr@gmail.com). El participante del estudio se puede retirar en cualquier momento que decida, sin que esto afecte a su tratamiento y control de salud en el policlínico.
8. **Reserva de la identidad del participante:** Durante todo el proceso del estudio, los datos de los menores involucrados serán manejados con suma reserva para proteger su identidad y privacidad, cuando nos refiramos a un participante en específico, éste será nombrado con una combinación de número y letra; las letras correspondientes a las iniciales de la consejería elegida y el número asignado al azar.
9. **Confidencialidad de los datos:** Los datos serán usados única y exclusivamente con fines investigativos, jamás serán difundidos de manera pública o con otros fines. Estos mismos serán guardados bajo llaves en un escritorio en sala de atención del policlínico infantil, box 15; a la cual sólo tiene acceso el investigador principal y las tesis que realizan la investigación.
10. **Utilización y Publicación de los hallazgos:** Los resultados obtenidos de esta investigación serán manejados con responsabilidad manteniendo en todo momento resguardada la privacidad tanto del menor como de su familia, aún cuando el objetivo de este estudio es publicar la investigación en alguna revista de carácter científico, esta publicación será manejada con la misma reserva que la investigación principal, asignando códigos numéricos para referirse a cada participante y siempre manteniendo informados de las acciones a seguir con el estudio a los menores y sus familias.

Evaluación Comité Bioética y contacto: Esta investigación ha sido evaluada y aceptada por el Comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso. Si usted lo requiriera, puede contactar a alguno de sus integrantes con su secretaria administrativa, Srta. Ana María Carreño, en el teléfono 2507370. Expone que acepta participar, recibirá un ejemplar de este documento, firmado por el investigador.



FICHA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRES

Y/O TUTORES DE PARTICIPANTES DEL ESTUDIO

Yo,..... (nombre y apellidos), RUT(explicitar relación con el niño: padre o tutor o apoderado) de(nombre y apellidos de niño) DECLARO que el investigador principal Profesor de la Universidad de Valparaíso Daniel Ciudad Antognini, junto con Gabriela Bravo Santos, Linrayén Contreras Alongi, Yocelin Huenul Vega y Paulina Sánchez Barrios, de la Carrera de Kinesiología, facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso, me han informado en forma completa en qué consiste la investigación "Relación entre el conflicto decisional y el control del asma en escolares asmáticos, de 10 a 14 años, del policlínico respiratorio infantil del HCVB". He leído completamente la información proporcionada en este documento acerca de mi participación (o de la participación de mi hijo/a o representado). Me han informado y explicado cuáles son los procedimientos del estudio a los que seré sometido/a mi hijo/a o pupilo/a, y en qué consistirá su participación. Asimismo, he tenido la oportunidad de hacer preguntas y aclarar todas mis dudas con el investigador(a). Entiendo que poseo el derecho de revocar mi consentimiento sin que esta decisión pueda ocasionar algún perjuicio.

De acuerdo a lo declarado por mí en este documento, firmo aceptando voluntariamente la participación de mi hijo/a o pupilo(a) en esta investigación. Recibo una copia completa de este documento.



(NO MODIFICAR AQUÍ)

Nombre y Firma Participante

C.I.:

Fecha:

Nombre y Firma Investigador Responsable:

C.I.:

Fecha:

Nombre y Firma Director del Establecimiento o su Delegado

C.I.:

Fecha:

Valparaíso,.....de de 201...

Anexo 4: Asentimiento Informado para Participantes.



ASENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES

Mi nombre es Daniel Ciudad, profesor de la Universidad de Valparaíso, y junto a un grupo de estudiantes de Kinesiología, estamos trabajando en una investigación que lleva como título: "Relación entre el conflicto decisional y el control del asma, en escolares de 10 a 14 años, del policlínico respiratorio infantil del hospital Carlos Van Buren.

Existen antecedentes que indican que para una persona con alguna enfermedad, como el asma, es difícil decidir qué tratamiento seguir para sentirse mejor, porque generalmente te indican qué debes hacer, sin explicarte bien que efecto tiene en tu cuerpo. Por esto, queremos saber qué ocurre al momento de tomar la decisión sobre tu propio tratamiento, entendiendo para qué sirve.

Es por lo anterior, que nos gustaría saber si te gustaría participar de este estudio. Ya hemos hablado con tus padres/tutores, y ellos saben de esta invitación. Si no deseas participar no tienes por qué hacerlo, aun cuando tus padres lo hayan aceptado. No tienes que decidirlo inmediatamente. Puedes discutir cualquier aspecto de este documento con tus padres, y luego decidir si participar o no.

Puede que haya algunas palabras que no entiendas o cosas que quieras que te las expliquemos mejor. Por favor, puedes pedir que te expliquemos lo que no entiendas en cualquier momento.

Si decides participar de este estudio:

- 1.- Anotaremos tus datos personales, como nombre y edad. El estudio se realizará en el policlínico del hospital donde asistes a tus controles
- 2.- Tomarás decisiones sobre el tratamiento para tu asma, en sesiones donde aprenderás como controlarla.
- 3.- En las sesiones, estarás siempre acompañado/a por el investigador principal o por alumnas de la Universidad de Valparaíso que participan de esta investigación, o por tus padres, sólo si tú lo deseas. Podrás realizar todas las consultas o dudas que tengas en cualquier momento. Aunque ahora decidas participar, si más adelante no quieres continuar, puedes dejarlo cuando tú quieras, y nadie te retará ni se enojará contigo. Es tu decisión.
4. Si decides participar en el estudio y firmar esta hoja, la guardaremos junto con el resto de tus datos. Tu nombre no aparecerá en ningún informe, en su lugar ocuparemos letras o códigos numéricos.
5. Este estudio no tiene costos para ti o tu familia
6. Si tienes preguntas que hacer, puedes comunicarte con el investigador a cargo Kigo, Daniel Ciudad, al teléfono 95320800, correo de contacto: daniel.ciudad@uv.cl, o con las alumnas Gabriela Bravo Santos, Linrayén Contreras Alonji, Yocelin Huenul Vega, Paulina Sánchez Barrios, al correo: kinetesis2015.ktr@gmail.com
7. Comité de Bioética de la Facultad de Medicina ha evaluado esta investigación y podré contactar a algunos integrantes a través de su secretaria administrativa, Srta. Ana María Carreño, en el teléfono 2507370.



Acta de Asentimiento Informado

YO,RUT,.....declaro que se me ha explicado el estudio investigación titulado "Relación entre el conflicto decisional y el control del asma, en escolares de 10 a 14 años del policlínico respiratorio infantil del hospital Carlos Van Buren". Me han explicado y he entendido que:

- 1) El objetivo del estudio es investigar qué ocurre al momento de tomar la decisión sobre mi propio tratamiento, entendiéndolo para qué sirve.
- 2) Sé que si decido participar tendré que tomar decisiones sobre el tratamiento a seguir para mi patología, de acuerdo a lo que se me explicó.
- 3) También puedo decidir no participar en este estudio o en cualquier momento y que nadie se enojará conmigo o afectará mi normal atención en salud si no participo.
- 4) Si tengo alguna duda, puedo preguntar al investigador principal Kigo, Daniel Ciudad, las veces que necesite hacerlo al teléfono 95320800 o al correo de contacto: daniel.ciudad@uv.cl, o con las alumnas de la carrera de Kinesiología, al correo: kinetesis2015.ktr@gmail.com
- 5) Sé que mis datos serán utilizados para fines de esta u otras investigaciones y que mi nombre nunca será mencionado.
- 6) Sé que mi participación en el estudio no tiene costo para mí, ni para mi familia.
- 7) Mis padres y/o tutores saben y están de acuerdo en que yo participe en la investigación.
- 8) Se que el comité Comité de Bioética de la Facultad de Medicina ha evaluado esta investigación y que puedo contactar a alguno de sus integrantes a través de su secretaria administrativa, Srta. Ana María Cárdenas, teléfono 2507370.



Nombre y Firma Participante
C.I.:
Fecha:

Nombre y Firma Investigador Responsable
C.I.:
Fecha:

Nombre y Firma Director del Establecimiento o su Delegado
C.I.:
Fecha:

Valparaíso,.....de de 201...

Anexo 5: Tarjeta de identificación y asistencia de cada menor participante.



**HOSPITAL
CARLOS VAN BUREN**



**UNIVERSIDAD
DE
VALPARAISO
CHILE**



KINESIOLOGÍA

FONO CONTACTO
(32)2364375 - 995320800

Klgo. Daniel Ciudad A.

Correo: kinetesis2015.ktr@gmail.com

Tú decisión, tú salud... ¡Nuestro compromiso!

Nombre: _____

HCVB
San Ignacio 725
Policlínico, Box 15
Valparaíso

	FECHA	ASISTENCIA	HORA
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

	FECHA	ASISTENCIA	HORA
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Anexo 6: Resumen Sesión 1 Educación al paciente.

¿QUÉ ES EL ASMA?

Es una enfermedad crónica que afecta a los pulmones, provoca un estrechamiento de las vías aéreas y por lo cual respirar se vuelve difícil.

Cuando tenemos asma nos cuesta respirar porque el aire tiene menos espacio para entrar y salir por nuestros bronquios que son como tubos que llevan el aire al interior de los pulmones.

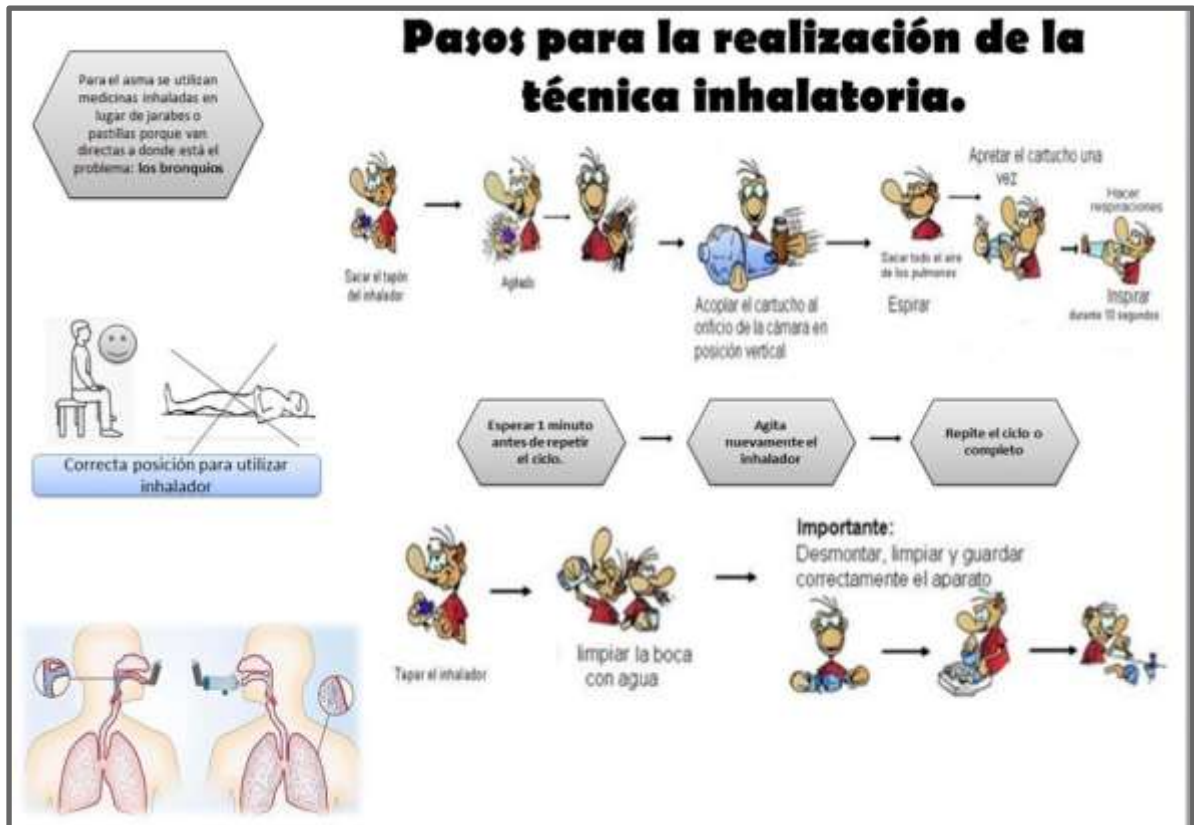
Los bronquios: se inflaman por dentro estrechándose; producen gran cantidad de moco disminuyendo aun más su espacio interior y dificultando el paso de aire, los músculos de las paredes se contraen, cerrando aun más el bronquio.

SINTOMAS MÁS COMUNES

- TOS
- SIBILANCIAS
- DISPNEA
- OPRESIÓN TORÁCICA

The infographic features a central illustration of a person coughing. To the right, a box titled 'SINTOMAS MÁS COMUNES' (Most Common Symptoms) lists four symptoms: 'TOS' (Cough) with a person coughing, 'SIBILANCIAS' (Wheezing) with a diagram of lungs and a whistle, 'DISPNEA' (Shortness of breath) with a person gasping, and 'OPRESIÓN TORÁCICA' (Chest tightness) with a diagram of a chest being squeezed. Below this, three circular diagrams show a bronchiole in cross-section: the first is normal, the second is inflamed and narrowed, and the third is severely constricted with mucus. The background is a field of flowers.


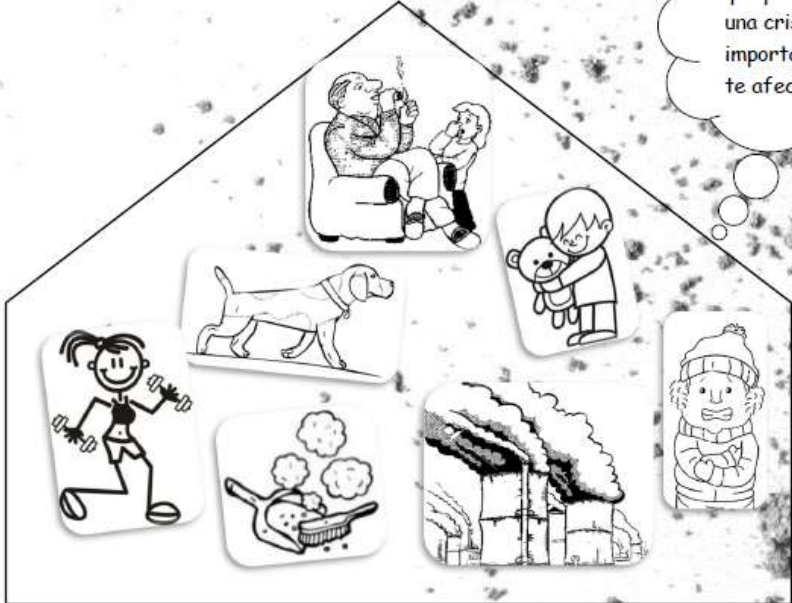
Anexo 7: Resumen Sesión 2 Educación al paciente Técnica Inhalatoria.



Anexo 8: Resumen Sesión 3 Educación al paciente Control de factores ambientales.

Asma: Factores Ambientales

Son todos aquellos elementos que podrían desencadenar una crisis de asma. Es importante identificar cuál te afecta y evitarlo.



Al fumar al interior del hogar, quedan restos de humo en cortinas, sillones y muebles, que pueden ser igual o más dañinos que el cigarro.

Anexo 9: Resumen Sesión 4 Educación al paciente Integración Familiar.

Asma: Integración Familiar



Como Familia, deberíamos saber:

- 1.- ¿Qué es el asma?
- 2.- ¿Cómo ayudar a mi hijo(a)/hermano(a) asmático?
- 3.- ¿Cómo se realiza la técnica inhalatoria?
- 4.- ¿Qué prácticas de cuidado en el hogar son importantes?



- ✓ No Fumes, ni dejes que fumen cerca de ti o dentro de tu hogar.
- ✓ Evita exponerte a los desencadenantes de tus crisis de Asma.
- ✓ Utiliza siempre tu aerocámara para inhalarte.
- ✓ Realiza siempre la técnica inhalatoria como te enseñamos.
- ✓ Recuerda que el Asma es una enfermedad crónica (se mantiene en el tiempo), por lo cual no dejes tu tratamiento y utilizar tus fármacos de mantención.
- ✓ Asiste a todos los controles citados por tu Kinesiólogo, Es TU TAREA lograr controlar el Asma.

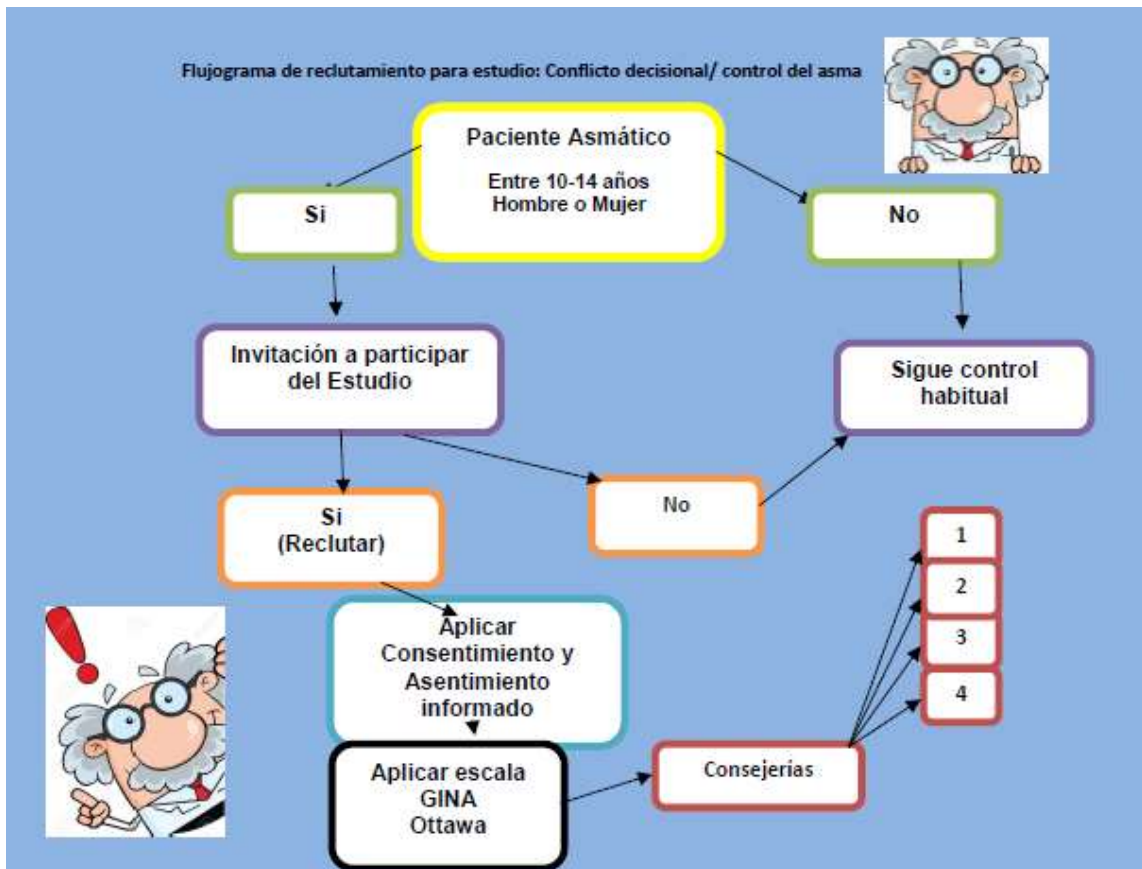


¡Cooperemos todos juntos para controlar el Asma!

Anexo 10: Modelo básico de pulmón sano y afectado.



Anexo 11: Flujograma de Reclutamiento de Participantes.



Anexo 12: Aprobación del comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso.



FACULTAD DE MEDICINA
Comité de Bioética
para la Investigación

ACTA DE EVALUACIÓN BIOÉTICA No. 17/2016

I. El Comité de Bioética de la Facultad de Medicina, de la Universidad de Valparaíso constituido por Jimena Le Roy, tecnólogo médico, Presidenta; Eva Sotelo, profesora de Castellano, Vice-presidenta; Ivanny Marchant, médico – cirujano; Daniel Ciudad, kinesiólogo; Alberto Moreno, profesor de educación física; Carlos Varas, psicólogo; Magdalena Silva, enfermera – matrona; Jessica Salgado, psicopedagoga; Doris Herrera, licenciada en filosofía; y Carolina Carvajal, trabajadora social; en su sesión del día 5 de mayo de 2016, declara haber evaluado el protocolo experimental del proyecto “Relación entre el conflicto decisional y el control del asma, en escolares de 10 a 14 años del policlínico respiratorio infantil del Hospital Carlos van Buren”, presentado por el investigador responsable Daniel Ciudad Antognini, adscrito a esta Facultad.

II. Para su evaluación el Comité de Bioética revisó los siguientes antecedentes:

1. Protocolo n° 74/2015, versión en español
2. Hoja Informativa y Acta de Consentimiento Informado, versión en español, cuyos destinatarios son participantes de investigación.
3. Currículum Vitae del investigador responsable
4. Carta de autorización Médico Jefe Policlínico Respiratorio Infantil
5. Carta de autorización Director CAPSI (Centro de Atención Psicológica)

III. En la valoración bioética del proyecto, el Comité consideró que dicha propuesta cumple con los principios éticos necesarios para su realización, entre otros, los de beneficencia y atención a potenciales riesgos; se concluyó que su pertinencia fundamental radica en:

1. El diseño se ajusta a las Normas de Investigación en Seres Humanos.
2. El estudio propuesto podrá aportar nuevos conocimientos para el tratamiento de niños con asma bronquial. El potencial beneficio de esta investigación supera a los riesgos estimados en una cuantía no mayor a la habitual exposición de los sujetos de investigación.
3. El Consentimiento Informado da cuenta de la finalidad de la investigación en forma clara; explícita y respeta la voluntariedad del posible participante, además de ofrecerle la oportunidad de retirarse en cualquier momento sin que ello le revista algún perjuicio; asegura la confidencialidad de los datos y de la identidad del sujeto; se precisa que no existen riesgos, ni costos involucrados

como tampoco remuneración por participar; específica en qué consistirá la colaboración del sujeto, señalando tiempo que involucrará la aplicación de la entrevista. Así también, el investigador da a conocer su teléfono e E-mail de contacto para ubicarlo en caso de cualquier consulta o duda.

4. Los antecedentes curriculares del Investigador Principal garantizan la ejecución del estudio dentro de los marcos éticos y técnicos aceptables.
5. Los miembros del Comité declararon no tener conflicto de interés.

IV. Por lo anterior, el Comité de Bioética de la Facultad de Medicina aprueba el presente protocolo de investigación, que se llevará a cabo en el Hospital Carlos van Buren de Valparaíso-Policlínico Respiratorio Infantil durante el año 2016 bajo la supervisión del investigador responsable. Las eventuales modificaciones que pudiera sufrir el protocolo al que serán sometidos los participantes deberán ser evaluadas por este Comité y aprobadas previo a su aplicación. El investigador responsable deberá transmitir informe de estado de avance del estudio al término de cada año de ejecución o el informe final, si correspondiere.

Firman en representación del Comité de Bioética de la Facultad de Medicina



Jimena Le Roy Barria
Presidenta



Ivanny Marchant Ramirez
Secretaria

Valparaíso, 5 de mayo de 2016

C/C

- Secretaria CBI-FAMED
- Comisión de Investigación Facultad de Medicina

Anexo 13: Afiche de Reclutamiento para Participantes.



Anexo 14: Carta compromiso CAPSI

Señores
Comité Bioética
Facultad Medicina
Universidad de Valparaíso
Presente

Valparaíso, noviembre 2015

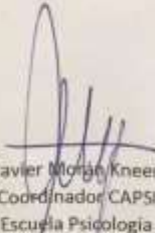
**Ref: Informa apoyo de proceso de investigación de pregrado para Tesis
Pregrado
Universidad de Valparaíso**

Por medio del presente, se informa a este comité que el Centro de Psicología Clínica (CAPSI) de la Escuela de Psicología de esta Universidad, dispone y ofrece el servicio de psicoterapia gratuita a todos aquellos casos que requieran de atención terapéutica, que fuesen pesquisados a lo largo de cualquier proceso de investigación que esta Escuela lleve a cabo.

En particular a este caso, la entidad de CAPSI se compromete a extender este servicio a los casos que sean detectados como "de riesgo" como resultado de la investigación "Aplicación de método Ottawa en el conflicto decisional y el control del asma en escolares de 10 a 14 años del policlínico respiratorio infantil del hospital Carlos Van Buren de Valparaíso".

Dicha investigación está siendo ejecutada por Gabriela Bravo, Linrayén Contreras, Yocelín Huenul, Paulina Sánchez, con el profesor a cargo Klg. Daniel Ciudad Antognini.

Sin otro particular.



Javier Morán Kneer
Coordinador CAPSI
Escuela Psicología
Universidad de Valparaíso

Universidad de Valparaíso – CAPSI – Escuela de Psicología
Avenida Brasil 2140 * Valparaíso
(32) 2508603 – 2508605 * Fax (32) 2508623
www.uv.cl – www.psicologia-uv.cl

Anexo 15: Valoración Escala Conflicto Decisional.

<p>Valoración escala conflicto: 0: totalmente de acuerdo 1: de acuerdo 2: indiferente 3: desacuerdo 4: totalmente en desacuerdo</p> <p>PUNTAJE TOTAL 16 totales. : Sumar todo, dividirlo por 16, multiplicado por 25...rango de 0 (no hay conflicto decisional) a 100 (demasiado conflicto)</p> <p>SUBPUNTAJES</p>	
<p>SUBPUNTAJE DE INCERTIDUMBRE: 3 ítems: pregunta 10, 11 y 12 se suman, dividir por 3 y multiplicar por 25 Rangos de 0 : se siente extremadamente SEGURO sobre la mejor elección 100 : se siente extremadamente INSEGURO sobre la mejor elección</p>	<p>Yo estoy tomando esta decisión sin ninguna presión de otras personas Yo tengo la cantidad apropiada de apoyo de otros para tomar esta decisión Yo cuento con suficientes consejos acerca de las opciones</p>
<p>SUBPUNTAJE DE INFORMADO: 3 ítems: pregunta 1, 2 Y 3 se suman, dividir por 3 y multiplicar por 25 Rangos de 0 : se siente extremadamente INFORMADO 100 : se siente extremadamente DESINFORMADO</p>	<p>Esta es una decisión fácil de tomar para mí Yo estoy segura de lo que tengo que hacer en esta decisión Está claro cuál es la mejor opción para mí</p>
<p>SUBPUNTAJE DE CLARIDAD DE VALORES PERSONALES 3 ítems: pregunta 4, 5 y 6 se suman, dividir por 3 y multiplicar por 25 Rangos de 0 : se siente extremadamente CLARO sobre valores personales en relación a los beneficios y riesgos / efectos secundarios 100: se siente extremadamente CONFUNDIDO sobre valores personales.</p>	<p>Yo estoy consciente de las diferentes opciones que tengo en esta decisión Yo siento que conozco los aspectos positivos de cada opción Yo siento que conozco los aspectos negativos de cada opción</p>
<p>SUBPUNTAJE DE APOYO 3 ítems: pregunta 7, 8 Y 9 se suman, dividir por 3 y multiplicar por 25 Rangos de 0 : se siente extremadamente APOYADO en la toma de decisiones 100 : se siente extremadamente SIN APOYO en la toma de decisiones</p>	<p>Yo tengo claridad acerca de cuán importantes son los aspectos positivos para mí Yo tengo claridad acerca de cuán importantes son los aspectos negativos para mí Yo tengo claridad acerca de qué es lo más importante para mí (los aspectos positivos o los aspectos negativos)</p>
<p>SUBPUNTAJE EN DECISION EFECTIVA 4 ítems: pregunta 13, 14, 15, Y 16 se suman, dividir por 4 y multiplicar por 25 Rangos de 0 : BUENAS DECISIONES 100 : MALAS DECISIONES</p>	<p>Yo siento que he hecho una elección bien informada Mi decisión muestra lo que es importante para mí Yo espero mantenerme firme en mi decisión Yo estoy satisfecha con mi decisión</p>