

CREENCIAS DE PADRES E HIJOS SOBRE EL ASMA: IMPLICANCIAS PARA LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Susan Galdames Cruz¹, Lys Álvarez Cruz², Macarena Barrios Avilés³,
Viviana Paredes Bravo⁴, Verónica Rodríguez Maturana⁵.

Recibido: 21-08-2014

Aceptado: 22-12-2014

Publicado: 15-julio-2015

RESUMEN

Este trabajo describe y establece una relación entre creencias de niños con asma y las creencias de sus padres sobre asma y su tratamiento. Mediante un diseño correlacional transversal, con muestreo intencional, se evaluó a 40 niños entre 5 y 16 años con asma y a sus respectivos 40 adultos cuidadores. Se usó el cuestionario IPQ (Illness Perception Questionnaire), adaptado, para evaluar creencias de enfermedad. Los resultados muestran que existe correlación positiva baja-moderada, significativa, en tres de los seis tipos de creencias evaluadas: temporalidad, consecuencias y emocionalidad asociada al asma. Por otro lado, las creencias de los padres fueron más fuertes que las de los hijos en las creencias de identidad, consecuencias, emocionalidad y causalidad asociada al asma.

La baja concordancia entre las respuestas de padres e hijos lleva a concluir la necesidad de educar de forma directa a los niños así como a sus padres con respecto al automanejo de su enfermedad. Se presentan algunas reflexiones sobre adherencia.

Palabras claves: asma, adherencia, automanejo, creencias sobre enfermedad.

¹ Doctora en Psicología, Académica del Departamento de Psicología, Universidad de La Serena.

² Psicóloga, Universidad de La Serena.

³ Psicóloga, Universidad de La Serena.

⁴ Psicóloga, Universidad de La Serena.

⁵ Psicóloga, Universidad de La Serena.

**PARENTS AND CHILDREN BELIEFS ABOUT ASTHMA: IMPLICATIONS FOR
TREATMENT ADHERENCE****ABSTRACT**

This work describes and establishes a possible relationship between beliefs of children with asthma and their parent's beliefs about asthma and its treatment. We used a correlational cross sectional design with purposive sampling to evaluate 40 children, aged 5 to 16 years, with asthma and 40 caregivers. Health beliefs were assessed with the Illness Perception Questionnaire, in an adapted form. Results show a significant low-moderate positive correlation between children and caregivers in only three from six types of belief: temporality, consequences and emotionality of asthma. On the other hand, parent beliefs were stronger than children belief about identity, consequences, emotionality and cause of asthma.

The low correlation between the responses of parents and children shows the need to educate children as well as their parents regarding the self-management of asthma. Some reflections upon adherence are made.

Keywords: asthma, adherence, self-management, beliefs about disease.

CREENÇAS DE PAIS E FILHOS ASMA: IMPLICAÇÕES PARA A ADESÃO AO TRATAMENTO

RESUMO

Este artigo descreve e estabelece uma relação entre as crenças das crianças com asma e crenças dos pais sobre a asma e seu tratamento. Usando um design cross-correlação com amostragem intencional, 40 crianças foram testadas entre 5 e 16 anos com asma e seus cuidadores 40 adultos. Questionário IPQ (Doença Perception Questionnaire), adaptado para avaliar as crenças doença foi usado. Os resultados mostram que há baixa a moderada correlação positiva em três dos seis tipos de crenças avaliadas: temporalidade, e as consequências de emocionalidade associados à asma. Por outro lado, as crenças dos pais eram mais fortes do que os das crianças nas crenças de identidade, consequências, emotividade e causalidade associados à asma.

A baixa concordância entre as respostas de pais e filhos leva à conclusão da necessidade de uma educação diretamente para as crianças e seus pais sobre a auto-gestão de sua doença. Algumas reflexões sobre a adesão são apresentados.

Palavras-chave: asma, a adesão, a auto-gestão, crenças sobre a doença.

INTRODUCCIÓN

El asma es la enfermedad crónica que produce mayor morbilidad y alteración de la calidad de vida del niño durante la infancia (1, 2), generando gran número de consultas y hospitalizaciones en episodios agudos (3) dando lugar a un significativo problema de salud pública (1) en nuestro país y en el mundo. Esta se define como una inflamación de la vía aérea asociada a hiperreactividad bronquial y episodios recurrentes de sibilancias, disneas, opresión torácica y tos, parcial o totalmente reversible (4). El tratamiento busca el control de los síntomas y detener la progresión de la excervación asmática a través del uso de broncodilatadores y corticoides inhalados. Los problemas en la adherencia a este constituyen uno de sus principales factores de riesgo (4), dificultando su control óptimo y contribuyendo sustancialmente a su morbi-mortalidad (5, 6, 7). A nivel mundial se reconoce que alrededor del 50% de los pacientes con enfermedades crónicas no cumple adecuadamente sus recomendaciones médicas (8) así como presenta asistencia irregular a controles con especialistas (2). Según un estudio realizado en Chile que buscaba recoger las Diferencias en la percepción de síntomas entre pacientes pediátricos y sus padres en el Asma inducida por ejercicio, sólo un 38% de niños asmáticos y un 25% de sus padres reconocían el uso del broncodilatador indicado (9). Esto muestra la necesidad de seguir desarrollando conocimiento interdisciplinario que oriente nuevas formas de asegurar y promover una óptima adherencia al tratamiento del asma.

Algunos de los factores psicológicos que han mostrado operar como barreras para la adherencia al tratamiento en enfermedades infantiles son: una mala comprensión de la enfermedad y del tratamiento por parte de los padres (10); falta de comunicación con el equipo de salud (11), creencias negativas en salud (12), así también creencias sobre la enfermedad crónica como aguda, ya que influyen en que se siga el tratamiento sólo en las fases agudas de la enfermedad, dejándolo de lado en fases asintomáticas (6). Por último, algunas creencias de los padres conllevan temor a que sus hijos dependan de medicamentos (13) o que en el largo plazo su eficacia disminuya, por lo que sólo los usan en fases sintomáticas (14). La presencia de estas creencias disfuncionales sobre la enfermedad en nuestra población indican la necesidad de comprender cada vez mejor cómo perciben padres e hijos la enfermedad y así orientar el diseño de intervenciones que promuevan una adecuada y estable adherencia al tratamiento en el tiempo. Esto debido a que de acuerdo al Modelo de Creencias en Salud, el conjunto de creencias del individuo produce algún grado de preparación psicológica para actuar, pudiendo esta ser predecible o preventiva al surgir un problema de salud, generando conductas determinadas (15). Por otra parte, el estudio de factores psicosociales asociados a la adherencia, con algunas excepciones (9,16), se ha centrado fundamentalmente en padres y prestadores de salud, sin incorporar la percepción de los niños de ningún modo. Se hace necesario reconocer el rol central de los niños ante su propia enfermedad, por su bienestar actual y porque se trata

de una condición crónica, donde se espera que ellos asuman el automanejo autónomo de la enfermedad progresivamente durante su ciclo vital. Entonces, es importante pensar y tratar a los niños como participantes activos de su proceso de salud-enfermedad desde pequeños, lo que no es la tendencia principal de los equipos de salud, quienes se han centrado en instruir a los padres sobre la enfermedad y su tratamiento, traspasándoles el rol de formadores de conductas de salud a sus hijos, ante lo cual no siempre los padres responden en forma efectiva.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio correlacional transversal, con muestreo intencional, en el que se evaluó al total de sujetos inscritos en el Programa de Control de Asma Infantil de un Centro de Salud Familiar de la ciudad de Coquimbo, durante el período de febrero del 2012 a enero del 2013. Los criterios de inclusión fueron: tener entre 5 y 18 años y contar con diagnóstico de asma (realizado por pediatra del programa de control de asma infantil en centro de salud primaria), sin considerarse el grado de severidad presentado al momento de la evaluación y, excluyendo aquellos pacientes con algún daño neurológico. Todos los sujetos fueron consultados sobre su disposición a colaborar en el estudio y los adultos firmaron un consentimiento informado previo a la investigación. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética del Departamento de Psicología de la Universidad de La Serena y cumplió con las recomendaciones éticas de la declaración de Helsinki, para la investigación con seres humanos (17).

A partir de esto, es que se vuelve necesario Describir y Establecer si existe relación entre las creencias de niños con asma y las creencias que tienen sus padres sobre el asma y su tratamiento, con el propósito de orientar intervenciones para mejorar la adherencia al tratamiento de la enfermedad, y así también, plantear hipótesis respecto al desarrollo de conductas de salud en los niños relacionada a su propia percepción de la enfermedad.

La aplicación de los instrumentos se realizó mediante visitas domiciliarias y en menor proporción, en el centro de salud. Se aplicó en forma paralela una versión adaptada del cuestionario para evaluar creencias de enfermedad IPQ (Illness Perception Questionnaire) a los adultos cuidadores, y a sus respectivos niños, por medio de una lectura acompañada por un evaluador entrenado para facilitar la comprensión de los ítems. Ambos cuestionarios son una versión más corta del instrumento original (18), el cual mide cinco dimensiones que teórica y empíricamente han sido usadas para explicar las cogniciones de las personas sobre el proceso salud-enfermedad (19). El cuestionario se basa en el Modelo de Sentido Común y Autorregulación, según el cual, las creencias se representan en torno a las siguientes dimensiones (20): 1) Identidad (nombre que el sujeto pone a su enfermedad y conocimiento de sus síntomas; 2) Temporalidad (creencia del sujeto sobre el curso y duración de su enfermedad); 3) Causalidad (causa

percibida de la enfermedad, ya sea biológica, psicológica, genética o ambiental); 4) Control-Cura (percepción de control frente a la progresión de la enfermedad y efectividad del tratamiento); 5) Consecuencias (efecto percibido de la enfermedad sobre la vida) (21). Se ha revisado el cuestionario además para agregar una sexta dimensión que han propuesto algunos autores; 6) Emocionalidad (emocionalidad específica o preocupación en torno a la enfermedad) (19).

En la versión aplicada, cada dimensión está representada por dos preguntas que se puntúan en una escala ordinal tipo Likert de 1 a 5, según el grado de acuerdo con ellas, siendo 1=en desacuerdo y 5=muy de acuerdo. La adaptación de este instrumento se llevó a cabo en una muestra de 50 sujetos adultos con problemas crónicos de salud (22), obteniéndose estándares aceptables de consistencia interna para 5 de las escalas (Alpha de Cronbach=0,48 – 0,87), a excepción de la dimensión de Causalidad, la cual se sustituyó por dos preguntas: una orientada a medir la autoevaluación de “conocer las causas” de la enfermedad y la otra a medir en qué grado se atribuye Causalidad Psicológica a la enfermedad. Esta decisión se inspira en que el instrumento original considera la dimensión Causalidad a parte del resto de las dimensiones, midiéndola inclusive en forma cualitativa. El análisis de factores mostró ajuste a la estructura original del instrumento (Método de Ejes Principales, sin rotación).

El instrumento consta de 12 ítems. Fue adaptado y aplicado a una muestra piloto de 10 escolares con asma, entre 8 y 13 años, quienes evaluaron en forma positiva

la comprensibilidad de la escala. Además se les preguntó si creían que otro niño podría entender y contestar el instrumento.

Decidimos usar la misma versión de adultos en los niños, para así poder comparar directamente las respuestas. Sólo se cambió la redacción dirigida al padre por una dirigida al hijo, por ejemplo: “mi hijo...” por “yo...”, “su asma...” por “mi asma...”. A pesar de que se trata de una versión inicialmente validada en inglés para adultos y niños (15 y 19), sus registros psicométricos iniciales se han mostrado adecuados, y se proyecta seguir acumulando evidencia para robustecer su validez (ver instrumento en Anexo 1). Para facilitar la comparación entre dimensiones usamos promedios por dimensión y no la suma del puntaje, observándose ambas opciones en la literatura.

Referente a las pruebas estadísticas utilizadas, en un primer análisis se estableció el cumplimiento de los supuestos de igualdad de varianzas (prueba de Levene: $p > 0,05$) y distribución normal (Z de Kolmogorov-Smirnov: $p > 0,05$) de las variables-dimensiones, y luego se calculó una matriz de correlaciones (r de Spearman) para observar la relación entre las creencias de padres e hijos en cada dimensión.

Posteriormente, estimamos si la diferencia entre las creencias de padres e hijos que observábamos a simple vista era estadísticamente significativa, para lo cual utilizamos la prueba t de student, contrastando cada dimensión entre los grupos: padres - hijos.

El nivel de significación empleado en los análisis del estudio fue $p < 0,05$.

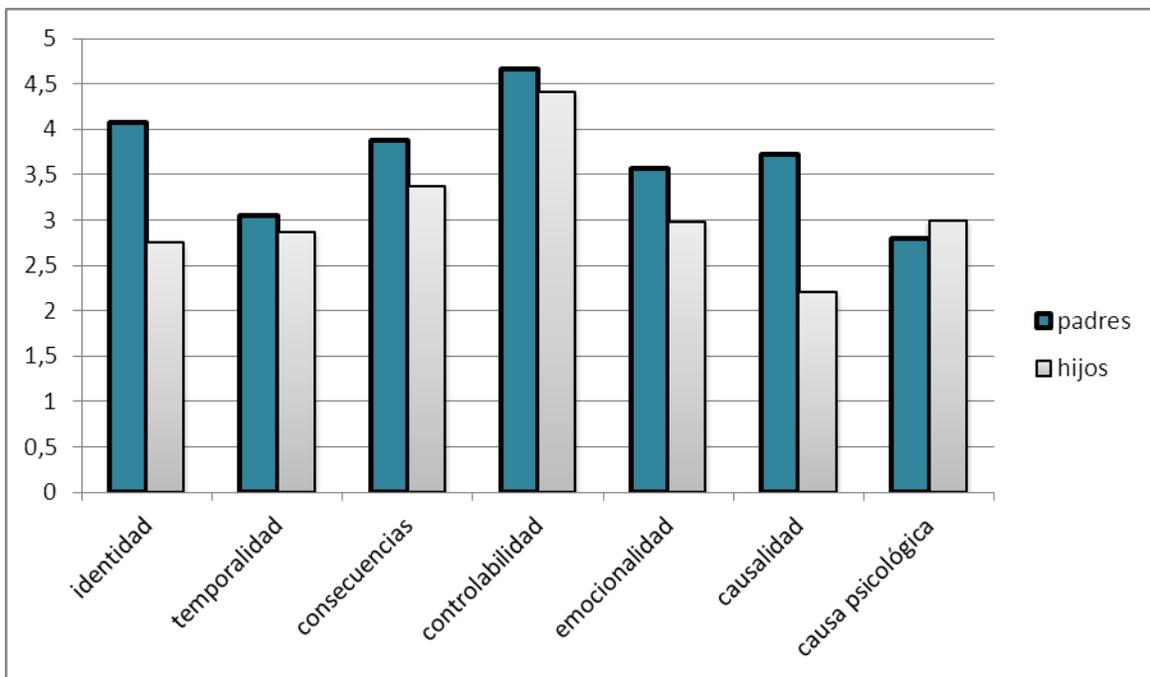
RESULTADOS

La muestra final estuvo constituida por 40 niños con diagnóstico de asma, y sus respectivos 40 cuidadores, en su mayoría madres. Las edades de los niños fluctuaron entre 5 y 16 años, con un promedio de 9,5 años (DS= 2,68). El 57,5% fueron niños y el 42,5% niñas. Un 20% de ellos tenía diagnosticada otra enfermedad crónica además del asma y el

42,5% tenía antecedentes familiares de alguna enfermedad crónica (principalmente asma o atopía).

Los promedios de las creencias de niños en cada dimensión muestran puntajes más bajos que la de los adultos en todas las dimensiones a excepción de la creencia sobre causalidad psicológica como lo diagrama la figura 1.

Figura 1. Dimensiones IPQ: Promedios de niños y adultos.



Las dimensiones con mayor fuerza (promedios >3) en los adultos corresponden a controlabilidad, identidad, consecuencias, causalidad y emocionalidad. Mientras que en la de los niños con asma estas son controlabilidad y consecuencias. El resto de las dimensiones se encuentran en promedios iguales o menores a 3 como lo muestra la siguiente tabla.

Tabla 1. Dimensiones del IPQ: Promedios obtenidos en niños y adultos.

Dimensión		N	Media	Desviación típica
Identidad	Padres	40	4,08	1,05
	Hijos	40	2,75	1,33
	Total	80	3,41	1,36
Temporalidad	Padres	40	3,05	1,47
	Hijos	40	2,87	1,31
	Total	80	2,96	1,39
Consecuencias	Padres	40	3,88	1,29
	Hijos	40	3,37	1,24
	Total	80	3,63	1,28
Controlabilidad	Padres	40	4,66	,87
	Hijos	40	4,41	,91
	Total	80	4,53	,89
Emocionalidad	Padres	40	3,61	,92
	Hijos	40	2,28	1,11
	Total	80	2,94	1,05
Causalidad	Padres	40	3,72	1,58
	Hijos	40	2,20	1,66
	Total	80	2,96	1,65
Causalidad Psicológica	Padres	40	2,80	1,63
	Hijos	40	3,00	1,73
	Total	80	2,90	

Debido a la naturaleza inicial de nuestro estudio, no contrastamos hipótesis definidas, sino que procedimos a caracterizar las relaciones encontradas. De este modo, observamos que existe correlación positiva baja-moderada, significativa, en tres de las dimensiones

del IPQ: Temporalidad ($r=0,354$, $p=0,025$), Consecuencias ($r=0,458$, $p=0,003$) y Emocionalidad ($r=0,475$, $p=0,002$). El resto de las dimensiones no presenta correlación lineal significativa como se aprecia en tabla 2.

Tabla 2. Dimensiones del IPQ: Relación entre las creencias de padres e hijos.

		Ident Hijos	Temp Hijos	Conse Hijos	Contr Hijos	Emoc Hijos	Causa Hijos	Cau Psic. Hijos
Identidad Padres	rs	,029						
	p	,857						
Temporalidad Padres	rs		,354*					
	p		,025					
Consecuencias Padres	rs			,458**				
	p			,003				
Controlabilidad Padres	rs				,095			
	p				,559			
Emocionalidad Padres	rs					,475**		
	p					,002		
Causalidad Padres	rs						,177	
	p						,276	
Causa Psicológica Padres	rs							-,023
	p							,887

r= Índice de correlación de Spearman

*p<0,05, **p<0,01

Respecto a la diferencia entre las creencias de padres e hijos, observamos que cuatro de seis dimensiones mostraban diferencia estadísticamente significativa: Identidad, Consecuencias, Emocionalidad

y Causalidad. Los puntajes de los niños fueron más bajos que los de los padres a excepción de la dimensión Causalidad Psicológica (ver tabla 3).

Tabla 3. Diferencias entre creencias de padres e hijos según t de student

Creencias	t	gl	Sig. (bil)
Identidad Padres - Identidad Hijos	5,11	39	,000
Temporalidad Padres - Temporalidad Hijos	,69	39	,494
Consecuencias Padres - Consecuencias Hijos	2,41	39	,021
Controlabilidad Padres - Controlabilidad Hijos	1,36	39	,179
Emocionalidad Padres - Emocionalidad Hijos	4,87	39	,001
Causalidad Padres - Causalidad Hijos	4,62	39	,000
Causalidad Psicológica Padres – Causalidad Psicológica Hijos	-5,25	39	,603

DISCUSIÓN

De acuerdo a esta aplicación del IPQ para medir creencias sobre el asma infantil, los resultados de nuestra investigación muestran que los padres creen “conocer la enfermedad” y sus causas. Además creen que el asma de sus hijos trae consecuencias importantes y que el tratamiento y cuidado pueden ser efectivos en el control de esta enfermedad (promedios > 3). También declaran estar preocupados por el asma de su hijo. Con menor fuerza sostienen la creencia de que el asma es permanente y que es posible su causalidad psicológica. Por su parte, las creencias de los niños muestran puntajes más bajos en todas las dimensiones a excepción de la creencia sobre causalidad psicológica, así entonces, los niños creen que el tratamiento y cuidado del asma permiten su adecuado control y que el asma trae consecuencias medianamente importantes. De igual modo, los puntajes más bajos indican que los niños declaran no “conocer la enfermedad” y sus causas en forma completa.

El uso de una versión infantil del IPQ que aún no cuenta con datos de validación en una muestra amplia es una de las limitaciones del estudio. Pese a esto, el instrumento mostró buena comprensión por parte de los niños, aun en los más pequeños. En este sentido, la aplicación asistida fue una estrategia funcional. Además, aun cuando no existen más datos psicométricos en población infantil, la literatura basada en el modelo de Leventhal señala que las variables medidas se comportarían en forma similar en adultos y niños, ya que ambos grupos tienden a formar representaciones de enfermedad de acuerdo a las 5 dimensiones principales de la teoría. El punto de corte que usamos para efectos de

análisis de las dimensiones fue 2,5, ya que es el punto medio de la puntuación ordinal de 5 puntos de la escala, lo cual debe seguir sometiéndose a evaluación en futuros estudios.

Referente a las relaciones que se logró establecer entre las creencias de padres e hijos, se observó una correlación moderada en torno a algunas creencias asociadas al asma, tales como las creencias de que la enfermedad es crónica, con consecuencias importantes y que produce preocupación. A mayor creencia en los padres de que el asma es crónica, mayor es esta creencia en los hijos. Así también, en torno a las consecuencias y la preocupación.

La relación observada entre las creencias de padres e hijos refleja el resultado del proceso de transmisión y socialización que se ha dado entre padres e hijos (25).

Por el contrario, también observamos algunas creencias en las cuales no existió correlación padres e hijos. No se observó correlación entre que el padre crea saber más sobre la enfermedad y sus causas, y que el hijo declare saber más sobre esta, y tampoco en torno a la capacidad de control de la enfermedad que tiene el tratamiento. Según la misma línea de hipótesis señalada anteriormente, las creencias que no muestran correlación no serían parte de esta transmisión generada entre padres e hijos. Es decir, los padres que conocen o creen conocer más la enfermedad y sus causas, de algún modo, no comparten este conocimiento con sus hijos, lo cual se reafirma al observar que los promedios de los hijos en estas creencias son significativamente más bajos que los de sus padres.

Al incorporar la comparación entre los promedios de padres e hijos observamos

que, a pesar de la correlación positiva en las creencias sobre las consecuencias del asma y la preocupación por ella, los padres presentan estas creencias con mayor intensidad que sus hijos, es decir, a pesar de que se observa una transmisión de la creencia (según la correlación observada), los padres manifestarían mayor conciencia en torno a las consecuencias y mayor preocupación por la enfermedad.

Nuestra reflexión sobre este punto es que las características relativas al período evolutivo en que se encuentran los niños y el rol de protección y cuidado que deben asumir los padres, influyen en que sean los adultos quienes se presenten cognitivamente más atentos y lideren a sus hijos ante su enfermedad. En futuros estudios sería interesante establecer diferencias por edad de los niños y si esta tendencia cambia a medida que ellos avanzan en edad, llegando a un rol más activo de los hijos hacia la adolescencia.

En conclusión los hallazgos relativos a factores cognitivos como creencias, percepciones o valoraciones que comparan a padres e hijos, en otros estudios, tienden a mostrar una baja correlación entre ambos, sin embargo, nosotros hemos observado una coexistencia de creencias que correlacionan y otras que no. De este modo, será interesante seguir profundizando en futuras investigaciones respecto a cómo se explica que algunas creencias sobre el asma sean más eficazmente compartidas que otras.

A parte de observar el proceso de transmisión de creencias entre padres e hijos, nuestro interés se orienta a determinar la presencia de creencias que han mostrado favorecer u obstaculizar la adherencia al tratamiento del asma infantil. Si bien no obtuvimos ninguna

medida de adherencia al tratamiento, la literatura científica es bastante clara en establecer una asociación de las creencias de enfermedad con comportamientos de cuidado y afrontamiento de las enfermedades crónicas (6, 26, 27, 28).

Según esta mirada, hemos observado que las creencias de temporalidad reflejan que tanto padres como hijos, no creen firmemente que el asma sea una enfermedad crónica como se esperaría. Esto ha sido indicado como una creencia que dificulta la adherencia al tratamiento, y se ha explicado proponiéndose que los períodos asintomáticos del asma tienden a ser interpretados como una mejoría total por lo que los pacientes tienden a dejar sus tratamientos o les introducen cambios (6). La dificultad para adherir a medidas conductuales (como el uso de inhaladores y medicamentos) mientras no hay síntomas presentes sigue siendo un gran desafío para el manejo del asma y el de otras enfermedades crónicas con períodos asintomáticos. Nuestra reflexión al respecto plantea la importancia de generar estímulos didácticos adecuados, para distintas edades, tales como cuentos diseñados con ese propósito.

Otro punto importante a destacar es el hallazgo no esperable en torno a la causalidad psicológica del asma. La creencia de que una enfermedad crónica tiene causas psicológicas ha sido indicada como una amenaza para la adherencia, ya que los pacientes, tienden a descuidar los elementos biomédicos del tratamiento (26, 27). Sería relevante clarificar el rol que pueden asumir los factores psicológicos en el curso de la enfermedad, enfatizando un modelo de causalidad y tratamiento biomédico.

Por último, es necesario reconocer aspectos que pudiesen estar favoreciendo la adherencia al tratamiento en estos

pacientes, por ejemplo, la creencia favorable sobre la eficacia del tratamiento y la percepción de que este puede controlar la enfermedad. En este caso, tanto padres como hijos sostienen que el tratamiento y las medidas de cuidado que despliega el cuidador son eficaces en mantener controlada la enfermedad, lo cual ha sido asociado a mejores tasas de adherencia al tratamiento. Sólo cabría preguntarse si la creencia de controlabilidad de la enfermedad en nuestra muestra se asocia a la creencia de Temporalidad intermedia que hemos observado, o sea, que las personas creen que el tratamiento cura totalmente la enfermedad y no sólo la controla, pasando a pensar que el asma es una enfermedad aguda.

El análisis de las creencias que sostienen padres e hijos muestra la necesidad de fortalecer intervenciones que aborden los puntos de vista de los pacientes, tanto adultos como niños. Esto desafía a los equipos de salud a generar un proceso de comunicación donde no sólo informen los aspectos biomédicos del asma, sino que abran espacios de discusión que, primeramente, validen las creencias de los pacientes y, luego, las lleven a un mayor ajuste con las creencias que favorecen el adecuado automanejo de la enfermedad. Se trata de un ámbito idiosincrático y no sólo de traspaso de información, lo que complejiza el escenario para hacer intervenciones, pero augura mejores resultados. Para mejorar la adherencia al tratamiento del asma infantil, no es suficiente brindar información sobre la enfermedad, sino que es importante conocer lo que los pacientes creen sobre el asma, e intentar que el nuevo conocimiento llegue a ser subjetivamente válido y consistente con el resto de las creencias del paciente. Por ejemplo, si

una madre tiene la creencia general de que los tratamientos que usan químicos son siempre dañinos, y que es mejor usar hierbas naturales, difícilmente aceptará el uso permanente de inhaladores en su hijo. Quizás un buen punto de inicio podría ser el instrumento que hemos utilizado, ya que permite detectar creencias que han mostrado obstaculizar la adherencia al tratamiento y así focalizar la intervención en las áreas más necesarias. Esto implica, generar un proceso de regulación de las creencias disfuncionales para la conducta de adherencia y fortalecer las creencias favorables para ella. En términos de intervención, consideramos valiosa la modalidad grupal de trabajo, ya que potencia la fuerza de elementos intersubjetivos que actúan en la construcción y validación social de las creencias, especialmente en el caso de niños y adolescentes.

Por último, destacamos la importancia de educar en forma directa a los niños y hacerlos participar activamente en sus controles de salud (9). Según sus capacidades, ir retroalimentando y responsabilizándolos progresivamente del automanejo de su enfermedad. En este sentido se requieren intervenciones creativas y que incorporen elementos lúdicos y tecnológicos, que permitan conectar los significados propios del pensamiento adulto con el infantil e incluso hacer una toma de decisiones compartida sobre el automanejo de la enfermedad (29). Un estudio piloto que trabajó en esta línea (30), usó resolución de problemas y retroalimentación de la adherencia en base a registros electrónicos, considerando a niños y padres en todos los aspectos de la intervención. Así también, el abordaje de la Entrevista Motivacional ha mostrado

buenos resultados en pacientes adolescentes (31)

Por último, la psicología de la salud infantil puede constituirse en un recurso valioso para la capacitación y apoyo de

equipos de salud en atención primaria que acepten el desafío de integrar en forma efectiva a los niños en el tratamiento del asma,

AGRADECIMIENTOS

Las autoras agradecen al Centro de Salud Familiar Rubén Aguilar. Servicio de Salud Coquimbo.

REFERENCIAS

1. García Á, Mora I. Diagnóstico del asma. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2013; 15: 89-95
2. Herrera A, Escobar A, Saavedra M, Medina M, Salgado E, Palavecino B, Kutz A. Exacerbación de asma infantil en Unidad de Paciente Crítico: Caracterización clínica 2011; 27:26-30.
3. Velástegui C, Pérez-Canto P, Zárata V, Arenas D, Salinas P, Moreno G, et al. Impacto del asma en escolares de dos centros de salud primaria. *Rev Med Chile* 2010; 138: 205-212.
4. Ministerio de Salud [MINSAL]. Guía Clínica de Diagnóstico y Tratamiento del Asma en el Menor de 15 años 2011; Chile.
5. Mackenney J. Asma en Pediatría. *Las Condes: Rev Med Clin* 2007; 18(2): 133-144.
6. Halm E, Mora P, Leventhal H. No Symptoms, No Asthma: The Acute Episodic Disease Belief Is Associated With Poor Self-Management Among Inner-City Adults With Persistent Asthma. *Chest*, 2006; 129(3): 573-580.
7. Naimi D, Freedman T, Ginsburg K, Bogen D, Rand C, Apter A. Adolescents and Asthma: Why Bother with Our Meds? *J Allergy Clin Immunol* 2009; 123(6): 1335-41.
8. Castro A, Barrero J, García F, Cruz E, Soto J, Alvarez J, et al. Adherencia al tratamiento: Cumplimiento y constancia para mejorar la calidad de vida. III Foro diálogos Pfizer-Pacientes 2009; Madrid: Pfizer.
9. Brockmann P, Fodor D, Caussade S, Campos E, Bertrand P. Asma inducida por ejercicio: Diferencias en la percepción de síntomas entre pacientes pediátricos y sus padres. *Rev Med Chile* 2006; 134: 743-748.
10. Lina Boza M. Asma de difícil control. *Neum Pediatr* 2006; 1(2): 82-84.
11. Sleatha B, Carpenter D, Beard A, Gilletted Ch, Williams D, Tudor G, Ayala G. Child and caregiver reported problems in using asthma medications and question-asking during pediatric asthma visits. *Int J Pharm Pract* 2014; 22: 69-75.

12. Armstrong M, Duncan C, Stokes J, Pereira D. Association of caregiver health beliefs and parenting stress with medication adherence in preschoolers with asthma. *J Asthma* 2014; 51(4) -372.
13. Conn K, Halterman J, Cabana K, Cabana M. The impact of parents' medication beliefs on asthma management. *Pediatrics* 2007; 120: 521 - 527.
14. Martín R. Estudio de las variables psicológicas, calidad de vida e intervención psicoeducativa en el asma bronquial infantil. Universidad de Salamanca 2008.
15. De los Santos M. Evaluación de las creencias de “Sentido común” sobre la enfermedad: creación de la escala sobre la representación cognitiva de la enfermedad, Erce. 2009
16. Cohen R, Celedon J, Hinkson V, Ramsey C, Wakefield D, Weiss S, et al. Health-care use among Puerto Rican and African-American children with asthma. *Chest* 2006; 130 (2): 463-471
17. World Medical Association Declaration of Helsinki. Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects (October, 2008). Acceso el 03 de Abril de 2013. Disponible en: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>
18. Weinman J, Petrie KJ, Moss-Morris R, Horne R. The Illness Perception Questionnaire: A new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychol Health* 1996; 11: 431-55.
19. Morrison V, Bennett P. Psicología de la salud. Madrid: Pearson Educación. S.A; 2006.
20. Leventhal H, Meyer D, Nerenz D. The common-sense representation of illness danger. In S. Rachman (Ed.), *Contributions to Medical Psychology*. New York: Pergamon Press; 1980.
21. Quiles Y, Terol M, Marzo J. Representación de la enfermedad, afrontamiento y ajuste en los trastornos aliméticos. *Rev Clin Salud* 2009; 20(2):159-175.
22. Guic et al. Capacitación de prestadores de salud para mejorar la adherencia a los medicamentos para la hipertensión. Proyecto Inter-UC. PUC 2009.
23. Walker C, Papadopoulos L, Lipton M, Hussein M. The importance of children's illness beliefs: The Children's Illness Perception Questionnaire (CIPQ) as a reliable assessment tool for eczema and asthma. *Psychol, Health Med* 2009; 11(1): 100 – 107.
24. Muiño A, Torello P, Brea S. Test de control de asma en pediatría: ACT infantil. Utilidad clínica en la práctica diaria. *Arch Pediatr Urug* 2010; 81(2): 78-86.
25. Goldbeck L, Bundschuh S. Illness perception in pediatric somatization and asthma: complaints and health locus of control beliefs. *Child Adol Psych Mental Health* 2007; 1: 5-17.
26. Chen Sh, Tsai J, Lee W. The impact of illness perception on adherence to therapeutic regimens of patients with hypertension in Taiwan. *J Clin Nurs* 2009; 18, 2234–2244.
27. Hekler E, Lambert J, Leventhal E, Leventhal H, Jahn E, Contrada R. Commonsense illness beliefs, adherence behaviors, and hypertension control among African

- Americans. *BMJ* 2008; 31(5): 391-400.
28. Hagger M, Orbell Sh. A meta-analytic review of the Common-Sense Model of illness representations. *Psychol Health* 2003; 18(2): 141-184.
 29. Miller V. Parent–Child collaborative decision making for the management of chronic illness: A qualitative analysis. *Families, Systems, & Health* 2009; 27(3), 249–266.
 30. Rohan J, Drotar D, Perry A, McDowell K. Training health care providers to conduct adherence promotion in pediatric settings: An example with pediatric asthma. *Clin Pract Pediatr Psychol* 2013; 1(4): 314-325.
 31. Gayes L, Steele R. A Meta-Analysis of Motivational Interviewing interventions for pediatric health behavior change. *J Consult Clin Psychol*; 2014, 82(3), 521–535.