

2002

Talleres de educación para la salud en asma bronquial pediátrico : un enfoque desde terapia ocupacional

Carbajo, Andrea Sabrina

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/407>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

Talleres de Educación para la salud



en asma bronquial

pediátrico

Un enfoque desde Terapia Ocupacional



TESIS DE GRADO

LICENCIATURA EN TERAPIA OCUPACIONAL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y SERVICIO SOCIAL

MAR DEL PLATA, JULIO DE 2002.-

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

Biblioteca C.E.C.S. y S.S.	
Inventario	Signatura top
1809	6152(043) C-294
Vol	Ejemplar:
Universidad Nacional de Mar del Plata	

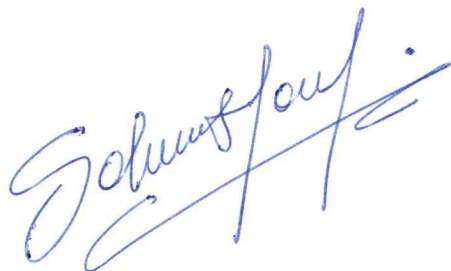
ÍNDICE

	PÁGINAS	
AUTORES	3	
ASESORES	4	
AGRADECIMIENTOS	5	
INTRODUCCIÓN	8	
ESTADO ACTUAL DE CUESTIÓN	11	
REFERENCIAS BIBLIGRÁFICAS DEL ESTADO ACTUAL	19	
TEMA. PROBLEMA. OBJETIVOS	21	
ASPECTOS FUNDAMENTALES DEL MARCO TEÓRICO		
❖ CAPÍTULO N° 1.		
EDUCACIÓN PARA LA SALUD SU IMPORTANCIA EN EL ASMA BRONQUIAL PEDIÁTRICO.....		24
BIBLIOGRAFÍA.....		27
❖ CAPÍTULO N° 2		
AUTOMANEJO DEL ASMA INFANTIL Y SU REPERCUSIÓN EN LA VIDA DIARIA DEL NIÑO.....		28
DEFINICIÓN DE LA VARIABLE AUTOMANEJO.....		35
BIBLIOGRAFÍA.....		37
❖ CAPÍTULO N° 3		
TALLER DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD. ESTRATEGIA DE ABORDAJE EN EL ASMA BRONQUIAL INFANTIL.....		39
DEFINICIÓN DE TALLER DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD.....		44
BIBLIOGRAFÍA.....		45
❖ CAPÍTULO N° 4		
INTERVENCIÓN DEL TERAPISTA OCUPACIONAL EN EL ASMA BRONQUIAL.....		46
BIBLIOGRAFÍA.....		50
ASPECTOS METODOLÓGICOS		
TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO.....		52
POBLACIÓN Y MUESTRA.....		53
TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....		55
DIMENSIONAMIENTO DE LA VARIABLE AUTOMANEJO.....		56

PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	62
ANÁLISIS DE LOS DATOS.....	64
CARACTERÍSTICAS DEL TALLER.....	66
BIBLIOGRAFÍA DE ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	68
RESULTADOS	
CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA.....	70
RESULTADOS DE LAS HABILIDADES DE AUTOMANEJO VALORADAS ANTES Y DESPUES DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL TALLER.....	70
DIFERENCIAS EN LOS ÍNDICES.....	85
RESULTADOS DE LA PARTICIPACIÓN Y VÍNCULO.....	87
INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS.....	89
CONCLUSIONES.....	92
BIBLIOGRAFÍA GENERAL	95
ANEXO 1	101
ANEXO 2	113
ANEXO 3	118

AUTORAS:

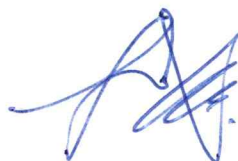
CARBAJO, ANDREA SABRINA

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Carbaño', with a long horizontal stroke extending to the right.

NAVONE, MARÍA CECILIA

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Navone', with a large, stylized initial 'N'.

XIFRA, MARÍA JULIA

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Xifra', with a large, stylized initial 'X'.

DIRECTOR:

TERAPISTA OCUPACIONAL

Directora del grupo de investigación "Salud y desarrollo del niño y su familia"
VEGA, MARÍA CARLOTA

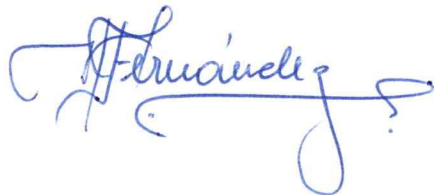


ASESOR METODOLÓGICO:

LIC. EN TERAPIA OCUPACIONAL

Especialista en docencia universitaria

FERNÁNDEZ, VERÓNICA ANAHÍ



ASESOR ESTADÍSTICO:

LIC. EN PSICOLOGÍA

MSc Scientae

ARIAS, CLAUDIA



Agradecemos especialmente a la Lic. Ana María García y al Dr. Jorge Taborda por abrirnos las puertas de su institución, así como por el tiempo, esfuerzo dedicado, apoyo moral y oportunas sugerencias, sin los cuales este trabajo no se hubiese podido concretar.

Agradezco a Lalo, mi papá, Marta, mi mamá y a Sandro.

Sabrina

*Dedico este trabajo a Alejandro, mi esposo y a mi hijo Julián.
Agradezco a Antonia, mi mamá, Alejandra, Laura y Guille por acompañarme y
apoyarme durante toda la carrera y a María Eugenia Veyra por compartir sus
conocimientos, experiencia, ideología y valores.*

Cecilia

*Dedico esta tesis a Dany, mi esposo y le agradezco el haberme apoyado,
compartido y colaborado en algo tan importante,
que implica el cierre de una etapa.
Agradezco a toda mi familia por la contención
y por haber estado conmigo durante todo el proceso.*

Julia

INTRODUCCIÓN

En la búsqueda de una temática para la elaboración de nuestra Tesis de grado, nos motivó la posibilidad de llevar a la práctica contenidos teóricos, profundizando y ampliando un trabajo anterior, a fin de contribuir al desarrollo científico de la Terapia Ocupacional y al crecimiento de nuestro rol profesional.

En el año 1999 las Lic. Bocchieri y Cerda llevaron a cabo una investigación titulada “Terapia Ocupacional en el Asma Bronquial Infantil”, en la cual se propusieron como objetivo valorar el automanejo del asma bronquial en niños de 6 a 10 años, población perteneciente al H.I.E.M.I (Hospital Interzonal Materno Infantil). Detectaron indicadores de automanejo inadecuados tales como la noción y conocimiento de la enfermedad, en las habilidades para reconocer y evitar los factores desencadenantes, conocimiento y uso del medidor pico flujo, utilización de la medicación prescrita y reconocimientos de los efectos de la misma, continuación y cumplimiento de las pautas de tratamiento, participación en actividades escolares y extraescolares, y participación en los talleres de educación sobre asma, entre otros. Las tesistas arribaron a la conclusión de que el niño y su familia deben ser partícipes activos de un proceso educativo, que les permita manejar adecuadamente la enfermedad y así alcanzar un estilo de vida cada vez más saludable.

Por lo antes mencionado, así como también por la importancia que reviste la educación en el abordaje de una enfermedad de carácter crónico, decidimos continuar con dicha tesis, planteando como objetivo de investigación identificar el aporte de un Taller de Educación para la Salud en el desarrollo de las habilidades de automanejo del asma bronquial, en niños de 8 a 11 años de edad.

Como agentes de salud, formados en Atención Primaria, sostenemos que una familia educada en salud estará en condiciones de reconocer tempranamente tanto factores, como situaciones de riesgo, facilitando el acceso inmediato a los servicios de asistencia adecuados antes de que aquellos cobren mayor seriedad o se tornen irreparables.

La intervención sobre aquellos factores identificados precozmente permite aumentar la capacidad preventiva evitando la subvaloración por parte de la familia, la consulta tardía a los servicios de urgencia, el no cumplimiento de los sistemas terapéuticos prescritos, promoviendo conductas funcionales y acciones oportunas que reducirían los costos de reparación terciaria y las secuelas consiguientes.

A través del siguiente trabajo de investigación creemos haber logrado un aporte en el área pediátrica, definiendo el rol del Terapeuta Ocupacional en el abordaje del paciente asmático y comprobando la importancia de su intervención en el equipo interdisciplinario, abriendo, de esta manera, la posibilidad de su inserción en asociaciones u organizaciones que nucleen profesionales de esta especialidad. Además, contribuimos, desde un punto de vista metodológico ya que profundizamos en la medición empírica de la variable automanejo del asma bronquial; así como también contribuimos, de manera adecuada, al estudio de la población de niños con dicha patología.

La calidad de vida de una sociedad se encuentra atravesada por diversos factores (biológicos, sociales, culturales, y económicos). Por lo tanto el Terapeuta Ocupacional, como agente de salud, debe considerar a la Educación un instrumento fundamental dentro de las políticas en salud.

Estado actual de la cuestión

La medicina pediátrica considera al asma bronquial como una de las enfermedades crónicas más frecuentes en la infancia.

La evolución de esta patología no es siempre tan benigna, está comprobado que la remisión espontánea de la enfermedad se produce solo alrededor del 50 % de los casos y este porcentaje desciende más aún, es decir al 30 % en aquellos adolescentes en los que persisten crisis frecuentes. Incluso, puede suceder que, en algunos pacientes se produzcan recurrencias en edad adulta después de un largo período de remisión. En general las cifras de mortalidad por asma bronquial infantil son bajas, pero en aquellos pacientes que padecen asma grave la mortalidad llega a ser del 1 al 3 %.

Por lo aquí mencionado Bras, de la Flor y Masdival sostienen que “...el asma es una de las patologías crónicas que motivan mayor preocupación e interés en el pediatra de atención primaria.”¹

Existen actualmente a nivel mundial múltiples instituciones, asociaciones u organizaciones dedicadas al estudio del asma así como también a brindar todo tipo de apoyo a este tipo de pacientes y a los profesionales de la salud. Las mismas llevan a cabo programas dirigidos específicamente al diagnóstico, manejo y prevención de la enfermedad, entre otros. Dentro de la gran cantidad que existen podemos mencionar el N.H.L.B.I o National Heart Lung, and Blood Institute; International Association of Allergy & Clinical Immunology, la cual es una organización mundial que agrupa a distintas asociaciones de alergia e inmunología de todos los continentes; European Academy of Allergy & Clinical Immunology, que agrupa asociaciones de alergia de Europa; American Academy of Allergy, Asthma, and Immunology (A.A.A.A.I.), que es una de las asociaciones médicas en esta especialidad más grande en Estados Unidos; American College of Allergy, Asthma & Immunology (A.C.A.A.), organización de E. U.; Sociedade Brasileira de Alergia & Imunopatologia; Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica; Sociedad Mexicana de Alergia e Inmunología; Sociedad Paraguaya de Alergia e Inmunología; Sociedad Peruana de Inmunopatología y Alergia; Sociedad Sudafricana de Alergia; Texas Allergy & Immunology Society; Joint Council of Allergy, Asthma, and Immunology en E.U.; Pan

¹ Cfr. BRAS J., DE LA FLOR J.E, MASDIVAL, *Pediatría de atención primaria*, Ed. Springer-Verlag Ibérica, Barcelona, 1997. Pág. 459

American Aerobiology Association, la cual es una organización Internacional enfocada en proveer información tanto al público como a los profesionales de salud también en E.U.; Sociedad Latinoamericana de Alergia, Asma e Inmunología. En nuestro País funciona la Asociación Argentina de Alergia e Inmunología y Fundaler.²

Fundaler es una Asociación para el estudio del Asma y otras enfermedades Alérgicas, institución de bien público, sin fines de lucro, creada justamente por la Asociación Argentina de Alergia e inmunología el 19 de octubre de 1982. Su objetivo prioritario es la Educación del asmático y el alérgico, considerando que "...el paciente debe conocer todo lo relacionado con su enfermedad. De este modo tomará parte activa en su tratamiento, colaborando con su médico y permitiendo su reinserción plena en la sociedad".³

La Institución propone actividades educativas y deportivas, entre otras, destinadas a adultos y niños respectivamente.

Esta gran cantidad de Asociaciones u Organizaciones nos permite reflexionar acerca de la magnitud e importancia que cobra la asistencia del paciente asmático, así como los programas educativos que se desprenden de las mismas, permitiéndonos apreciar lo fundamental que resulta para la calidad de vida de estos pacientes. Estos programas se llevan a cabo en escuelas, hospitales, instituciones deportivas entre otras, y están destinados tanto a los pacientes, como a sus familiares y profesionales de la salud.

Entre estos programas nos parece importante mencionar el GINA (Global Initiative for Asthma), que se encuentra auspiciado por la O.M.S. y el N.H.L.B.I / N.I.H (E.U.) dedicado a la Salud Pública sobre el Asma y su adecuado manejo.

En los últimos años, en el ámbito de la pediatría, se han desarrollado programas de autocuidado especialmente en enfermedades crónicas como la diabetes, asma, epilepsia, programas de promoción de hábitos saludables, prevención del tabaquismo, educación sexual, etc.; existiendo numerosos estudios publicados sobre autocuidado o self management con resultados variables.

En esta búsqueda sobre la educación para la salud en asma, hemos encontrado diversos estudios, uno de los cuales fue publicado en 1999 por Meurer-J.R., Mc Kenzie-S, y otros. Los autores desarrollaron, en Milwaukee (E.U.A.), un programa educativo para mejorar la salud de los niños con Asma Bronquial, durante 1991-1999,

³ Cfr. EDITORIAL, *Fundaler y la 3*, N°1, 1.997. *salud*, Editor Tec-Plan, Volumen Pág. 3.

del que participaron 1.400 estudiantes de 74 escuelas diferentes. A partir de la implementación de este programa se vieron mejoradas las expectativas de los estudiantes sobre la vida normal, el sueño y la comprensión de la patología, sugiriendo que se reproduzcan los programas educativos en otras comunidades y planes estratégicos en otras escuelas.⁴

Perez-H.G, Feldman L. y Caballero-F, en el año 1999, publican una experiencia llevada a cabo en Venezuela. El objetivo de la misma era evaluar los efectos de un programa educativo para el automanejo del asma. La muestra constó de 29 niños, con asma, de 6 a 14 años de edad, los cuales fueron asignados al azar para constituir un grupo experimental y un grupo control. EL programa consistió en seis sesiones destinadas a los infantes y dos charlas y un folleto informativo para los padres. Los resultados arrojaron datos estadísticamente significativos respecto a los efectos de la prueba en el grupo experimental tanto en lo referente al conocimiento de la enfermedad así como en la práctica de habilidades de automanejo. También se observaron progresos en el grado de conocimiento de los padres con respecto a la patología. Los autores interpretaron que la eficacia del programa es mayor en niños de edades más tempranas y que la efectividad del programa es independiente del contexto cultural.⁵

En el año 2000 Bingol-Karakoc-G, Yilmaz-M y otros realizaron la publicación de un estudio, cuyo objetivo era investigar la eficacia de un programa de rehabilitación pulmonar en niños con asma bronquial. La muestra constaba de 28 niños con dicha patología, 16 de los cuales recibieron el programa y 12 conformaron el grupo control. Estadísticamente se encontró que era significativa la disminución en los síntomas y el aumento en el índice de calidad de vida, también se valoraron mejorías en la función pulmonar (capacidad vital y capacidad vital reforzada).⁶

Los autores Lamola S, Rich M, y otros, realizaron un estudio publicado en el año 2000. Su objetivo fue recoger información, a través de videos realizados por los mismos pacientes, acerca de la realidad de manejar una enfermedad crónica en el contexto de sus vidas. La muestra estaba constituida por 20 niños matriculados en el N.H.L.B.I., quienes fueron entrenados en el uso de cámaras de video. Se realizó una comparación entre los datos de las Historias Clínicas y los obtenidos a partir del video y sus narrativas. Los autores concluyeron que esta fue una herramienta eficaz para el aporte de información acerca del contexto físico y psicosocial donde se desenvuelve la gente joven con asma.⁷

En los últimos años, en medicina, se ha intensificado como objeto de estudio la realidad social que acompaña a la enfermedad crónica, haciéndose necesaria la investigación de tipo cualitativa para el análisis de la calidad de vida, educación para la salud, programas de prevención y automanejo, entre otras aplicaciones.

En el periodo enero-abril del 2000 fue realizado un estudio que forma parte de un proyecto de acción concertada, llevado a cabo en nueve países (Alemania, Dinamarca, España, Finlandia, Grecia, Noruega, Reino Unido, E.E.U.U. y Suecia). El protocolo de investigación fue similar en todos los países, adaptándose a las condiciones locales. Este estudio fue titulado *Resultados de un estudio cualitativo sobre el manejo familiar del asma infantil: recomendaciones prácticas para el seguimiento en consulta*. Los métodos cualitativos ponen en evidencia la necesidad de valorar el entorno del paciente, teniendo en cuenta los factores personales, conocimientos, sentimientos, actitudes, creencias, así como los factores externos que implican el rol asignado, soporte económico, familiar y social. Respecto a los resultados, entre las categorías de análisis más relevantes identificadas y con mayor repercusión directa en el manejo del niño asmático, se encontraron: el papel de las medicinas en la rutina diaria del niño, la autonomía del niño asmático y su familia en el manejo, toma de la medicina durante la crisis, y repercusión de la enfermedad a nivel escolar. EL análisis de los resultados arrojó que en los primeros años de escolarización, los niños, ya han desarrollado un nivel de independencia funcional para identificar síntomas y comunicar su malestar. En lo referente a las conductas de control ambiental, este se reveló como uno de los aspectos que más impacto tiene en la dinámica familiar. La identificación de los factores desencadenantes por la propia familia a veces coincide y a veces no con el consejo médico. La dinámica escolar del niño sólo se ve afectada respecto a la actividad física y toma de medicinas en la escuela. El rendimiento escolar no se encontró afectado, salvo en los pocos casos en los que la enfermedad condicionó un mayor ausentismo.⁸

Durante el año 2001 fueron publicados diversos estudios. Tres de ellos guardan relación con nuestra temática de investigación, es decir, educación para la salud en asma bronquial pediátrico. En primer lugar cabe mencionar una publicación que tuvo lugar durante los meses de enero y febrero. Sus autores Shegog R., Bartholomew L., y otros, tuvieron como objetivo evaluar, descubrir, pensar y hacer una teoría basada en la aplicación de tecnología educativa por CD-ROM para la educación del automanejo en niños con asma. Fue diseñado un experimento de intervención al azar

pre-test post-test para valorar la motivación y convocatoria al programa, así como evaluar su impacto para lograr un cambio en el conocimiento, auto-eficacia y características de los niños con asma. Fueron reclutados para la evaluación 76 niños, de 9 a 13 años de edad, pertenecientes a clínicas urbanas, comunitarias y escuelas. Los resultados arrojaron que el conocimiento aumentó significativamente en ambos grupos. Los niños que participaron del programa obtuvieron una calificación significativamente alta en las preguntas acerca de la autorregulación, estrategias de prevención y estrategias de tratamiento. Estos niños también demostraron mejor autoeficacia y mejor eficacia al construir la clasificación de conductas de automanejo del asma respecto de aquellos niños que no participaron del programa. Se llegó a la conclusión que el programa educativo de asistencia por computadora es un programa intrínsecamente de educación motivacional que tiene la habilidad de determinar efectos en la conducta de automanejo de niños de 9 a 13 años que padecen asma.⁹

En segundo lugar cabe mencionar un estudio, publicado por los autores Young N.L., Foster A.M. y Parkin P.C, desarrollado con el fin de explorar los efectos de un programa de educación escolar (SBAEP) en la calidad de vida de los niños con asma. Fueron convocados a participar de este estudio piloto niños de 1° a 5° grado de las escuelas seleccionadas. Los sujetos de una escuela recibieron el SBAEP, los niños de la otra escuela recibieron solo material educacional escrito sobre asma. Los niños debieron completar un cuestionario sobre calidad de vida en asma (P.A.Q.L.Q.) antes y un mes después de la intervención educacional. Los resultados mostraron importantes progresos clínicos en aquellos niños que recibieron el SBAEP, especialmente en lo referente a los síntomas, llegando a la conclusión que este programa aparece con una tendencia favorable en la calidad de vida de niños con esta patología.¹⁰

En tercer lugar haremos mención de un estudio publicado en el mes de mayo, por los autores Liu C. y Feekery C, quienes, considerando al asma como una enfermedad crónica, costosa y con un gran impacto en el niño, su familia y en el sistema de atención en salud, se propusieron investigar como la educación formal del asma puede reducir la severidad de la enfermedad así como la morbilidad. Además interrogaron acerca de cómo el método de educación es un factor importante en el proceso. Los sujetos que conformaron el grupo de estudio fueron reclutados del departamento de emergencia del *Royal Children's Hospital* (Melbourne), mientras que los niños que conformaron el grupo control fueron reclutados del *Western*

Hospital (Sunshine). Los padres de los sujetos de estudio fueron elegidos al azar para recibir educación cara a cara, educación grupal o un video básico de educación en su hogar. El grupo control recibió tratamiento médico similar pero no recibió educación formal sobre asma. Los sujetos y padres del grupo control fueron interrogados a través de cuestionarios antes de la intervención y posteriormente al mes, 6 y 12 meses. Estos cuestionarios midieron características demográficas, nivel de conocimiento de los padres sobre asma, ansiedad, severidad del asma del niño y morbilidad. Los resultados mostraron que cualquier método de educación aumenta el conocimiento de los padres, disminuye la ansiedad y morbilidad en el asma pediátrico. A pesar de esto la severidad del asma fue reducida solo cuando el conocimiento fue impartido en forma interactiva, cara a cara. Estos descubrimientos tuvieron importantes implicancias en el diseño de futuros programas de educación sobre asma.¹¹

Guendelman S., Meade K., y otros, examinaron los programas educacionales por computadora diseñados para acrecentar las habilidades de automanejo y reducir los resultados adversos del asma. El estudio publicado en febrero del año en curso (2.002), tuvo como objetivo, medir la efectividad de un dispositivo interactivo programado para el manejo del asma pediátrico considerando esta patología como una importante causa de morbilidad, ausencia escolar y concurrencia a los servicios de atención de la salud. El muestreo se realizó al azar con niños comprendidos entre los 8 y 16 años de edad, con diagnóstico de asma. 66 sujetos formaron el grupo experimental y 68 el grupo control. Las intervenciones se llevaron a cabo tanto en el hogar como con pacientes de clínica u hospital. El programa de educación (Health Buddy) fue diseñado para facilitar que los niños puedan medir y monitorear sus síntomas y calidad de vida así como transmitir esa información a todos aquellos encargados de cuidar su salud a través de un sitio Web seguro o garantizado (WEB SITE). Los sujetos del grupo control utilizaron un diario del asma. Los resultados arrojaron algunas limitaciones en actividades en primer lugar. En segundo lugar ausencia escolar, percepción de los síntomas del asma, lectura del medidor pico flujo en zonas amarilla y roja y la concurrencia a los servicios de atención de la salud. Durante los 90 días que duró el experimento o estudio la limitación en actividades fue significativamente baja en aquellos niños que participaron del Health Buddy. El grupo experimental también fue significativamente menor para reportar las mediciones del medidor pico flujo en zonas amarilla y roja así como también en llamadas de urgencia al hospital. Las conductas de auto-cuidado, que se encuentran íntimamente

correlacionadas con los resultados del asma, también mejoraron en alto grado en este grupo. Se llegó a la conclusión que comparado con el diario del asma, el monitoreo de síntomas y el estado funcional, con el Health Buddy, aumentaron las habilidades de automanejo y mejoraron los resultados del asma.¹²

Todo lo hasta aquí mencionado responde a investigaciones y abordajes llevados a cabo desde otras disciplinas, no hay mención alguna respecto a Terapistas Ocupacionales que participen de dichos proyectos.

En nuestro país, en el año 1999, las autoras Bocchieri, P. I. y Cerda, M. llevaron a cabo su Tesis de Grado titulada *Terapia Ocupacional en el Asma Bronquial Infantil*. Realizaron una investigación de tipo no experimental, con un tipo de estudio exploratorio descriptivo para describir, observar y documentar como es el automanejo del Asma Bronquial en el niño de 6 a 10 años que concurre a consultorio externo del Servicio de Neumunología del Hospital Materno infantil de la ciudad de Mar del Plata. Plantearon como uno de sus objetivos el considerar la importancia de Terapia Ocupacional dentro de un equipo interdisciplinario de atención del niño asmático y su familia. A fin de recolectar los datos, las tesistas utilizaron dos encuestas, una dirigida a los padres y otra dirigida a los niños. Ambas incluyen preguntas abiertas y cerradas. Las conclusiones a las que arribaron fueron que existen indicadores de automanejo inadecuados de asma bronquial, considerando noción de enfermedad, conocimiento que poseen sobre la patología, habilidades para reconocer y evitar factores desencadenantes, conocimiento del medidor pico flujo, medicación, cumplimiento de pautas de tratamiento, participación de actividades escolares y extraescolares, entre otros; como así también, detectaron la presencia de factores familiares que interfieren en el desarrollo de habilidades de automanejo de la enfermedad. Tales conclusiones conducen a las autoras a recomendar un plan preventivo terapéutico, el cual se ajuste a las características que presente la población definitiva a la cual sea destinado, considerando fundamental que estos niños y su familia sean partícipes activos en un proceso educativo, para desarrollar comportamientos y estilos de vida saludables. Señalan, para finalizar, la importancia de futuras investigaciones en la temática en un área que no se encuentra explorada aún.¹³

El interés en la búsqueda de información para la realización del estado actual del tema que nos concierne nos llevó a comunicarnos con las Asociaciones de Terapia Ocupacional de nuestro país, quienes respondieron que no registran antecedentes de

ningún tipo respecto a Terapistas Ocupacionales que se encuentren trabajando en el abordaje y/o la realización de talleres de educación para la salud para pacientes asmáticos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DEL ESTADO ACTUAL:

- ¹ Cfr. BRAS J., DE LA FLOR J.E, MASDIVAL, *Pediatría de atención primaria*, Ed. Springer-Verlag Ibérica, Barcelona, 1997. Pág. 459
- ² www.nhlbi.nih.gov/health/publi/lung
www.rpinternet.com.ar/1998/04
www.infodoctor.org/respirar/biblioteca
www.hasma.org/pge17.htm
www.strokecenter.org/pat/español.htm
- ³ Cfr. EDITORIAL, *Fundaler y la salud*, Editor Tec-Plan, Volumen 3, N^o1 , 1997. Pág. 3.
- ⁴ MEURER.-JR; MCKENZIE-Sq; , MISCHLER-E; SUBICHIN-S; MALLORY-M.I; SEROWE-Y; The awesome fljflp'ni School Davs Program. educating sflilfirsã~inspiring a community, *J-Sch-Health*. Feb, 69(2)i 63-S, 1999.
- ⁵ PEREZ-HG; FELDMAN L, CABALLERO F; Effects of a self-management educational program for the control of childhood asthma, *Patient-Educ-Couns*, Janr 36(1), 1999.
- ⁶ BINGOL-KARACOK-G; YILMAZ-M; SUR-S; UFUK-ALTINTAS-D; SARPEL-T;GUNETER-KENDIRILI-S; The effects of daily pulmonary rehabilitation program at home on childhood asthma, *Allergol-Immunopathol-Madr*, Jan-Feb; 26(1), 2000.
- ⁷ RICH-M; LAMOLA-S; EL AMORY C.I; SCHNEIDER L; Asthma in life context. Video Intervention/Prevention Assessment (VIA), *Pediatrics*, Mar, 105(3 Pt 1), . 2000.
- ⁸ RODRÍGUEZ FERNANDEZ- OLIVA CR, SANZ ALVAREZ A, Resultados de un estudio cualitativo sobre el manejo familiar del asma infantil. Recomendaciones prácticas para el seguimiento en consulta, *ARTÍCULOS ORIGINALES Canarias Pediatría*, Vol.24 - n^o 1 - Enero-Abril, 2000.

⁹ SHEGOG R., BARTHOLOMEW L.K; PARCEL G.S; SOCKRIDER M.M; MASSE L; ABRAMSOM S.L; Impact of a computer-assisted education program on factors related to asthma self-management behaviors, *J-Am-Med-Inform-Assos*, Jan-Feb, 8 (1), 2001.

¹⁰ YOUNG N..L., FOSTER A.M; PARKIN P.C; Assessing the efficacy of a school-based asthma education program for children: a pilot study, *Can-J-Public-Health*, Jan-Feb, 92 (1), 2001.

¹¹ LIU C., FEEKERY C., Can Asthma education improve clinical outcomes? An evaluation of a pediatric asthma education program, *J-Asthma*, May, 38 (3); 2001.

¹² GUENDELMAN S., MEADE K; BENSON M; CHEN Y Q; SAMUELS S; Improving asthma outcomes and self-management behaviors of inner-city children: a randomized trial of the Health Buddy interactive device and an asthma diary, *Arch Pediatr Adolesc Med*, Feb, 156 (2), 2002.

¹³ BOCCHIERI P.I., CERDA M., *Terapia Ocupacional en el asma bronquial infantil*, Tesis de Grado, Universidad Nacional de Mar del Plata, 1995.

- **TEMA:** TALLERES DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN ASMA BRONQUIAL PEDIÁTRICO. UN ENFOQUE DESDE TERAPIA OCUPACIONAL.

PROBLEMA: EN QUÉ MEDIDA UN TALLER DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD CONTRIBUYE A DESARROLLAR LAS HABILIDADES DE AUTOMANEJO DEL ASMA BRONQUIAL EN NIÑOS DE 8 A 11 AÑOS DE EDAD QUE CONCURREN AL INSTITUTO “CER” (CENTRO RESPIRATORIO) DE LA CIUDAD DE MAR DEL PLATA EN MAYO-JUNIO DE 2.002?

OBJETIVO GENERAL: IDENTIFICAR EL APORTE DE UN TALLER DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN EL DESARROLLO DE LAS HABILIDADES DE AUTOMANEJO DEL ASMA BRONQUIAL EN NIÑOS DE 8 A 11 AÑOS DE EDAD QUE CONCURREN AL INSTITUTO “CER” (CENTRO RESPIRATORIO) DE LA CIUDAD DE MAR DEL PLATA EN MAYO-JUNIO DE 2.002.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Caracterizar a la muestra según edad, sexo, escolaridad y diagnóstico.
2. Describir las habilidades de automanejo del asma bronquial en niños de 8 a 11 años valoradas antes de la implementación de un taller de educación para la salud.
3. Describir las habilidades de automanejo del asma bronquial en niños de 8 a 11 años valoradas después de la implementación de un taller de educación para la salud.
4. Describir el vínculo de los niños con sus pares y coordinadores y el tipo de participación durante el desarrollo del primer y segundo encuentro del taller.

Nota: El objetivo específico, formulado en el Plan de Tesis, de comparar los resultados de las habilidades de automanejo valoradas en el niño con asma, según intervalo de edad, fue suprimido debido a que la muestra quedó conformada por niños de 8 a 11 años. (Ver justificación en población y muestra. Pág. 53-54)

Se planteó un nuevo objetivo con el fin de describir el vínculo y la participación de los niños durante el desarrollo de los encuentros del taller. Para este fin se elaboró una ficha de observación. (Ver Técnicas de recolección de datos Pág. 55)

**ASPECTOS
FUNDAMENTALES
DEL MARCO TEÓRICO**

CAPÍTULO 1

EDUCACIÓN PARA LA SALUD. SU IMPORTANCIA EN EL

ASMA BRONQUIAL PEDIÁTRICO

La estrategia de la (A.P.S.) Atención Primaria de la Salud aspira a que los individuos puedan conocer, participar y tomar decisiones sobre su propia salud, adquiriendo, de esa manera, responsabilidades sobre ella. La educación para la salud es justamente la que propicia la apertura de espacios de discusión y reflexión que permiten que la comunidad tome conciencia de su situación, implicando responsablemente al individuo en la toma de decisiones en defensa y promoción de la salud. Puede ser entendida como un proceso, continuo y planificado, que tiende a lograr que los integrantes de la población tengan actitudes positivas hacia la salud, se apropien de nuevas ideas y conocimientos prácticos que le permitan manipular su medio para conseguirla, ofreciendo soluciones factibles a problemas específicos, buscando hábitos saludables, potenciando los recursos personales y de la comunidad.

La educación para la salud procura elevar el nivel de vida de las comunidades a través de la modificación de conductas individuales, facilitando el desarrollo de todas aquellas potencialidades que transforman al sujeto y su entorno en dueños de su propio destino, en constructores de alternativas y soluciones.

Considerando las dos áreas de intervención comunitaria, es decir, promoción y prevención, la educación para la salud puede ser considerada su instrumento fundamental. Ambas estrategias, promoción y prevención, poseen algunas características que las diferencian. Es importante mencionar que la promoción tiende a producir un cambio en las formas y condiciones de vida con el fin de promover la salud y bienestar social. Puede ser entendida como una estrategia mediadora entre el individuo y su ambiente, sintetizando la elección personal y la responsabilidad social, aspirando a crear un futuro mejor. Implica la población en su conjunto, dentro de su vida cotidiana, en vez de enfocarse solo a las personas en riesgo. La prevención, en cambio, tiene como referencia básica o mira la enfermedad o el problema social. Estudia las causas del problema y actúa sobre ellas o sobre los factores de riesgo para impedir que aparezca (prevención primaria), o si ya ha aparecido actúa para retardarlo y evitar que se desarrolle o bien para evitar recidivas (prevención secundaria); por

último, si se actúa para evitar la cronificación del problema y posibles secuelas que puede originar nos encontramos dentro de la llamada prevención terciaria.

El asma bronquial puede ser definido como una enfermedad inflamatoria crónica de las vías aéreas que lleva a una respuesta exagerada de las mismas ante diferentes estímulos o factores desencadenantes produciendo síntomas asociados a la obstrucción difusa y variable del flujo aéreo, parcial o totalmente reversible en forma espontánea o con broncodilatadores. Teniendo en cuenta que es la enfermedad crónica más frecuente de la infancia, que sus manifestaciones clínicas son alarmantes constituyendo una de las causas de consulta más comunes en los servicios de urgencia y hospitalizaciones y considerando los conceptos antes desarrollados, creemos que es fundamental aplicar una estrategia de prevención a través de la implementación de un taller de educación para la salud .

El N.A.E.P. (Programa Nacional de Educación en Asma del National Heart-Lung Institute de EE.UU.) señala que la educación es el pilar básico en el manejo del asma.

Bras y otros en el libro *Pediatría de Atención Primaria* señalan que "...es difícil hablar de prevención en una enfermedad en la que interactúan múltiples factores y para la que no poseemos ningún método (...) válido para su diagnóstico en la fase presintomática..."¹ y resaltan como medidas de prevención secundaria para evitar recidivas el diagnóstico correcto de los casos de asma, las normas higiénicas, alimentarias y ambientales, medidas de prevención del alérgeno, vacunación antigripal, medicación precoz en la crisis y abordaje psicológico de la enfermedad.

La educación en asma está dirigida a lograr conductas funcionales y activas que controlen la enfermedad crónica permitiéndole al niño y su familia intervención efectiva y temprana ante la aparición de síntomas agudos, reduciendo la frecuencia y severidad de las crisis con la consecuente disminución de hospitalizaciones y visitas a salas de emergencia, desarrollar y aumentar la capacidad del niño y su familia para manejar el asma en el hogar, aplicar las habilidades adquiridas como por ejemplo las medidas de control ambiental, reducir el ausentismo escolar, restablecer las actividades de ocio y fomentar la práctica deportiva con un fin u objetivo primordial que es la calidad de vida del niño y su familia, abarcando los aspectos físicos,

¹ Cfr. BRAS J., DE LA FLOR J.E, MASDIVAL R.M , *Pediatría de atención primaria*, Ed. Springer-Verlag Ibérica, Barcelona, 1997, Pág. 151.

psicológicos y sociales que son influidos por las creencias, experiencias, percepciones y expectativas personales de salud.

Se aspira a que el niño adquiera habilidades de automanejo que le permitirían conducirse de manera independiente a lo largo de todo el proceso de la enfermedad, brindando información y promoviendo conductas adecuadas que contribuyan a desarrollar una vida saludable.

En los últimos años, a nivel mundial, se ha registrado un aumento de la cantidad de asmáticos así como de mortalidad por dicha enfermedad y la educación es la herramienta que posibilitaría revertir la situación, considerando que el paciente debe conocer todo lo relacionado con su patología para tomar, de esta manera, parte activa en su tratamiento, asumiendo responsabilidad de su autocuidado cotidiano, colaborando con los profesionales de la salud y permitiendo su reinserción plena en la sociedad.

El proceso de enseñanza- aprendizaje está en parte ligado a la capacidad de tutela del adulto, a su compromiso y responsabilidad hacia el niño, al esfuerzo realizado para garantizar ambientes sociales y educativos favorables y por otra parte, como proceso propuesto al sujeto en edad evolutiva, intenta hacer concientes y reforzar los comportamientos hacia la salud, la toma de decisiones y los resultados positivos y negativos que de estas puedan derivarse.

BIBLIOGRAFÍA DEL CAPÍTULO 1:

- Asociación de Médicos Residentes del Hospital de niños Ricardo Gutiérrez y Comisión Argentina de Residentes del Equipo de Salud, Primeras jornadas de Prevención Primaria de la Salud, Fundación Banco de la Provincia de Bs. As., 20 al 25 de abril de 1987.
- ▪ BOCCHIERI P.I., CERDA M., *Terapia Ocupacional en el asma bronquial infantil*, Tesis de Grado, Universidad Nacional de Mar del Plata, 1995.
- ▪ BRAS J., DE LA FLOR J.E, MASDIVAL R.M , *Pediatría de atención primaria*, Ed. Springer-Verlag Ibérica, Barcelona, 1997.
- ▪ EDITORIAL, *Fundaler y la salud*, Editor Tec-Plan, Volumen 3, N°1 , Abril, 1.997.
- FERRER H A y otros, *Educación para la salud: propuestas para su integración en la escuela*, Aragón, 1992.
- GONZALEZ A. M., CHACON FUERTES, y otros; *Psicología Comunitaria*; Editorial Visor Distribuciones; Madrid; 1988.
- KROEGER A., Luna, R., *Atención Primaria de la Salud, principios y métodos*, 2ª Edición, Ed. Pax México, 1992.
- ▪ REYES, ARISTIZABALI, LEAL, *Neumunología pediátrica. Infecciones. Alergia y otras enfermedades respiratorias en el niño*, 3ª Edición, Capítulo 70, Editorial Médica Panamericana, Bs. As, 1998.

CAPÍTULO 2

AUTOMANEJO DEL ASMA INFANTIL Y SU REPERCUSIÓN EN LA VIDA DIARIA DEL NIÑO

Al reflexionar sobre el Automanejo del asma bronquial infantil y sus implicancias en la vida diaria, nos remitimos necesariamente a la educación en el manejo de la enfermedad por parte del niño y su familia.

Tomamos este concepto como parte de las estrategias a utilizar en el tratamiento de la enfermedad.

Consideramos que la meta en el tratamiento del paciente asmático debe ser la de lograr un grado de control de su enfermedad, que le permita disfrutar de un estilo de vida lo más saludable posible. Esto significa que el paciente pueda asistir a todas las actividades de su diario vivir, en un normal crecimiento y desarrollo.

El asma y en especial las crisis asmáticas son una importante causa de morbi-mortalidad infantil. Entre los factores que intervienen en esta causa encontramos:

- ❖ Subvaloración por parte de la familia y el médico de la severidad de la crisis
- ❖ Dificultad para realizar consultas tempranas a los servicios de urgencia por desconocimiento acerca de conductas apropiadas ante la presencia de crisis asmáticas.
- ❖ Pobre o inadecuado cumplimiento sobre los esquemas terapéuticos prescritos.

Howell JH. y otros¹, señalan que parte de la razón por la que médicos y familiares acepten mucho más morbilidad de la necesaria, es porque muchos de ellos han interpretado el asma como una enfermedad *episódica* y *no crónica*. Este posicionamiento frente a la patología supone un tratamiento que apunte al control de los síntomas y no a la prevención de los mismos; por ejemplo, se focaliza el uso de medicamentos broncodilatadores, ignorando aspectos preventivos.

¹ REYES. ARISTIZABAL. LEAL. *Neumonología Pediátrica. Infecciones, Alergia y Enfermedades Respiratorias en el niño*. 3ª Edición. "Capítulo 70". Editorial Médica Panamericana. Bs. As. 1998; Pág 681.

“En general el personal de salud está preparado para atender las crisis o exacerbaciones de una enfermedad, pero no la enfermedad en sí”²

De este cuadro de situación se desprenden diversas problemáticas que aparecen en la vida del niño, en su entorno familiar y social. Puesto que el desconocimiento acerca de las medidas preventivas, no permite visualizar señales de peligro (factores desencadenantes), constancia y regularidad en el tratamiento, controles, conductas adecuadas ante la crisis y demora ante la búsqueda de atención apropiada.

Dentro de las repercusiones que ocasiona el asma mal controlado, en el niño, encontramos que a nivel intrapersonal el asma produce un impacto negativo en su autoimagen. En muchas ocasiones los niños son tratados en forma diferente a los demás, suelen ser sometidos a dietas estrictas e innecesarias que le impiden sentirse como un niño normal, por falta de información y consecuentemente inseguridad de sus padres. Los infantes, muchas veces, son agredidos involuntariamente con tratamientos molestos, dolorosos, desagradables o hasta peligrosos en una búsqueda interminable de la “cura” de la enfermedad. En efecto, el control inadecuado los somete a sufrir crisis frecuentes con múltiples hospitalizaciones y tratamientos en servicios de urgencia. A su vez, paralelamente a estas vivencias negativas, suele originarse ansiedad tanto en el niño como en la familia.

El niño asmático, sobre todo aquel con asma grave, puede presentar cuadros depresivos, hipersensibilidad, negativismo, inhibición, falta de confianza en sí mismo, intolerancia a la frustración y sentimientos de inferioridad. Son también comunes psicopatologías asociadas como enuresis nocturna, cefaleas, trastornos digestivos, miedos nocturnos, somniloquia y pesadillas.

El asma interfiere en la socialización, pues muchas veces lo obliga al niño a cancelar actividades de tipo deportivas y recreativas. Los problemas escolares son comunes debido al ausentismo escolar.

No menos importantes son las repercusiones del asma en el entorno familiar. La familia debe reacomodar su ritmo habitual, ya que se presentan desórdenes en las horas de sueño y laborales. Los padres comienzan a tener menor disponibilidad para atender a los otros miembros de la familia, como también cancelar compromisos

² Cfr. REYES. ARISTIZABAL. LEAL. *Neumonología Pediátrica. Infecciones, Alergia y Enfermedades Respiratorias en el niño*. 3ª Edición. “Capítulo 70”. Editorial Médica Panamericana. Bs. As. 1998; Pág 682

sociales y de trabajo. El entorno familiar debe, a su vez, sobrellevar los sufrimientos por temores frente a la fantasía de la pérdida del infante.

Hasta ahora hemos profundizado acerca de la repercusión de la patología en la vida del niño, sin la adquisición de un tratamiento preventivo. En otras palabras, desarrollamos las situaciones negativas y potencialmente evitables, que emergen ante un tratamiento unilateral, por lo tanto cabe destacar que la multicausalidad de una enfermedad crónica como el asma requiere la participación activa del equipo interdisciplinario.

El desafío para el futuro debe ser prevenir el asma. En varios países se han desarrollado numerosos programas educativos para el automanejo del asma infantil, tales son los encargados de enseñar y promover la adopción de las medidas preventivas.

El Dr. Ricardo Montiel³, en su publicación sobre asma y adolescencia, presenta los principios en el manejo del asma.

1. Educación del paciente y su familia.
2. Control del medio ambiente.
3. Diagnóstico precoz y preciso de la crisis.
4. Evaluación objetiva de la severidad de la crisis.
5. Uso óptimo de medicamentos.

En la educación del paciente y familia, se incluye lo que algunos autores han denominado "automanejo". Este concepto lo definen como todas aquellas actividades realizadas por el paciente, familia o comunidad con el fin de alcanzar, mantener y promover el máximo potencial de salud, y en el caso específico de asma, lograr los objetivos de cada paciente con respecto a su patología respiratoria. Otros autores prefieren el término "manejo cooperativo", ya que incluye el papel del médico y otros trabajadores de salud, en cooperación con el paciente y su familia en el manejo del problema asmático.

³ Cfr .Dr Montiel google. <http://www.harrcourt-international.com/journals/rmed/previous.cfm?art=rmed.2000.0888>

Para lograr un automanejo de asma exitoso, es substancial apelar a la enseñanza y a la adquisición de habilidades específicas con respecto al manejo del asma. Esto se consigue a través de la implementación de programas educativos que permiten poner en práctica las destrezas necesarias para el automanejo, y finalmente la evaluación de los resultados por los profesionales de la salud.

El concepto de automanejo esta constituido por diversos indicadores. Cada uno de ellos guarda aspectos esenciales que el infante debe adquirir, para alcanzar las medidas preventivas que le permitan manejar sin problemas su asma bronquial.

Indicadores de automanejo preventivo

Noción de enfermedad

El niño debe conocer su condición de asmático y las características de la patología, entender la anatomía, fisiología normal y patológica del aparato respiratorio, identificar los síntomas que anuncian el inicio de una crisis. Este es el primer paso para que cada niño pueda intervenir activamente sobre su enfermedad.

Es importante que el paciente comprenda que el asma bronquial es una enfermedad de carácter crónico, por lo tanto cuanto mayor sea el conocimiento que posea, mejor resolverá las situaciones de riesgo, ejerciendo conductas preventivas.

Factores Desencadenantes

El trabajo con este indicador, en un taller de educación para asmáticos, es clave para que el niño logre conductas preventivas. El paciente debe identificar, en primera instancia, los factores que despiertan en él síntomas de asma, provocando posteriormente posibles episodios de crisis.

Debido a que no todos los F.D que generalmente se mencionan, perjudican a todos los asmáticos por igual, es primordial que el niño asmático comprenda que el F.D que puede afectarlo no necesariamente actúa de la misma forma con el otro niño y viceversa. Si el niño identifica las circunstancias externas que afectan su salud, puede evitarlas y paralelamente liberarse de prohibiciones inadecuadas a las cuales fue sometido por desinformación. A su vez, este manejo del mundo externo, promueve su autoestima y seguridad en sí mismo.

Contemplamos en este punto que existen factores desencadenantes evitables y otros inevitables. Mediante su clasificación se le recomendará al niño qué medidas tomar frente a cada situación (evitación o protección).

Medicación

El tratamiento farmacológico se clasifica en: uso de medicación antiinflamatoria (corticoesteroides, cromoglicato de sodio y otros agentes antiinflamatorios) y broncodilatadores.

El tratamiento, a su vez, puede ser durante la crisis (agudo) o tratamiento ambulatorio (crónico). Es conveniente favorecer la comunicación con el niño en la consulta y estimular la formulación de preguntas y dudas, por parte de el / ella. En suma, potenciar el intercambio de información con el niño además de con su madre / padre para desarrollar el óptimo uso de la medicación, puesto que existen diferentes medicamentos que deben ser usados en distintas situaciones según el estado de enfermedad.

Es necesario que el niño conozca cuál es el objetivo de su uso, dosis, qué otros medicamentos están contraindicados y qué efectos indeseables pueden producir.

El **medidor pico flujo (M.P.F)**, es un equipo pequeño y sencillo que el paciente lleva consigo. Dicho equipo mide el grado de obstrucción bronquial, advirtiéndole al paciente sobre el estado de sus bronquios. Este control permite determinar el curso de las acciones que el paciente debe seguir para mantener un estado óptimo, ya sea continuando con el tratamiento habitual, modificando su medicación (según la prescripción médica) o poniéndose en contacto con el médico.

El registro de las mediciones diarias es de gran utilidad, porque esta información permite precisar mejor los agentes sospechosos, como alérgenos, irritantes, ejercicios, etc. que pueden producir espasmo bronquial y en qué medida lo hacen.

El M.P.F es imprescindible en el control de asmáticos graves.

Pautas de tratamiento

Este indicador abarca técnicas de relajación y respiración profunda. Es preciso que estas técnicas sean incorporadas por el niño en su vida diaria, puesto que el paciente asmático tiende a usar demasiado la parte superior del tórax para la

respiración. Sabemos que una respiración óptima esta dada por la actividad del diafragma.

La práctica diaria de ejercicios respiratorios diafragmáticos, contribuye al fortalecimiento de este músculo y permite que la respiración correcta se ejecute, a lo largo del tiempo, en forma automática.

También es importante, dentro de las pautas de tratamiento, que el niño disponga de un plan de indicaciones por escrito de acciones a seguir de acuerdo a la gravedad de la crisis.

Actividades escolares

Como señalamos anteriormente, el asma por su carácter crónico, siempre está latente. De modo que esta patología debe abordarse en todas las áreas frecuentadas por el niño diariamente. La escolaridad es una de ellas. La familia del niño debe informar en la escuela su condición de asmático para que dentro del aula, recreo, etc. el niño y el maestro puedan obrar juntos evitando factores de riesgo. El escolar asmático requiere una estrecha cooperación entre los padres, los médicos y los docentes. Es necesario que los maestros dispongan de información, para identificar situaciones riesgosas, detectar a tiempo la aparición de una crisis y qué medidas tomar, como así también para colaborar con el seguimiento del tratamiento de fondo.

Actividades extraescolares

Es necesario promover en el niño la práctica de **actividades extraescolares**. Por su patología, muchas veces, el niño recibe excesiva protección por parte de padres, generando en su hijo hábitos sedentarios que inciden en su socialización, autoestima y confianza en sí mismo, obstruyendo el desarrollo de su independencia.

La premisa es clara, el asmático puede y debe realizar las actividades que desee siempre y cuando tome los recaudos necesarios para hacerlas. Por ejemplo, la actividad física es muy positiva, incluso de alto rendimiento, con un control médico adecuado.

Indicadores de automanejo en la crisis asmática

Síntomas previos a la crisis

Es importante enseñar al niño los **síntomas previos a la crisis**, ya que un ataque de asma puede comenzar en forma brusca, en cualquier momento y lugar, por eso, el niño, debe distinguir las señales previas a la crisis.

Ejercicios de relajación y respiración

Durante la situación de crisis, el paciente puede realizar ejercicios de relajación y respiración específicos. Existen posturas, y prácticas respiratorias especiales para estos casos.

Medicación

Existen dos grandes grupos de antiasmáticos, los broncodilatadores, y los medicamentos que previenen la crisis. Los primeros sirven tanto para prevenir como para tratar la crisis del broncoespasmo. Los segundos, también llamados antiinflamatorios, sirven como mantenimiento y se emplean fuera de la crisis.

Con respecto a la medicación, el niño debe conocer cuál es la que se debe administrar y con qué **recurso material** (inhalador, nebulizador, pastillas, etc).

Solicitud de ayuda

Es fundamental que el niño reconozca los síntomas previos a una crisis, que sepa con claridad que debe pedir ayuda y a quien puede solicitarla. Por eso una herramienta de utilidad es que cuente con una planilla donde figuren registrados los lugares que habitualmente frecuenta, los nombres y teléfonos de los adultos a los que puede solicitar ayuda.

“El objetivo del automanejo no es el de reemplazar el sistema de tratamiento tradicional médico / paciente, sino más bien expandirlo e incluir la participación activa del paciente y su familia”.⁴

⁴ Cfr .Dr Montiel google. <http://www.harccourt-international.com/journals/rmed/previous.cfm?art=rmed.2000.0888>

DEFINICIÓN DE LA VARIABLE AUTOMANEJO DEL ASMA BRONQUIAL

Definición científica

Habilidad que desarrolla el niño para conducirse correctamente a lo largo de todo el proceso de la enfermedad, de manera independiente. Tanto en forma preventiva, siendo estas conductas funcionales y activas, que le permiten el control diario de la enfermedad crónica, una intervención temprana y efectiva ante la aparición de signos síntomas y el desarrollo de una vida saludable; como frente a las crisis asmáticas, que implica resolver situaciones de emergencia y/o peligro para la salud y la vida del niño.⁵

Definición operacional

El automanejo del Asma Bronquial en el niño incluye dos aspectos fundamentales, de acuerdo a su edad cronológica, uno es el “Automanejo Preventivo”, donde se toman en cuenta las habilidades para reconocer y evitar factores desencadenantes, utilizar el medidor pico flujo, realización de registro diario de sus valores, la valorización de sus mediciones y las tareas de mantenimiento; reconocimiento de los tipos de medicación, la utilización según prescripción médica en cuanto a horarios, dosis, frecuencia, si realiza registro diario por escrito y si realiza la toma en la postura correcta; el cumplimiento de las pautas de tratamiento tales como: práctica diaria de técnicas de relajación y respiración profunda, disposición por escrito de un plan de acción, disposición en forma permanente y accesible del equipo y medicación para la crisis y concurrencia periódica a control; participación en actividades escolares y extraescolares, en un ambiente favorable a su condición. El otro aspecto es el “Automanejo de las crisis asmáticas”, en el cual se incluyen las habilidades para reconocer y evaluar la severidad de los síntomas previos a la crisis, la aplicación de técnicas de relajación y respiración profunda, utilización de la medicación según prescripción médica en cuanto a horarios, dosis, frecuencia, si realiza la toma en la postura correcta y si realiza registro por escrito; utilización de recursos humanos y materiales, ya sea, el conocimiento respecto a la solicitud de ayuda, como el conocimiento y la utilización del equipo necesario para las crisis.

⁵ Cfr. BOCCHIERI P.I., CERDA M., *Terapia Ocupacional en el asma bronquial infantil*, Tesis de Grado, Universidad Nacional de Mar del Plata, 1995. Pág. 57

Dichas habilidades van a estar acordes a su edad cronológica, aceptándose como automanejo adecuado que el grupo de 6 a 7 años requiera supervisión del adulto, en algunas actividades, diferente al grupo de 8 a 11 que ya no la requieren, pudiéndose conducir en forma independiente.⁶

⁶ Ibid, Pág 57

BIBLIOGRAFÍA DEL CAPÍTULO 2:

- BOCCHIERI P.I., CERDA M., *Terapia Ocupacional en el asma bronquial infantil*, Tesis de Grado, Universidad Nacional de Mar del Plata, 1995. Pág. 57
- BRAZIL K. ; MC LEAN y otros; The influence of health education on family management of childhood Asthma ; *Patient Education and Counseling*; Vol 30. N°2; Pág. 107-18; EE.UU. 1997.
- BROWN J: y otros. Asthma management by preschool children and their families: A. Developmental Framework; *Journal of Asthma*; Vol 33.; N° 5; Pág. 299-311; Atlanta; USA; 1996.
- GINA: US Department of Health and Human Services. Public Health Service. National Institutes of Health. National Health, Lung, and Blood Institute. “ Pocket Guide for Asthma Management and Prevention. Global Initiative for Asthma”. EE.UU.; Dic 1995.
- MAZZEI J.; JOLLY E. *Viviendo como asmático*. Ed. Celsius. Bs.As. 1990.
- Dr. MONTIEL R. (google.) <http://www.harcrcourt-international.com/journals/rmed/previous.cfm?art=rmed.2000.0888>
- www.contusalud.com/website/folder/sepa_enfermedades_asma.htm - 84k (google.)
<http://www.respirar.org/>(google.)
<http://www.respirar.org/familia/tabaco/tabaco.htm>(google.)
http://www.asma_bronquial.freesevers.com/ (google.)
<http://www.asmainfantil.com/ninos.htm> (google.)
www.hasma.org/pge17.htm/
www.strokecenter.org/pat/español.htm
- PARTRIDGE M.R; *Asthma: lessons from patient education*; Patient Education and Counseling; Vol. 26 (1-3); Septiembre 1995.

- REYES, ARISTIZABAL, LEAL; *Neumonología Pediátrica. Infecciones Alergias y enfermedades respiratorias en el niño*. 3ª Edición. “Capitulo 70”. Editorial Médica Panamericana; Bs. As.; 1998.

CAPÍTULO 3

TALLER DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD. ESTRATEGIA DE ABORDAJE EN EL ASMA BRONQUIAL INFANTIL.

En la búsqueda de una estrategia adecuada para abordar el Asma Bronquial Infantil desde la Educación para la Salud, surge en primera instancia la necesidad de definir el término Educación.

La Educación es un proceso natural vinculado con el crecimiento, un proceso de formación global y permanente del ser humano. La Educación contribuye en la síntesis de la identidad y personalidad del sujeto que la recibe.

El aprendizaje debe ser un proceso activo, siendo necesarias metodologías eficaces que integren lo intelectual y lo afectivo, lo individual y lo social.

En el aspecto educativo, el taller adquiere características especiales, por las metas que propone, la metodología participativa utilizada y las nuevas relaciones y roles que establece.

El Taller es un tiempo y un espacio de intercambio. Implica un proceso activo de transformación con una finalidad de capacitación y reflexión, donde se ponen de manifiesto dificultades y posibilidades de resolución. Es una instancia de producción colectiva facilitadora de transformaciones individuales. El sujeto de éste aprendizaje es un sujeto protagonista, que se orienta, con el curso de su desarrollo a una autopercepción reflexiva.

El proceso de conocimiento en el Taller es asumido por el grupo, que debe contar con una coordinación de carácter cooperativo favoreciendo la democracia grupal.

El Taller demanda un coordinador no directivo, que sea observador más que informante, continente más que conductor. Debe ser un facilitador de la comunicación y el aprendizaje, participando con el grupo en la producción de conocimientos. El coordinador no debe capitalizar ni el poder ni la información, alejándose del lugar del “supuesto saber”.

Sus funciones básicas son las siguientes:

- ❖ Promover y proponer actividades que faciliten el vínculo y la tarea, para que a partir del interjuego de los participantes con la actividad, confluyan

pensamiento, sentimiento y acción. De esta manera el Taller puede convertirse en un lugar de producción social de objetos, hechos y conocimientos.

- ❖ Respetar la libertad de expresión, aún la de aquellos que circunstancialmente no se expresan, ya que aún el silencio implica comunicación.
- ❖ Favorecer la exploración, el descubrimiento y la creación de nuevas respuestas.

Objetivos generales de los talleres:

- ❖ Favorecer desarrollo integral y armónico de la personalidad de todos los participantes, a partir de una acción protagónica, creativa y placentera.
- ❖ Contribuir a la utilización de diversos canales de comunicación que posibiliten el acceso a la identidad personal y la conformación de la identidad grupal.
- ❖ Incrementar el ejercicio del espíritu crítico con respecto a las propias acciones, privilegiando la práctica cuestionadora y enfatizando el sentir y el hacer como punto de partida para conocer.
- ❖ Promover y facilitar la reflexión en grupo.

Consideramos que el niño asmático y su familia deben ser partícipes activos de un proceso educativo que les permita manejar adecuadamente la enfermedad y así alcanzar una calidad de vida más íntegra y favorable. Un Automanejo adecuado es parte de un proceso educativo que de ninguna manera implica la toma pasiva de la información, sino que debe posibilitar la puesta en práctica en el momento oportuno de las distintas habilidades.

El Desarrollo de Habilidades de Automanejo del Asma Bronquial en el niño, le permitirá el autocontrol diario de la enfermedad, la disminución de la ansiedad y de las limitaciones en el desempeño de sus actividades diarias, aumentando la confianza en sí mismo y desarrollando de esta manera su autonomía e independencia personal.

Para que todo esto sea posible de alcanzar, es fundamental implementar una metodología participativa que permita integrar la teoría y la práctica, la reflexión con la acción y las vivencias con la experiencia. Y es justamente el Taller, que por sus características, contribuye al incremento de la seguridad personal, tolerancia a la frustración y a la expresión de sentimientos con el fin de lograr un cambio de aptitud general que devenga en un cambio de actitud.

En el Taller, trabajo en equipo, participación, protagonismo, expresión, solidaridad, actitud lúdica y comunicación, son pilares básicos que posibilitan el desarrollo de la creatividad individual y grupal a partir de la búsqueda de soluciones a problemas comunes.

Piaget sostiene que el niño en edad escolar está entrando en la etapa de las operaciones concretas con respecto a su modo de pensar, o sea, su manera de aprender, de formar conceptos, juzgar e inferir, como también a su conciencia de la realidad y del objeto. Por esto es capaz de razonar sistemáticamente acerca de las situaciones familiares y además, de acuerdo a su desarrollo cognitivo, está en condiciones de adquirir las habilidades necesarias para un adecuado automanejo.

Lo principal es que el niño ha llegado a un principio de reflexión, a diferencia de las conductas impulsivas características de la primera infancia, que van acompañadas de incredulidad y de egocentrismo intelectual. El niño de ésta edad piensa antes de actuar.

Adquiere, por lo tanto, la capacidad de nuevas coordinaciones importantes para la inteligencia, el inicio de la lógica y para la afectividad, ya que engendra una moral de cooperación y de autonomía personal.

Taller y dinámica grupal

Entre los seres humanos se dan una serie de asociaciones diferenciales ya que cada persona se encuentra asociada con un número limitado de otras en diferentes grupos menores, como la familia, la escuela, los clubes, etc.

Para encontrar una vinculación entre lo individual y lo social es necesario observarla a través de lo grupal.

La identidad de cada uno se va constituyendo a partir de la red de relaciones sociales que vamos construyendo, y los grupos son el puente que permite el pasaje de

la norma de una sociedad a los sujetos concretos, porque actúan como espacios microsociales, como espacios de experiencia.

Bauleo dice al respecto que “El grupo actúa como organización intermedia ocupando el lugar social posibilitador de la experiencia. Desempeña el rol de organizador social, de espacios de experiencia, que aparecen como un momento práctico para ejecutar y luego elaborar un pensamiento de cambio”.¹

El taller es una propuesta de actividades diversas y organizador frente a lo que ocurre. El sentido de la tarea es la exploración de la dificultad, de la limitación y de la posibilidad de obtener una modificación a partir de un abordaje grupal, ofreciendo un espacio donde compartir, expresarse, comunicarse, reconocerse, ver y rever limitaciones y potencialidades.

Durante el desarrollo de los talleres se emplean técnicas grupales que motivan y facilitan la acción grupal. Estas técnicas pueden ser definidas como el conjunto de instrumentos, medios y procedimientos aplicados en una situación grupal y utilizados para obtener dos aspectos importantes en este tipo de abordaje: *gratificación y productividad*. Deben ser gratificantes y a la vez productivas para permitirnos alcanzar los objetivos y metas propuestas de la manera mas eficiente.

Si un grupo en su accionar no logra gratificación, es decir, sus miembros no obtienen satisfacción personal mediante una buena comunicación, integración, confianza, etc. perderá motivación, interés y se aburrirá con la actividad. Pero si a su vez no logra ser productivo, su funcionamiento se convertirá en una acción sin sentido.

Las técnicas no son operativas en sí mismas, sino que son instrumentos que conociéndolos bien nos deben servir para alcanzar los fines establecidos.

Es importante mencionar las denominadas “técnicas de iniciación y técnicas de producción grupal”. El uso de las de iniciación tiene por objetivo lograr que el grupo comience a conformarse como tal, permitiendo la desinhibición, integración y el conocimiento mutuo de los participantes. Las de producción posibilitan obtener un buen rendimiento grupal proporcionando organización y funcionamiento al grupo.

Dentro de las técnicas de producción antes mencionadas encontramos la dramatización o representación dramática. Ésta, no es un fin en sí misma, sino un

¹ Cfr. BAULEO ARMANDO y otros; *Lo grupal*, Editorial Búsqueda, Buenos Aires, 1983. Pág. 72

medio, que nos posibilita poner al servicio del grupo técnicas de expresión y comunicación para propiciar un mejor conocimiento de sí mismos mejorando a su vez la relación con los demás y el medio.

La dramatización como herramienta de trabajo permite al niño explorar, su cuerpo, su esquema corporal, su motricidad. Simultáneamente la expresión dramática permite recorrer los sentidos (observando, escuchando, tocando, oliendo, gustando) y las emociones (tomando conciencia de sus diferentes sentimientos, de situaciones que los producen y de las reacciones que dan lugar en el cuerpo).

“ El juego no es solo satisfacción del deseo, sino también triunfo y dominio de la realidad mediante la proyección sobre el mundo exterior de los conflictos internos” (M.Klein). Tomando este concepto podemos inferir, que el juego caracterizado en lo dramático ofrece al niño la oportunidad de tomar conciencia de su enfermedad, reconocer y practicar conductas adecuadas de automanejo mejorando su autoestima y adquiriendo seguridad en sí mismo.

La dramatización pone en marcha un proceso educativo. Este proceso motiva al niño en la adquisición y perfeccionamiento de información durante el ensayo de diferentes conductas en una misma situación.

La expresión dramática exige que cada integrante del grupo esté disponible, atento y a su vez proporciona un ámbito práctico de indagación, reflexión y análisis.

Cuando trabajamos con un grupo definido, con una patología instalada y crónica como el asma, la dramatización promueve en el niño su libertad de expresión con el fin de situarlo en un rol activo frente al manejo de su enfermedad.

Por lo expuesto reconocemos a este medio como un instrumento ideal para promover conductas de automanejo en el asma infantil. El niño, para entender y coexistir mejor con su enfermedad, experimenta diferentes modos de operar frente a situaciones que pueden afectarlo, ya sea previniendo la crisis asmática mediante la identificación y evitación de factores desencadenantes, uso de medicación prescrita, empleo de una adecuada respiración y correcta resolución de la crisis.

DEFINICIÓN DEL TÉRMINO TALLER DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Técnica participativa con una finalidad de capacitación y reflexión donde a partir de actividades grupales se ponen de manifiesto dificultades y posibilidades de resolución. Es una instancia de producción colectiva generadora de transformaciones individuales, cuyo objetivo primordial es promover y mejorar la salud hacia una calidad de vida óptima del sujeto tendiente a mantener el equilibrio dinámico biopsicosocial.

Se basa en una concepción dinámica, solidaria, generadora de cambios en un contexto grupal, favoreciendo la economía de esfuerzos y recursos adoptando características especiales en educación para la salud respecto a las metas, roles y nuevas relaciones que se establecen. Confluencia tiempo y espacio para la vivencia, la reflexión y la conceptualización abriendo el camino al autoaprendizaje, la autonomía moral y la recuperación y desarrollo del potencial creativo. A través del interjuego de los participantes con la actividad confluyen pensamiento, sentimiento y acción. Puede convertirse en el lugar del vínculo, la comunicación y por ende lugar de producción social de objetos, hechos y conocimientos.

BIBLIOGRAFÍA DEL CAPÍTULO 3:

- BAULEO ARMANDO y otros; *Lo grupal*, Editorial Búsqueda, Buenos Aires, 1983.
- BOCCHIERI, P. CERDA, M; *Terapia Ocupacional en el Asma Bronquial Infantil*; Tesis de la Licenciatura en Terapia Ocupacional; Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social, Mar del Plata , 1999.
- WARCHAVSKI, G.; *T.O. grupal en COLTO III; T.O. Actualizaciones en teoría y clínica*; 1995.
- FARIAS A.; *Prevención, Taller y Organización*; Material Didáctico; U.N.M.D.P; 2001.
- LESPADA J.C., *Aprender haciendo*, Editorial Humanitas, Bs.As., Argentina, 1989.
- LOPEZ C; *Talleres, ¿Cómo hacerlos?*; 1 Edición. Editorial Troquez; .Bs. As; 1993.
- PIAGET J; *Seis Estudios de Psicología*; 3 Edición; Editorial Biblioteca Sudamericana Planeta; Bs. A.; 1986.
- RENOULT BERNARD Y NOËLLE, VIALARET CORINNE; *Dramatización infantil. Expresarse a través del teatro*; Editorial Marcea S.A.; Madrid; 1994.
- SEIREF L; *El cuerpo el espacio que habitamos*; Editorial del escritor libros; Bs.As. ; Argentina; 1993.

CAPÍTULO 4

INTERVENCIÓN DEL TERAPISTA OCUPACIONAL EN EL ASMA BRONQUIAL

La definición de Terapia Ocupacional aceptada en 1972 por la Asamblea de delegados de la Asociación Americana de T.O. (A.O.T.A) es la siguiente: “Arte y ciencia de dirigir la participación del hombre en tareas seleccionadas para restaurar, fortalecer y mejorar el desempeño. Facilitar el aprendizaje de aquellas destrezas y funciones esenciales para la adaptación y productividad, disminuir o corregir patologías, promover y mantener la salud. Interesa fundamentalmente la capacidad, a lo largo de la vida, para desempeñar con satisfacción para sí mismo y para otras personas aquellas tareas y roles esenciales para la vida productiva, el dominio de sí mismo y el ambiente.”¹

La intervención de Terapia Ocupacional, a partir de esta definición, se concentra en las diferentes áreas de desempeño funcional de autocuidado, (actividades de la vida diaria, actividades instrumentales de la vida diaria) trabajo y tiempo libre, prestando atención al ambiente humano y no humano, cultural y social dentro del cual funciona la persona.

El asma bronquial repercute en las tres áreas de desempeño mencionadas, influyendo en el hacer cotidiano del niño y su familia no permitiéndole desarrollar una calidad de vida saludable tanto en el aspecto físico, psíquico, como social. El automanejo inadecuado de la enfermedad genera mayor cantidad y frecuencia de síntomas, mayor número de visitas de emergencia, de internaciones, ausentismo escolar y laboral y menor participación activa en actividades deportivas y sociales.

El Terapeuta Ocupacional utiliza diversas estrategias preventivas, la educación para la salud es una de ellas, fomentando que la población sea protagonista de su propio proceso de salud, dejando de ser objeto del sistema para transformarse en un sujeto creador y participante de ese proceso. La intervención a través de la educación del paciente y su familia es considerado un componente clave para la planificación del tratamiento de T.O., implica el aprendizaje de nuevas estrategias y más importante, incorpora estas estrategias a los hábitos y estilo de vida del paciente.

¹ HOPKINS HELEN L, *Alcance de la terapia ocupacional*; en Hopkins, H.L. y Smith, H.D.; Willard / Spackman. *Terapia Ocupacional*; Madrid; Ed. Medica Panamericana; 8ª Edición; 1998. Pág. 4.

De acuerdo a las incumbencias profesionales correspondientes al título de Lic. otorgado por la U.N.M.D.P. el Terapeuta Ocupacional puede participar en la elaboración, implementación y evaluación de planes, programas y proyectos de desarrollo comunitario que impliquen la utilización de actividades como instrumento de integración personal, social y laboral. Interviene en los diferentes niveles de atención de la salud contando con la actividad como recurso preventivo-terapéutico por excelencia.

En el abordaje del asma bronquial creemos que las principales funciones a desarrollar son las siguientes:

- ❖ Promover y mantener la salud del niño asmático a través del diseño y ejecución de planes o programas para que el niño pueda desarrollar un estilo de vida lo mas saludable y normal posible.
- ❖ Educar y apoyar al niño asmático y su familia proporcionando información acerca de la enfermedad y tratamiento posibles de ser aplicadas en el hacer cotidiano, así como conductas efectivas e inefectivas en el manejo del asma.
- ❖ Entrevistar y evaluar a fin de registrar como es el automanejo y detectar necesidades específicas.
- ❖ Implementar tratamiento a través de métodos y recursos adecuados, en forma individual o grupal ajustándose a las necesidades y características de cada niño.
- ❖ Realizar visitas domiciliarias para evaluar las condiciones de vida para identificar y evitar los desencadenantes que inducen la inflamación y obstrucción aguda de la vía aérea, a fin de orientar, asesorar y sugerir medidas de control ambiental.
- ❖ Promover la participación del niño en actividades que favorezcan la expresión de sentimientos y refuercen la autoestima, autoimagen, seguridad y nivel de independencia adecuado.

A través de los siglos, desde la filosofía hasta la medicina, se ha debatido la constante dicotomía cuerpo-psiquis de la cual la Terapia Ocupacional no está exenta, comprobando la escisión entre Terapia Ocupacional Física y Terapia Ocupacional en Salud Mental. El desafío es apuntar a una *clínica integral* que intenta trabajar con el sujeto que padece. Adherimos a la postura de Silvia Destuet quien refiere una concepción del sujeto en relación a un objeto en un hacer que lo resignifique y facilite el lazo social. En nuestro proceso terapéutico se inscribe un vínculo de confianza que nos permite recorrer y a su vez poner en juego un proceso de enseñanza- aprendizaje. En la práctica clínica somos facilitadores del hacer, donde la ley de la actividad nos atraviesa.

EQUIPO INTERDISCIPLINARIO

La multicausalidad de una enfermedad crónica como el asma requiere la participación activa de un equipo interdisciplinario.

El enfoque interdisciplinario permite una visión más abarcativa entendiendo a la salud con un criterio totalizador y dinámico. Es la respuesta global, única a todos y cada uno de los múltiples problemas ya sea en el aspecto social, médico, educativo o psicológico. A su vez permite una mejor organización del recurso humano aumentando la calidad en las propuestas al niño y su familia.

El objetivo no es obviar las incumbencias de cada disciplina sino de interrelacionarlas orgánicamente entre sí. Se trata de una mirada holística para resolver problemas concretos frente a la complejidad de los trastornos.

La interdisciplina puede ser entendida como un conjunto de profesionales que interacciona buscando crear una especie de confluencia y un código común para poder abordar a un sujeto, a la comunidad o cualquier grupo social.

En referencia a los componentes que intervienen en la acción de un equipo interdisciplinario el primero a considerar, en cualquier modelo, es su base filosófica. De no existir esta base sobre la que se construye en equipo, éste acaba por ser una colección de individuos donde cada persona hace su propio trabajo sin relacionarse, sin compartir la importancia de lo que se hace con los otros profesionales del equipo.

En la planificación de una base filosófica se requiere, entre otras cosas, un determinado nivel de confianza hacia cada profesional en términos de su habilidad y

de la información que va a proveer. La utilización de un lenguaje común que permitiría comprender los diferentes lenguajes profesionales así como examinar las posturas que cada miembro del equipo incorpora. Participación en una responsabilidad común, es decir, la comprobación de las decisiones compartidas acerca de lo que se va a hacer con el paciente. El establecimiento y valoración de una escala de prioridades donde un profesional no puede ser todo para todos.

Estos componentes deben ser analizados regularmente por el equipo de manera de tener siempre presente la perspectiva de dónde va y a dónde quiere ir.

“La Terapia Ocupacional se incluye en un equipo con los pacientes, en una permanente búsqueda teórica y humana.”²

² Cfr: Destuet S.; *Encuentros y marcas*; C.O.L.T.O.A. Grupo Editor; 1999; Pág. 15.

BIBLIOGRAFÍA DEL CAPÍTULO 4:

- BOCCHIERI P.I., CERDA M., *Terapia Ocupacional en el asma bronquial infantil*, Tesis de Grado, Universidad Nacional de Mar del Plata, 1995.
- DESTUET S., *Encuentros y marcas*, C.O.L.T.O.A. Grupo Editor; 1999.
- GISBERT ALÓS, V., MARDOMINGO SANZ, M.J., y otros, *Educación especial*, Editorial Cincel, 10° Edición, Colombia, 1980.
- HOPKINS HELEN L, *Alcance de la terapia ocupacional*; en Hopkins,H.L. y Smith, H.D.; Willard / Spackman. *Terapia Ocupacional*, Madrid, Ed. Médica Panamericana, 8ª Edición, 1998.
- MARTIJENA N; *Ecología Humana: Nueva dimensión de la Terapia Ocupacional. ¿Utopía o realidad?*, Gráfica Centauro, mayo de 1995.
- NÚÑEZ C., BACCIADONE S., ALARCÓN M. G., Tesis de Grado, Universidad Nacional de Mar del Plata, 1998.
- Proyecto de Ley. Título 1: Del ejercicio profesional de la Terapia Ocupacional. Marco, requisitos e incumbencias; Corresponde es pte 01/ 48/ 96/97.
- VEYRA M.E, RODRÍGUEZ S., y otros; *Proyecto de Pos-Grado: Administración estratégica en Salud Mental*, Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social, U.N.M.D.P, 1999.

**ASPECTOS
METODOLÓGICOS.**

✂ TIPO DE ESTUDIO

El tipo de estudio de esta investigación es **exploratorio- descriptivo**.

- ❖ **EXPLORATORIO:** porque si bien se han hecho investigaciones sobre talleres de educación para la salud en asma bronquial pediátrico nunca se abordaron desde la profesión de Terapia Ocupacional y no se realizaron en nuestro país, es así que esta investigación se desarrolla en un nuevo contexto.
- ❖ **DESCRIPTIVO:** porque intentamos identificar y describir el comportamiento de la población de estudio respecto al automanejo del asma bronquial, antes y después de los encuentros a partir de un taller de educación para la salud.

DISEÑO

La investigación, con respecto al diseño, es de tipo PRE-EXPERIMENTAL, utilizando pre-prueba y post-prueba con un solo grupo, a modo de ensayo del taller. Cada niño es entrevistado, antes y después de la implementación del taller, a través de un instrumento que incluye los indicadores de la variable automanejo. Este diseño resulta útil como un primer acercamiento al problema de investigación planteado.

POBLACIÓN

La población está conformada por todos los niños con diagnóstico de asma bronquial leve, moderado y severo que concurren al “CER” (Centro Respiratorio), de la ciudad de Mar del Plata en el año 2002 y tienen entre 8 y 11 años de edad.

MUESTRA Y PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN

La muestra está constituida por 16 niños que asistieron a los talleres de Educación para la Salud, seleccionados de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión, acordados con el Especialista en Neumonología Dr. Jorge Taborda y el consentimiento informado de los padres o tutores y de los niños (sujetos voluntarios).

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- ❖ Niños con diagnóstico de Asma Bronquial Leve, Moderado y Severo
- ❖ Niños de 8 a 11 años de edad cronológica
- ❖ Concurrencia periódica a control de consultorio externo del CER
- ❖ Conformidad del niño y su familia en participar del taller de educación para la salud

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- ❖ Presencia de otras patologías.

Tipo de muestreo: No probabilístico, por conveniencia.

Originariamente se había planeado convocar a niños de 6 a 11 años. Los mismos serían divididos por intervalos de edad (6 a 8 y 9 a 11 años) solo a fines de instrumentación del taller, de acuerdo a los recursos y medios terapéuticos utilizados en función de las habilidades intelectuales.

La convocatoria de los 16 niños que conformaron la muestra definitiva se llevó a cabo durante el mes de mayo de 2002, de acuerdo a la demanda de asistencia por consultorio externo existente en ese momento. Se registró mayor demanda de niños

comprendidos entre los 8 y 11 años, no habiendo suficiente disponibilidad de sujetos que se hallaran entre los 6 y 7 años de edad.

Por lo antes mencionado se determinó que los talleres se llevarían a cabo con niños de 8 a 11 años y serían divididos en tres grupos de acuerdo a la disponibilidad horarias de los mismos (Horario escolar y actividades extraescolares en las que participan) así como por motivos de espacio físico, horario institucional, y para permitir una mayor participación.

TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

❖ Recopilación documental de historias clínicas para registrar edad, sexo, diagnóstico y fecha de diagnóstico de los niños.

❖ Observación no estructurada:

(Se realizó observación de cada encuentro del taller llevándose a cabo un registro visual a través de la filmación con cámara de video, para realizar los ajustes necesarios al taller, detectar la adquisición de habilidades durante el transcurso de los encuentros y contrastar con lo registrado a través de la ficha sistematizadora.

❖ Observación estructurada:

(Se llevó a cabo a través de una ficha confeccionada especialmente para registrar aspectos relacionados con el desarrollo y dinámica grupal del taller.) (Se adjunta hoja de observación en Anexo 2)

❖ Entrevista estructurada:

Dirigida a los niños que conformaron la muestra y que participaron del taller. Fue administrada antes del primer encuentro y después del último. Originariamente se había dispuesto utilizar el instrumento confeccionado por Bocchieri y Cerda¹ para su Tesis de Grado, como consecuencia de la diversidad de la muestra respecto al diagnóstico y a que ciertos indicadores son abordados exclusivamente por el médico de la institución en forma individual, se modificó dicho instrumento excluyendo el automanejo de la medicación y medidor pico flujo, ya que no serían incorporados como contenidos del taller a implementar y por ende no podrían evaluarse posteriormente.

El instrumento o cuestionario registra primariamente los datos personales edad, sexo y escolaridad. Está dividida en seis secciones. La primer sección posee las preguntas referentes a noción de enfermedad, la segunda a factores desencadenantes, la tercera a pautas de tratamiento, la cuarta a actividades escolares, la quinta a actividades extraescolares y la sexta a actividades de automanejo de la crisis. (Se adjunta instrumento en Anexo 2).

¹ BOCCHIERI P.I., CERDA M., *Terapia Ocupacional en el asma bronquial infantil*, Tesis de Grado, Universidad Nacional de Mar del Plata, 1995. Pág. 95

Dimensionamiento de la variable automanejo

AUTOMANEJO PREVENTIVO

1 . Noción de enfermedad

1 . 1 Conocimiento de la enfermedad

1.1.1. ADECUADO: Se indica esta opción cuando menciona los dos aspectos fundamentales de la enfermedad: etiología y sintomatología.

1.1.2. MEDIANAMENTE ADECUADO: Se indica esta opción cuando menciona uno de los dos aspectos fundamentales de la enfermedad: etiología y sintomatología.

1.1.3. INADECUADO: Se indica esta opción cuando no menciona ninguno de los aspectos fundamentales de la enfermedad: etiología y sintomatología.

1 . 2 Conocimiento de su condición de asmático

1.2.1. SI : Se indica esta opción cuando reconoce padecer esta enfermedad.

1.2.2 NO : Se indica esta opción cuando no reconoce padecer esta enfermedad.

2 . Factores desencadenantes

2 . 1. Humo de tabaco

2.1.1. Reconoce el efecto nocivo que produce en su salud.

2.1.1.1. SI : Se indica esta opción cuando lo nombra como factor desencadenante.

2.1.1.2. NO : Se indica esta opción cuando no lo nombra como factor desencadenante

2.1.2. Evita la exposición dentro de sus posibilidades.

2.1.2.1. SI : Se indica esta opción cuando manifiesta realizar las acciones para evitar la exposición al factor desencadenante.

2.1.2.2. NO : Se indica esta opción cuando no manifiesta realizar las acciones para evitar la exposición al factor desencadenante.

2 . 2. Olores fuerte irritantes

2.2.1. Reconoce el efecto nocivo que produce en su salud.

2.2.1.1. SI: Se indica esta opción cuando lo nombra como factor desencadenante.

2.2.1.2. NO: Se indica esta opción cuando no lo nombra como factor desencadenante.

2.2.2. Evita la exposición dentro de sus posibilidades.

2.2.2.1. SI: Se indica esta opción cuando manifiesta realizar las acciones para evitar la exposición al factor desencadenante.

2.2.2.2. NO: Se indica esta opción cuando no manifiesta realizar las acciones para evitar la exposición al factor desencadenante.

2.3. Ejercicios y deporte

2.3.1. Reconoce el efecto nocivo que produce en su salud la práctica inadecuada de ejercicios y deporte.

2.3.1.1. SI : Se indica esta opción cuando manifiesta la necesidad de tomar las medidas preventivas en la realización de ejercicios y deporte.

2.3.1.2. NO : Se indica esta opción cuando no manifiesta la necesidad de tomar las medidas preventivas en la realización de ejercicios y deporte.

2.3.2. Evita que se convierta en un factor desencadenante.

2.3.2.1. SI : Se indica esta opción cuando manifiesta realizar las medidas preventivas en la práctica de los ejercicios y deporte.

2.3.2.2. NO : Se indica esta opción cuando no manifiesta realizar las medidas preventivas en la práctica de los ejercicios y deporte.

2.4. Calefacción inadecuada

2.4.1. Reconoce el efecto nocivo que produce en su salud.

2.4.1.1. SI : Se indica esta opción cuando manifiesta la necesidad de tomar las medidas preventivas para evitar la exposición al factor desencadenante.

2.4.1.2. NO : Se indica esta opción cuando no manifiesta la necesidad de tomar las medidas preventivas para evitar la exposición al factor desencadenante.

2.4.2. Evita la exposición dentro de sus posibilidades.

2.4.2.1. SI : Se indica esta opción cuando manifiesta realizar las acciones para evitar la exposición al factor desencadenante.

2.4.2.2 NO : Se indica esta opción cuando no manifiesta realizar las acciones para evitar la exposición al factor desencadenante.

2.5. Polvo de habitación

2.5.1. Reconoce el efecto nocivo que produce en su salud.

2.5.1.1. SI : Se indica esta opción cuando manifiesta la necesidad de tomar las medidas preventivas para evitar la exposición al factor desencadenante.

2.5.1.2. NO : Se indica esta opción cuando no manifiesta la necesidad de tomar las medidas preventivas para evitar la exposición al factor desencadenante.

2.5.2. Evita la exposición dentro de sus posibilidades.

2.5.2.1. SI : Se indica esta opción cuando manifiesta realizar las acciones para evitar la exposición al factor desencadenante.

2.5.2.2. NO : Se indica esta opción cuando no manifiesta realizar las acciones para evitar la exposición al factor desencadenante.

2.6. Animales domésticos

2.6.1. Reconoce el efecto nocivo que produce en su salud.

2.6.1.1. SI : Se indica esta opción cuando manifiesta la necesidad de tomar las medidas preventivas para evitar la exposición al factor desencadenante.

2.6.1.2. NO : Se indica esta opción cuando no manifiesta la necesidad de tomar las medidas preventivas para evitar la exposición al factor desencadenante.

2.6.2. Evita la exposición dentro de sus posibilidades.

2.6.2.1. SI : Se indica esta opción cuando manifiesta realizar las acciones para evitar la exposición al factor desencadenante.

2.6.2.2. NO : Se indica esta opción cuando no manifiesta realizar las acciones para evitar la exposición al factor desencadenante.

2. 7. Alimentos

2.7.1. Reconoce el efecto nocivo que produce en su salud en caso de ser alérgico.

2.7.1.1. SI : Se indica esta opción cuando manifiesta la necesidad de tomar las medidas preventivas para evitar la exposición al factor desencadenante.

2.7.1.2. NO : Se indica esta opción cuando no manifiesta la necesidad de tomar las medidas preventivas para evitar la exposición al factor desencadenante.

2.7.2. Evita la exposición dentro de sus posibilidades.

2.7.2.1. SI : Se indica esta opción cuando manifiesta realizar las acciones para evitar la exposición al factor desencadenante.

2.7.2.2. NO : Se indica esta opción cuando no manifiesta realizar las acciones para evitar la exposición al factor desencadenante.

3 . Pautas de tratamiento

3. 1. Práctica diaria de técnicas de relajación y respiración profunda.

3.1.1. SIEMPRE: Se indica esta opción cuando relata que aplica las técnicas de relajación y respiración profunda todos los días.

3.1.2. A VECES: Se indica esta opción cuando relata que aplica las técnicas de relajación y respiración profunda sólo algunos días.

3.1.3.NO: Se indica esta opción cuando relata no aplicar las técnicas de relajación y respiración profunda en ningún momento.

3.2 Disposición por escrito de un plan de acción, que detalla las acciones a seguir de acuerdo a la gravedad de la crisis.

3.2.1.SI: Se indica esta opción cuando manifiesta disponer del plan de acción por escrito en forma permanente y actualizada por su médico

3.2.2.NO: Se indica esta opción cuando manifiesta no disponer del plan de acción por escrito en forma permanente y actualizada por su médico

4 .Actividades escolares

4.1.Actitud frente a síntomas en la clase de Educación Física

4.1.1. ADECUADO: Se indica esta opción cuando menciona las tres conductas correctas a seguir en esa situación: * Parar o detenerse de realizar la actividad * Realizar los ejercicios de relajación y respiración profunda * Solicitar ayuda al adulto a cargo del grupo.

4.1.2.MEDIANAMENTE ADECUADO : Se indica esta opción cuando menciona al menos una de las tres conductas correctas a seguir en esa situación: * Parar o detenerse de realizar la actividad * Realizar los ejercicios de relajación y respiración profunda * Solicitar ayuda al adulto a cargo del grupo.

4.1.3. INADECUADO: Se indica esta opción cuando no menciona ninguna de las tres conductas correctas a seguir en esa situación: * Parar o detenerse de realizar la actividad * Realizar los ejercicios de relajación y respiración profunda * Solicitar ayuda al adulto a cargo del grupo.

5 . Actividades extraescolares

5 .1. Participación en actividades deportivas

5.1.1. SI: Se indica esta opción cuando manifiesta realizar por lo menos un deporte.

5.1.2. NO: Se indica esta opción cuando manifiesta no realizar deportes.

5 .2. Participación en actividades sedentarias, realizadas en ambientes cerrados.

5.2.1.SI: Se indica esta opción cuando manifiesta realizar por lo menos una actividad sedentaria.

5.2.2. NO: Se indica esta opción cuando manifiesta no realizar deportes.

5 .3. Participación en talleres de educación sobre asma

5.3.1. SI: Se indica esta opción cuando manifiesta haber concurrido a un taller de educación sobre asma.

5.3.2. NO: Se indica esta opción cuando manifiesta no haber concurrido a ningún taller de educación sobre asma.

AUTOMANEJO DE LAS CRISIS ASMÁTICAS

6. Utilización de recursos humanos y materiales

6.1 Resolución de la crisis:

6.1.1. ADECUADA: Se indica esta opción cuando menciona las tres conductas correctas a seguir *Tomar la medicación prescrita * No perder la calma y realizar los ejercicios de relajación y respiración profunda * Solicitar ayuda .

6.1.2. MEDIANAMENTE ADECUADA: Se indica esta opción cuando menciona al menos una de las tres conductas correctas a seguir *Tomar la medicación prescrita * No perder la calma y realizar los ejercicios de relajación y respiración profunda * Solicitar ayuda .

6.1.3. INADECUADO: No menciona ninguna de las tres conductas correctas a seguir *Tomar la medicación prescrita * No perder la calma y realizar los ejercicios de relajación y respiración profunda * Solicitar ayuda.

Nota: si bien se tomó como referente el dimensionamiento realizado por Bocchieri y Cerda², en su *Tesis Terapia Ocupacional en el asma bronquial infantil*, se efectuaron modificaciones en el mismo acordes a las características de la muestra y del taller. Para ver dimensionamiento original remitirse a Anexo 3.

² BOCCHIERI P.I., CERDA M., *Terapia Ocupacional en el asma bronquial infantil*, Tesis de Grado, Universidad Nacional de Mar del Plata, 1995. Pág. 58.

PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se utilizaron fuentes primarias y secundarias de información.

FUENTES PRIMARIAS

- Entrevista a informantes claves:

Lic en Terapia Ocupacional Irlanda Bocchieri. Nos suministró información sobre publicaciones y organizaciones nacionales e internacionales que trabajan para la prevención y tratamiento de ésta patología, incluyendo programas educativos o de abordaje del niño asmático. A su vez nos asesoró acerca de las necesidades detectadas durante el proceso de su investigación posibles de ser abordadas desde Terapia Ocupacional.

- Entrevista estructurada:

Dirigida a los niños que conformaron la muestra. El instrumento o cuestionario posee preguntas abiertas y cerradas. Se administró antes del desarrollo del primer encuentro del taller y después del segundo. Respecto al encuadre de la administración se llevó a cabo por las tesisistas con cada uno de los niños, en forma privada, por orden de llegada a la institución.

- Observación estructurada:

La técnica fue implementada durante los encuentros por una de las tesisistas, siendo la unidad de análisis cada uno de los niños que concurren a los talleres.

El instrumento utilizado fue una ficha sistemática que permite valorar el vínculo (de los niños con sus pares y coordinadores) y el tipo de participación (activa, pasiva, no participativa) respecto a cada una de las actividades propuestas, registrándose también la asistencia o inasistencia de los sujetos convocados. (Se adjunta instrumento en Anexo 2).

Referencias de la ficha sistemática:

Participación activa: Proceso por el cual el niño aporta conocimiento, sugiere ideas, expresa experiencias personales, expresa diferencias en relación a la opinión de otros

y resuelve situaciones prácticas respondiendo a las consignas dadas por los coordinadores.

Participación pasiva: Proceso por el cual el niño opera como observador del acontecer grupal.

No participativa: Realiza otra actividad ajena al taller.

Vínculo: Proceso mediante el cual, a través de un intercambio verbal o gestual, se genera un espacio de comunicación de carácter dialéctico y bidireccional, aportando a la relación común y al enriquecimiento mutuo. Sucede en un espacio particular o encuadre que actúa como organizador.

SI: Se indica esta opción cuando se observa intercambio verbal o gestual del niño con sus pares o coordinadores.

NO: Se indica esta opción cuando no se observa intercambio verbal o gestual del niño con sus pares o coordinadores.

- Observación no estructurada:

El instrumento auxiliar de la técnica fue un dispositivo mecánico de registro (Videocámara), lo cual nos permitió aumentar la exactitud de las observaciones.

Durante el desarrollo del taller dos de las tésistas realizaron la co-coordinación, mientras que la tercera funcionó como observador no participante operando la videocámara y registrando por escrito los fenómenos resultantes del acontecer grupal.

FUENTES SECUNDARIAS

- Recopilación documental:

Una vez seleccionada la muestra, antes de la implementación del taller, se inició el relevamiento de datos registrados en las historias clínicas. Esta búsqueda nos brindó información acerca de la edad, sexo y diagnóstico de los niños.

ANÁLISIS DE LOS DATOS

Para caracterizar la muestra se realizaron distribuciones de frecuencia y porcentaje.

A fin de comparar la distribución de las variables antes y después de la implementación del taller se construyeron tablas de contingencia.

En los casos que fue posible se aplicó χ^2 para comprobar si las diferencias entre el antes y el después de la implementación del taller eran significativas. Sin embargo debido a que en la mayoría de los casos se consideró que los resultados que arrojaba la prueba no eran confiables, a consecuencia del tamaño muestral, se calcularon tres índices que permitieron realizar dicha comparación como se detalla a continuación.

- **ÍNDICE 1: FACTORES DESENCADENANTES**

Constituído por las preguntas 2.3 (Qué hacés si alguien fuma delante tuyo?) y 2.4 (Creés que el hecho de que alguien fume delante tuyo puede afectarte?) de la encuesta.

La pregunta 2.3. posee dos valores: 2 para el positivo (SI), 1 para el negativo (NO)

La pregunta 2.4. posee dos valores: 2 para el positivo (SI), 1 para el negativo (NO)

El mínimo del índice suma 2 y el máximo suma 4.

- **ÍNDICE 2: PAUTAS DE TRATAMIENTO**

Costituído por las preguntas 3.1. (Sabés cuál es la respiración correcta?) 3.2. (Conocés técnicas de respiración y relajación?) y 3.3. (Practicás éstas técnicas de respiración y relajación?)

La pregunta 3.1. posee dos valores: 2 para el positivo (SI), 1 para el negativo (NO)

La pregunta 3.2. posee dos valores: 2 para el positivo (SI), 1 para el negativo (NO)

La pregunta 3.3. posee tres valores: 2 para el positivo (SI), 1 para el negativo (NO)

0 para el no contesta.

El mínimo del índice suma 2 y el máximo suma 6.

- **ÍNDICE 3: CRISIS**

Constituído por las preguntas 4.1. (Qué hacés cuando te sentís mal en la clase de educación física?) 6.1. (Tenés indicaciones por escrito de lugares a dónde

concurrir por ayuda en el caso de estar solo?) y 6.3. (Si alguna vez tuvieras una crisis estando solo como la resolverías?).

La pregunta 4.1. posee tres valores: 3 (adecuado), 2 (medianamente adecuado), 1 (inadecuado).

La pregunta 6.1. posee dos valores: 2 para el positivo (SI), 1 para el negativo (NO).

La pregunta 6.3. posee tres valores: 3 (adecuado), 2 (medianamente adecuado), 1 (inadecuado).

El mínimo del índice suma 3 y el máximo suma 8.

Finalmente, para determinar si hubo diferencias significativas en los promedios, antes y después, de cada uno de los tres índices mencionados se aplicó la **prueba t de student**, para muestras relacionadas.

CARACTERÍSTICAS DEL TALLER

El Taller de Educación para la Salud en Asma Bronquial Pediátrico se realizó en el CER (Centro Respiratorio). Los sujetos convocados fueron divididos en tres grupos. Por lo tanto se llevaron a cabo tres talleres de dos encuentros cada uno, mientras que los encuentros tuvieron dos horas y media de duración.

Se realizó la modificación del encuadre preestablecido (cuatro encuentros) debido a la factibilidad de deserción de los integrantes de la muestra por factores socio-económicos; ampliando la duración de ambas reuniones del taller con el fin de abarcar los contenidos propuestos.

El abordaje de la muestra seleccionada se realizó a través de un equipo interdisciplinario. Los profesionales de salud que conformaron dicho equipo fueron un Dr. Especialista en neumonología, una Lic. en Psicología y tres tesis de grado de Lic. en Terapia Ocupacional. Está comprobado que este tipo de abordaje es fundamental en patologías de carácter multicausal y crónico.

La propuesta desde Terapia Ocupacional al equipo interdisciplinario es la implementación de un taller para el desarrollo de las habilidades de automanejo en el niño con asma bronquial.

La diagramación de los contenidos de los talleres se realizó en función de determinados indicadores de la variable automanejo como la noción de enfermedad, factores desencadenantes, pautas de tratamiento tales como técnicas de relajación y respiración profunda, participación en actividades escolares y extraescolares en un ambiente favorable a su condición, habilidades para conocer y evaluar la severidad de los síntomas previos a la crisis, aplicación de las técnicas mencionadas y el reconocimiento de la utilización de recursos humanos durante la crisis.

Los indicadores restantes pertenecientes al automanejo preventivo y de la crisis asmática, es decir, utilización del medidor pico flujo, reconocimiento del tipo de medicación y utilización de la misma fueron tratados en forma individual por el médico especialista, ya que, en este caso, debido a la diversidad de la muestra en cuanto al tipo de asma (leve, moderado y severo), tales indicadores no pueden ser incorporados como contenidos del taller. La clasificación mencionada del asma bronquial es considerada indispensable para establecer la necesidad de esquemas terapéuticos y se realiza sobre la base de la frecuencia, cronicidad, severidad de los síntomas y exámenes funcionales requeridos.

En base a la selección de los indicadores antes mencionados de la variable automanejo se realizó una modificación del instrumento de medición o entrevista estructurada diseñada por Bocchieri y Cerda para su tesis de grado titulada *Terapia Ocupacional en el asma bronquial infantil*. Se excluyó de dicho instrumento las preguntas relacionadas con medicación y medidor pico flujo. Las preguntas acerca de interrogantes y temores también fueron eliminadas puesto que éstas temáticas fueron abordadas, solo en aquellos casos que requirieron necesidad, por la Lic. en Psicología, miembro del equipo interdisciplinario.

Respecto a la coordinación dos tesis realizaron la co-coordinación y la tercera la observación.

A partir de un enfoque participativo se implementaron diversas actividades tanto de iniciación (Técnica del ovillo) como de producción (Lluvia de ideas, armado de rompecabezas, ejercicios respiratorios, dramatizaciones, expresión corporal) las cuales fueron previamente seleccionadas para alcanzar los objetivos propuestos. (Se adjuntan los contenidos, objetivos y actividades desarrolladas en el taller en Anexo 1).

Teniendo en cuenta que no solo la persona que padece asma sufre las consecuencias de esta enfermedad, sino que repercute en su vida familiar generando situaciones de angustia, estrés, etc. consideramos de fundamental importancia incluir de alguna manera a la familia en el abordaje del niño asmático. Por lo mencionado y con el objetivo de generar un espacio de intercambio y comunicación con los padres diseñamos un folleto informativo desarrollando los puntos más importantes de la patología como qué es el asma, si es contagioso, síntomas, factores desencadenantes, cómo controlarlo y evitar que comiencen los ataques. Fue entregado y explicado a los familiares, personalmente, al finalizar el taller junto con una ficha con consejos para el paciente y una planilla de control. En esta planilla, con la ayuda de sus padres, el niño deberá volcar los datos en relación a los factores desencadenantes a los que se expuso durante una semana para luego relacionarlos y así obtener una orientación acerca de los posibles elementos que el paciente debe evitar, haciendo así más eficaces las medidas del tratamiento. También se brindaron direcciones o sitios de internet posibles de ser visitados y que poseen información destinada a niños con asma.

(Se adjunta planilla de F.D. y ficha de consejos para el paciente en Anexo 1)

*** Debemos mencionar que los Talleres como medio estratégico de Educación para la Salud, están sujetos a cambios según las necesidades emergentes del grupo.**

BIBLIOGRAFÍA DE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS:

- HERNÁNDEZ SAMPIERI R., FERNÁNDEZ COLLADO C., BAPTISTA LUCIO P., *Metodología de la investigación*, 2ª Ed., Editorial McGraw-Hill Interamericana, México, 1.998.

- POLIT D., HUNGLER, B. *Investigación en Ciencias de la Salud.*; México; Interamericana/ McGraw-Hill; 4ª. Edición; 1994.

RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

El 75 % corresponde al sexo masculino.

El 37,5 % tiene 8 años de edad, el 31,3 % 10 años, el 18,8 % 9 años y el 12,5 % 11 años de edad.

Respecto a la escolaridad el 37,5 % concurre a tercer año, el 25,0 % a cuarto año, 18,8% a quinto año, el 12,5 % a sexto y el 6,3 % a séptimo año de E.G.B.

El 81,2 % presenta diagnóstico de asma bronquial leve, mientras que el 18,8 % asma bronquial moderado.

Resultado de las habilidades de automanejo valoradas antes y después de la implementación del taller

A partir de la valoración de las habilidades de automanejo de los niños de 8 y 11 años de edad, con diagnóstico de asma bronquial, en sus dos instancias, anterior y posterior a la implementación del taller, se obtuvieron los siguientes resultados:

Respecto a noción de enfermedad el 81,3 % de los niños reconoce padecer asma, el 12,5 % presenta dudas sobre su condición y el 6,3 % no reconoce padecerla. En la instancia posterior de evaluación la totalidad de la muestra reconoce su condición de asmático.

Tabla N° 1: Conocimiento de la enfermedad en niños de 8 a 11 años con diagnóstico de asma, que concurren al CER, valorado antes y después de la implementación del taller, Mar del Plata, mayo- junio 2002.

VALORACION	CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD						
	INADECUADO		MEDIAN. ADECUADO		ADECUADO		TOTAL
	N°	%	N°	%	N°	%	N°
ANTES	10	62,50	6	37,50	0	0,00	16
DESPUES	0	0,00	6	37,50	10	62,50	16
TOTAL	10	31,25	12	37,50	10	31,25	32

χ^2 : 20,00

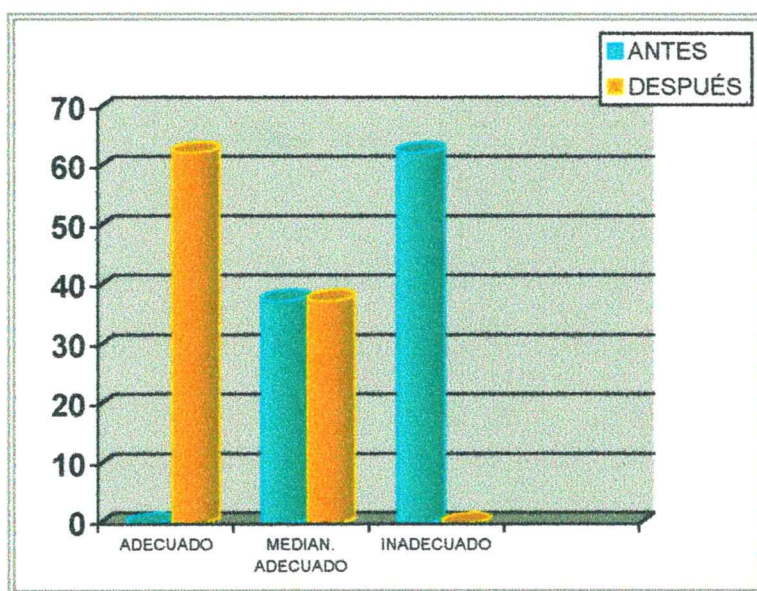
$p < 0,01$

El 62,5 % de los niños responde sobre los aspectos fundamentales de la enfermedad (etiología y síntomas) en forma inadecuada, el 37,5 % responde medianamente adecuado. Cabe destacar que ninguno de los sujetos pudo responder de manera adecuada en la primera encuesta administrada.

En una segunda instancia el 62,5 % de los niños posee un adecuado conocimiento de la enfermedad, mientras que se observa un conocimiento medianamente adecuado en el 37,5 % restante. Ningún niño responde inadecuadamente. (Ver Tabla N° 1 y Gráfico N°1)

Se presenta una relación significativa entre el conocimiento de la enfermedad y las dos instancias de evaluación, anterior y posterior. ($p < 0,01$)

Gráfico N°1 : Conocimiento de la enfermedad en niños de 8 a 11 años con diagnóstico de asma, que concurren al CER, valorado antes y después de la implementación del taller, Mar del Plata, mayo-junio 2002.



Fuente: Elaboración propia

Tabla N° 2: Identificación de los factores desencadenantes en niños de 8 a 11 años con diagnóstico de asma, que concurren al CER, valorada antes y después de la implementación del taller, Mar del Plata, mayo-junio de 2002.

FACTORES DESENCADENANTES	ANTES		DESPUÈS		
	N°	%	N°	%	
ALERGENOS	POLVO	3	10,71	10	17,85
	PELOS	1	3,57	10	17,85
	PLUMAS	0	0,00	2	3,57
	POLEN	0	0,00	1	1,78
	HONGOS	0	0,00	0	0,00
INFECCIONES VIRALES					
	RESPIRATORIAS (RESFRÍO-GRUPE)	1	3,57	0	0,00
	DIFICULTADES EMOCIONALES	0	0,00	0	0,00
	ASPIRINAS Y OTROS ANALGÉSICOS	0	0,00	0	0,00
	EJERCICIOS Y DEPORTES	11	39,28	3	5,35
	CAMBIOS ENDOCRINOS	0	0,00	0	0,00
IRRITANTES	HUMO DEL TABACO	4	14,28	12	21,42
	CONTAMINANTES DEL AIRE	0	0,00	3	5,35
	ALIMENTOS (CONSERVANTES)	2	7,14	3	5,35
	CLIMA (FRÍO, LLUVIA, VIENTO)	6	21,42	12	21,42
	TOTAL	28	100,00	56	100,00

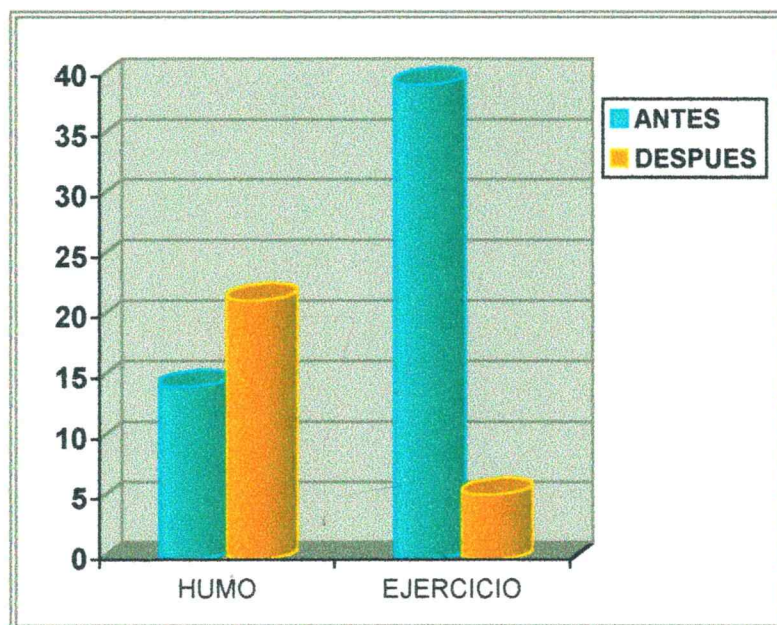
Fuente: Elaboración propia

En la primera encuesta los 16 niños mencionaron un total de 28 factores desencadenantes. Dentro de los cuales se destaca que el 39,28 % corresponde a ejercicio y deporte, el 21,42 % al clima y el 14,28 % al humo del tabaco.

En la segunda encuesta se registra un aumento en cuanto a la mención de factores desencadenantes (n: 56). Los más mencionados son el polvo (17,85%), pelos (17,85%), humo de tabaco (21,42%) y clima (21,42%), siendo menos mencionado el factor ejercicios y deporte (5,35%).

(Ver Tabla N°2)

Gráfico N° 2: Comparación entre los factores desencadenantes humo y ejercicio en niños de 8 a 11 años con diagnóstico de asma, que concurren al CER, valorado antes y después de la implementación del taller, Mar del Plata, mayo-junio 2002.



Fuente: Elaboración propia.

Se registra un aumento en el porcentaje de niños que identifican al humo del cigarrillo como factor nocivo para su salud, mientras que el porcentaje de niños que consideraban al ejercicio como un factor desencadenante disminuye.

(Ver Gráfico N°2)

El 93,8 % de la muestra reconoce que el contacto con el humo del tabaco puede afectarle, el 6,2 % no lo reconoce. Estos datos coinciden con la actitud que los niños toman ante este factor desencadenante, donde el mayor porcentaje pide que dejen de fumar o se aleja. Luego de la implementación del taller, la totalidad de la muestra reconoce su efecto nocivo, adoptando una actitud adecuada frente al mismo.

Tabla N° 3: Conocimiento de la respiración correcta y técnicas de respiración y relajación en niños de 8 a 11 años con diagnóstico de asma, que concurren al CER, valorado antes y después de la implementación del taller, Mar del Plata, mayo-junio 2.002.

VALORACIÓN	CONOCIMIENTO DE LA RESPIRACIÓN CORRECTA Y TÉCNICAS DE RESPIRACIÓN Y RELAJACIÓN				
	SI		NO		TOTAL
	N°	%	N°	%	N°
ANTES	1	6,30	15	93,80	16
DESPUES	16	100,00	0	0,00	16
TOTAL	17	53,12	15	46,88	32

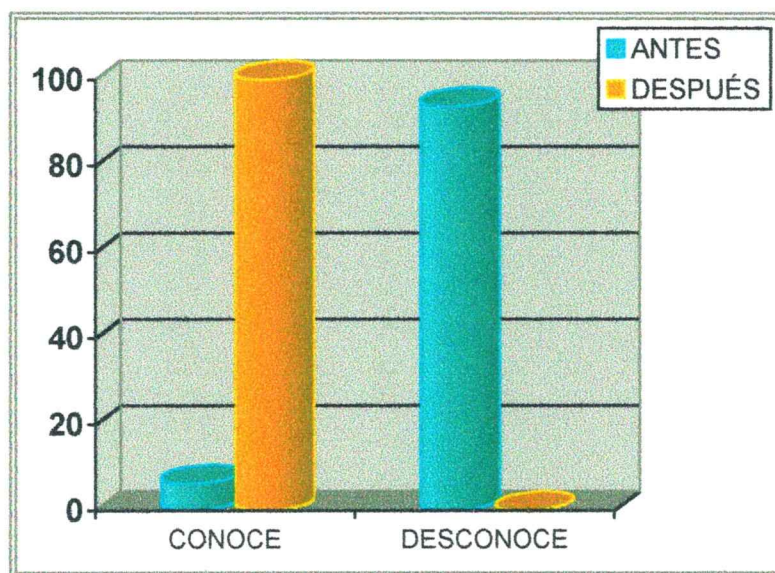
$X^2= 28,23$ $p < 0,01$

Fuente: Elaboración propia.

Sobre el conocimiento de la respiración correcta y técnicas de respiración y relajación, se determinó que antes de la implementación del taller, solo uno de los niños (6,2 %) contestó afirmativamente, el resto (93,8 %) manifestó desconocimiento. Cabe destacar que posteriormente la totalidad de la muestra refiere conocerlas. (Ver Tabla N° 3 y Gráfico N° 3)

Se observa que existe una relación significativa entre el conocimiento de respiración correcta y técnicas de respiración y relajación y la instancia de evaluación, anterior y posterior. ($p < 0,01$).

Gráfico N° 3: Conocimiento de la respiración correcta y técnicas de respiración y relajación en niños de 8 a 11 años con diagnóstico de asma, que concurren al CER, valorado antes y después de la implementación del taller, Mar del Plata, mayo-junio 2002.



Fuente: Elaboración propia.

Tabla N° 4: Práctica de técnicas de respiración y relajación en niños de 8 a 11 años con diagnóstico de asma, que concurren al CER, valorada antes y después de la implementación del taller, Mar del Plata, mayo-junio 2002.

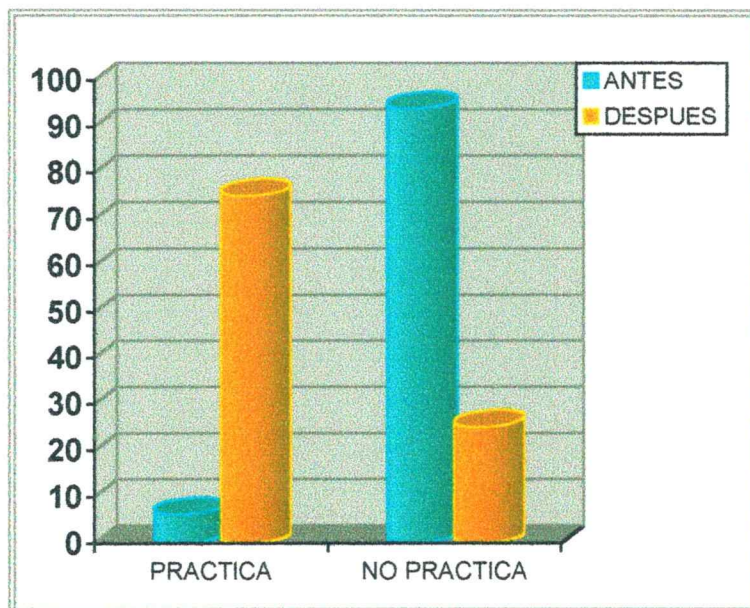
VALORACIÓN	PRACTICA DE TÉCNICAS DE RESPIRACIÓN Y RELAJACIÓN				
	PRACTICA		NO PRACTICA		TOTAL
	N°	%	N°	%	N°
ANTES	1	6,30	15	93,80	16
DESPUES	12	75,00	4	25,00	16
TOTAL	13	40,63	19	59,37	32
X ² = 28,30	p< 0,01				

Fuente: Elaboración propia.

El análisis de los datos referentes a técnicas de respiración y relajación refleja que, antes de la implementación del taller, el 6,2 % las practica, frente a un 93,8 % que no lo hace. Es importante destacar que posteriormente se registra un aumento del 68,5 % con respecto a la práctica de éste hábito . El 25 % manifiesta no practicarlas. (Ver Tabla N° 4 y Gráfico N° 4)

Existe relación significativa entre la práctica de técnicas de respiración y relajación y la implementación del taller, la que se evidencia en las evaluaciones anteriores y posteriores. (p< 0,01)

Gráfico N° 4: Práctica de técnicas de respiración y relajación en niños de 8 a 11 años con diagnóstico de asma, que concurren al CER, valorada antes y después de la implementación del taller, Mar del Plata, mayo-junio 2002.



Fuente: Elaboración propia

Tabla N° 5: Actitud frente a síntomas en la clase de educación física en niños de 8 a 11 años con diagnóstico de asma, que concurren al CER, valorada antes y después de la implementación de taller, Mar del Plata, mayo-junio 2002.

VALORACIÓN	ACTITUD FRENTE A SÍNTOMAS EN LA CLASE DE EDUCACIÓN FÍSICA						
	INADECUADO		MEDIAN. ADECUADO		ADECUADO		TOTAL
	N°	%	N°	%	N°	%	N°
ANTES	2	12,50	14	87,50	0	0,00	16
DESPUES	0	0,00	10	62,50	6	37,50	16
TOTAL	2	6,25	24	75,00	6	18,75	32

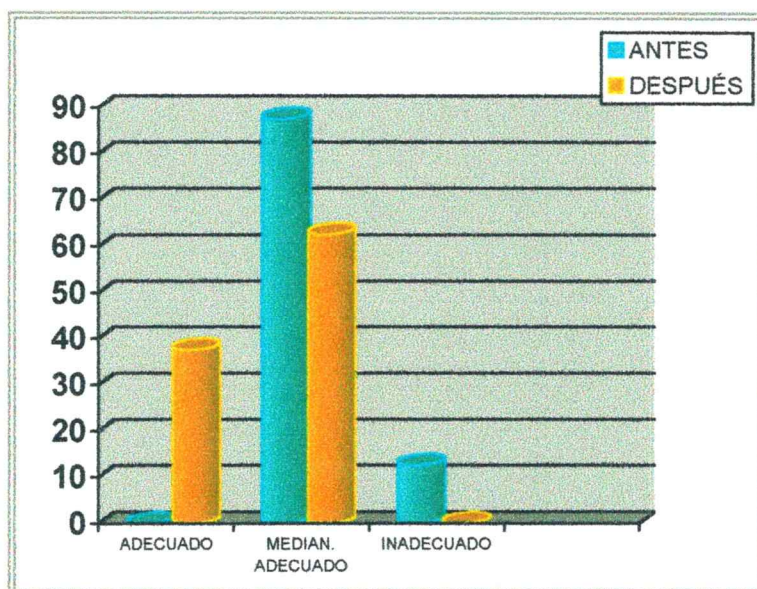
Fuente: Elaboración propia

En cuanto a la actitud adoptada por el niño frente a síntomas en la clase de educación física, el 87,5 % responde medianamente adecuado, el 12,5 % en forma inadecuada, en una primera instancia de evaluación.

Luego de la implementación del taller se determina que el 37,5 % adopta una actitud adecuada frente a síntomas, a diferencia de la valoración anterior en la que ningún niño responde positivamente. El 62,5 % adopta una actitud medianamente adecuada, no registrándose respuestas inadecuadas.

El análisis de los datos muestra que el 12,5 % de la muestra, que en un primer momento adopta una actitud inadecuada frente a los síntomas, modifica su respuesta en medianamente adecuada o adecuada. (Ver Tabla N° 5 y Gráfico N° 5)

Gráfico N° 5: Actitud frente a síntomas en la clase de educación física en niños de 8 a 11 años con diagnóstico de asma, que concurren al CER, valorada antes y después de la implementación de taller, Mar del Plata, mayo-junio 2002.



Fuente: Elaboración propia

Tabla N°6 : Tipo de actividades extraescolares que realizan niños de 8 a 11 años con diagnóstico de asma, que concurren al CER, Mar del Plata, mayo - junio 2002.

ACTIVIDADES	N°	%
DEPORTIVAS Y RECREATIVAS AL AIRE LIBRE	7	43,75
SEDENTARIAS	9	56,25
TOTAL	16	100,00

El 56,25 % de los niños menciona que realiza actividades sedentarias y el 43,75 % deportivas y recreativas al aire libre. (Ver Tabla N° 6)

Tabla N° 7 : Actividades limitadas por la enfermedad mencionadas por niños de 8 a 11 años con diagnóstico de asma, que concurren al CER, valoradas antes y después de la implementación de taller, Mar del Plata, mayo-junio 2002.

ACTIVIDADES LIMITADAS	VALORACION					
	ANTES		DESPUES		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
DEPORTES	4	25,00	3	18,75	7	21,87
JUGAR A LA PELOTA	1	6,25	1	6,25	2	6,25
JUGAR AFUERA	4	25,00	0	0,00	4	12,50
TOMAR COSAS FRÍAS	0	0,00	1	6,25	1	3,12
NINGUNA	7	43,75	11	68,75	18	56,25
TOTAL	16	100,00	16	100,00	32	100,00

Fuente: Elaboración propia.

El análisis de los datos muestra que, antes de la implementación del taller, 9 (56,5 %) niños manifiestan alguna actividad en la cual se encuentran limitados como deportes, jugar afuera y tomar cosas frías, mientras que 7 (43,75 %) manifiestan no encontrarse limitados por ninguna. Posteriormente aumenta en un 68,75 % la cantidad de niños que refieren no estar limitados por el asma en sus actividades extraescolares. (Ver Tabla N° 7)

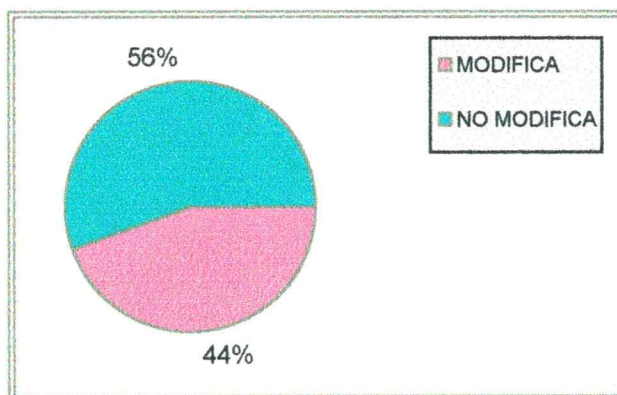
Tabla N° 8: Mención de actividades limitadas por la enfermedad en niños de 8 a 11 años con diagnóstico de asma, que concurren al CER, según la valoración antes y después de la implementación de taller, Mar del Plata, mayo-junio 2002.

VALORACION	ACTIVIDADES LIMITADAS POR LA ENFERMEDAD				
	MENCIONA ALGUNA ACTIVIDAD		MENCIONA NINGUNA ACTIVIDAD		TOTAL
	N°	%	N°	%	
ANTES	9	56,25	7	43,75	16
DESPUES	5	31,25	11	68,75	16
TOTAL	14	43,75	18	56,25	32

Fuente: Elaboración propia.

Cabe destacar que a partir de la implementación del taller, del 56,25 % que menciona actividades limitadas por la enfermedad, el 44,45 % modifica su respuesta mencionando ninguna. Un 55,55 % no modifica su respuesta. (Ver Tabla N° 8 y Gráfico N° 6)

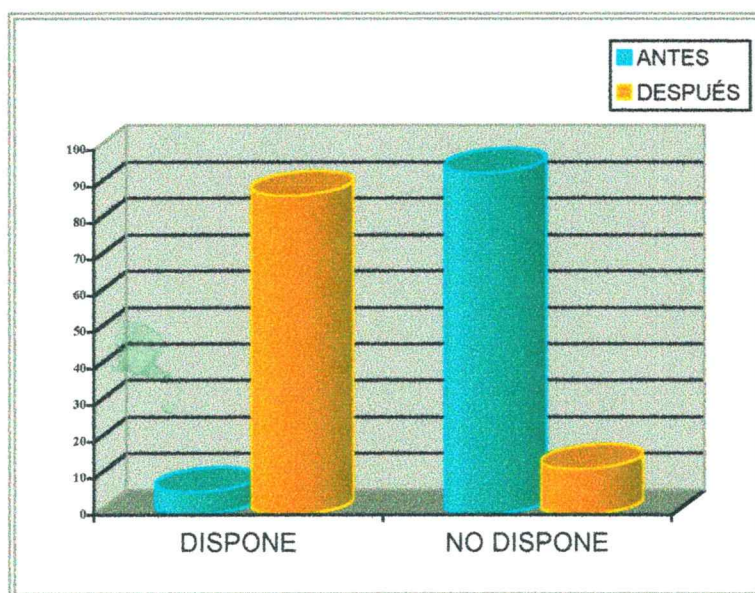
Gráfico N° 6: Modificación de la respuesta respecto a actividades limitadas por la enfermedad en niños de 8 a 11 años con diagnóstico de asma, que concurren al CER, valorada después de la implementación de taller, Mar del Plata, Arg., mayo-junio 2002.



Respecto a la participación en talleres de educación sobre asma, solo uno de los 16 niños de la muestra (6,2 %) refiere haber participado en algún taller con anterioridad, mientras que los otros 15 (93,8 %) mencionan no haber concurrido nunca.

En lo referente al automanejo de la crisis, los niños mencionan no haberla padecido estando solos.

Gráfico N°7: Disposición por escrito de un plan de acción a seguir en situación de crisis en niños de 8 a 11 años con diagnóstico de asma, que concurren al CER, valorada antes y después de la implementación de taller, Mar del Plata, Arg., mayo-junio 2.002



Fuente: Elaboración propia.

Antes de la implementación del taller uno de los niños menciona tener indicaciones por escrito de lugares a donde concurrir por ayuda.

El análisis de los datos muestra que después de la implementación del taller el 87,5 % de la muestra manifiesta disponer de un plan por escrito a seguir en situación de crisis. (Ver Gráfico N° 7)

Tabla N° 9: Resolución de la crisis en niños de 8 a 11 años con diagnóstico de asma, que concurren al CER, valorada antes y después de la implementación de taller, Mar del Plata, mayo-junio 2002.

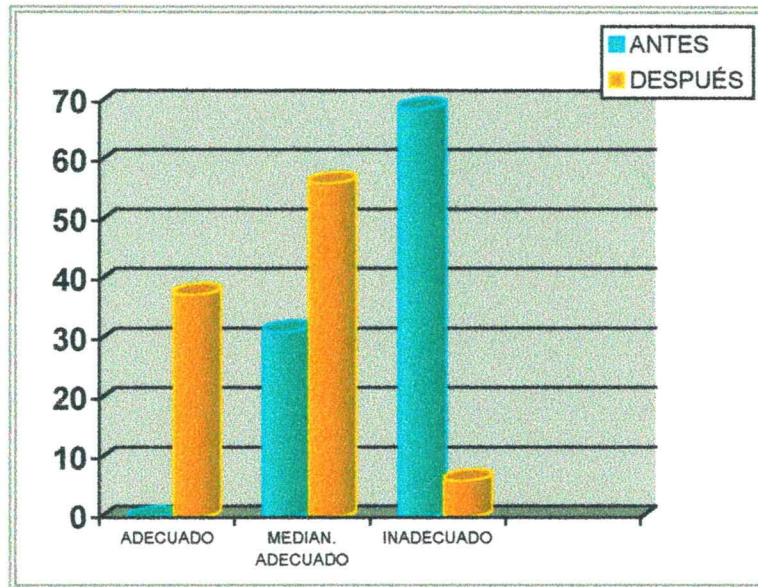
VALORACION	RESOLUCIÓN DE LA CRISIS						
	INADECUADO		MEDIAN. ADECUADO		ADECUADO		TOTAL
	N°	%	N°	%	N°	%	N°
ANTES	11	68,80	5	31,20	0	0,00	16
DESPUES	1	6,20	9	56,30	6	37,50	16
TOTAL	12	37,50	14	43,75	6	18,75	32

Fuente: Elaboración propia.

En la primera encuesta el 68, 8 % responde inadecuadamente con respecto a la resolución de la crisis, el 31, 3 % medianamente adecuado y ninguno responde en forma adecuada.

El análisis de los datos posterior al taller, revela un aumento en el porcentaje de niños que responden en forma adecuada y medianamente adecuada, con un 37,5 % y un 56,3 % respectivamente. Las respuestas inadecuadas disminuyen notablemente arrojando un 6,2 %.(Ver Tabla N° 9 y Gráfico N° 8)

X **Gráfico N°8:** Resolución de la crisis en niños de 8 a 11 años con diagnóstico de asma, que concurren al CER, valorada antes y después de la implementación de taller, Mar del Plata, mayo-junio 2002.



Diferencias en los índices: factores desencadenantes, pautas de tratamiento y crisis antes y después de la implementación del taller

Tabla N°10: Media , Desvío y prueba t del índice factor desencadenante, valorado antes y después de la implementación del taller, en niños de 8 a 11 años con diagnóstico de asma, que concurren al CER, , Mar del Plata, mayo-junio, 2002.

Índice 1					
Factor desencadenante					
	N°	M	S	t	gl
ANTES	16	3,87	0,34	-1,46	15
DESPUES	16	4,00	0,00		

Si bien la prueba t no evidenció una diferencia significativa entre el antes y después de la implementación del taller, en la tabla se puede observar que la media aumentó de 3,87 a 4,00.

Tabla N° 11: Media, Desvío y prueba t del índice pautas de tratamiento, valorado antes y después de la implementación del taller, en niños de 8 a 11 años con diagnóstico de asma, que concurren al CER, Mar del Plata, mayo-junio, 2002.

Índice 2					
Pautas de tratamiento					
	N°	M	S	t	gl
ANTES	16	2,25	1,00	-13,55	15
DESPUES	16	5,75	0,44		

* p <0,01

La prueba t confirmó una diferencia significativa entre las Medias del índice 2 (Pautas de tratamiento) obtenidas por los niños, evaluados antes y después de la implementación del taller.

Tabla N° 12: Media: Desvío y prueba t del índice crisis, valorado antes y después de la implementación del taller, en niños de 8 a 11 años con diagnóstico de asma, que concurren al CER, Mar del Plata, mayo-junio, 2002.

Índice 3					
Crisis	N°	M	S	t	gl
ANTES	16	4,25	0,77	-9,11	15
DESPUES	16	6,56	1,03		

* p <0,01

La prueba t confirmó una diferencia significativa entre las Medias del índice 3 (Crisis) obtenidas por los niños, evaluados antes y después de la implementación del taller.

Resultados de la participación y vínculo de los niños con sus pares y coordinadores durante los encuentros del taller

Primer encuentro: En la primera actividad el 12,5 % de los niños participó pasivamente (operando como observador del acontecer grupal), mientras que el 87,5% participó activamente (aportando conocimiento, sugiriendo ideas, expresando experiencias personales o resolviendo situaciones prácticas) ante las consignas dadas por los coordinadores. La participación respecto a las actividades dos y tres fue de un 6,2 % en forma pasiva y de un 93,8 % en forma activa. (Ver Gráficos N° 9 y 10)

La totalidad de los niños convocados se vincularon con los coordinadores y solo un 6,3% no se vinculó con sus pares.

Gráfico N° 9: Tipo de participación en la actividad 1 en niños de 8 a 11 años con diagnóstico de asma, que concurren al CER, registrada durante el primer encuentro del taller, Mar del Plata, mayo-junio 2002.

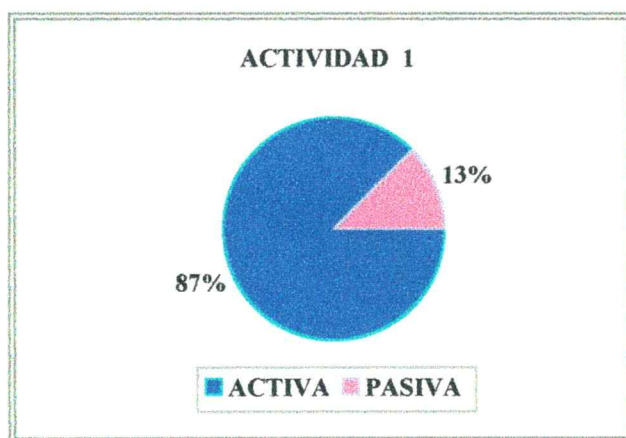
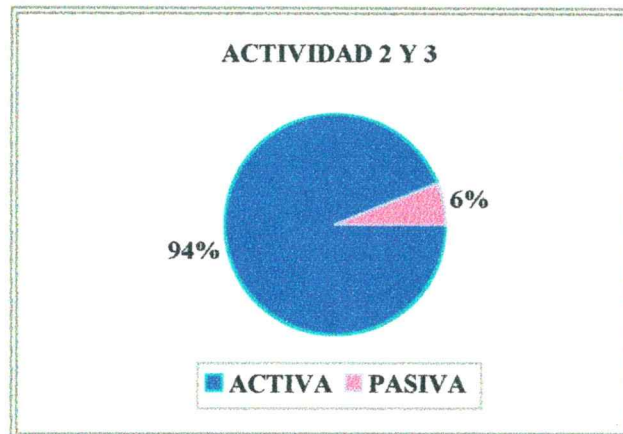


Gráfico N° 10 : Tipo de participación en las actividades 2 y 3 en niños de 8 a 11 años con diagnóstico de asma, que concurren al CER, registrada durante el primer encuentro del taller, Mar del Plata, mayo-junio 2002.



Segundo encuentro: Durante el desarrollo de las tres actividades el 98,8 % de los niños participó activamente, mientras que un 6,2 % lo hizo en forma pasiva. No se registraron conductas no participativas (realizar otra actividad ajena al taller).

Respecto al proceso de intercambio entre niños y coordinadores se observó en su totalidad.

INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS

En base a los resultados de este estudio exploratorio - descriptivo, se ha evidenciado que el Taller de Educación para la Salud ha contribuido en gran medida en el automanejo de niños de 8 a 11 años de edad, con diagnóstico de asma bronquial.

Teniendo en cuenta que no existían antecedentes del desempeño de Terapistas Ocupacionales en el área, esto adquiere relevancia, debido a los numerosos trabajos que han probado la importancia de los programas educativos para la calidad de vida de estos pacientes.

Como hemos descripto a lo largo de la tesis, la variable automanejo consta de múltiples indicadores que fueron abordados durante el desarrollo de los encuentros.

Es importante mencionar que si bien la mayoría de los niños conocía su condición de asmático, un pequeño porcentaje tenía dudas acerca de la misma, habiéndose modificado favorablemente a través de su participación en el taller. Numerosos autores resaltan la importancia de que el paciente comprenda, entre otros aspectos, el carácter crónico de la enfermedad. Considerando que cuanto mayor sea el conocimiento que posea, mejor resolverá las situaciones de riesgo ejerciendo conductas preventivas.¹

La mayoría de los niños, en una primera instancia, no logró expresar un concepto adecuado de enfermedad. Esto se revierte, luego de la participación en el taller, de manera significativa produciéndose un aumento del conocimiento en cuanto a etiología y síntomas. (Tabla N° 1)

Con respecto a factores desencadenantes, si bien antes de la implementación del taller los niños reconocían el factor capaz de afectar su sistema respiratorio y manifestaban evitar los más comunes, mediante el proceso de aprendizaje experimentado lograron ampliar su información con respecto a los mismos.

Dentro de los factores desencadenantes el ejercicio fue mencionado en mayor medida. La práctica inadecuada del mismo puede despertar síntomas, provocando como consecuencia posibles episodios de crisis. Es primordial que el niño comprenda que puede realizar actividad física normalmente, con un tratamiento adecuado y de ésta manera liberarse de prohibiciones injustificadas a las que pudo haber sido sometido por desinformación. Creemos que esta idea fue abordada durante los

¹ MAZZEI J.; JOLLY E. *Viviendo como asmático*. Ed. Celsius. Bs.As. 1990.

encuentros, viéndose reflejado posteriormente en las respuestas de los niños. (Gráfico N° 2)

Esto tiene una relación directa tanto con las actividades extraescolares como con aquellas limitadas por la enfermedad, ya que los niños mencionaron realizar en su mayoría actividades sedentarias, sintiéndose limitados en las referentes a deportes y recreativas al aire libre. A partir del abordaje grupal, donde se enfatizó que el paciente asmático puede llevar una vida normal si toma las medidas preventivas, un porcentaje de aquellos niños que había manifestado sentirse limitado pudo modificar esa creencia, como lo muestra el gráfico N° 6.

Consideramos que el hecho de que los niños realicen en su mayoría actividades sedentarias, puede deberse, entre otras cosas, al desconocimiento de la enfermedad por parte de los padres que conlleva a temores y falsas creencias. Esto fue investigado en otros trabajos donde se comprobó que un alto porcentaje de padres refirieron temores a los efectos secundarios de la medicación, así como la creencia de que el asma puede ser peligrosa para la vida de su hijo². Liu y Feekery, considerando el impacto que tiene la patología en la familia del paciente, concluyeron que un programa educativo aumenta el conocimiento de los padres, disminuye la ansiedad y morbilidad en el asma pediátrico³. Por ésta razón, creemos que es fundamental que la familia se interiorice acerca de la patología, favoreciendo el desarrollo físico, intelectual, afectivo y social acorde a la edad de su hijo, para que de ésta manera pueda llevar una vida activa, libre de síntomas.

Uno de nuestros objetivos terapéuticos fue que los niños pudieran aprender y vivenciar la respiración correcta así como técnicas de respiración y relajación (Índice 2: Pautas de tratamiento). Es importante mencionar que casi la totalidad de la muestra carecía de conocimientos acerca de estos contenidos, registrándose posteriormente una diferencia significativa, logrando así el objetivo propuesto.

En cuanto al Índice 3 (Crisis) se registró una diferencia significativa, con un alto porcentaje de niños que pudo modificar su actitud respecto a la aparición de síntomas en la clase de educación física, poseer un plan por escrito de lugares a donde

² BOCCHIERI P.I., CERDA M., *Terapia Ocupacional en el asma bronquial infantil*, Tesis de Grado, Universidad Nacional de Mar del Plata, 1995.

³ LIU C., FEEKERY C., Can Asthma education improve clinical outcomes? An evaluation of a pediatric asthma education program, *J-Asthma*, May, 38 (3); 2001.

concurrir por ayuda y resolución de situación de crisis, refiriendo poner en práctica una conducta activa acorde a lo esperado en tales circunstancias. Un ataque de asma puede comenzar en forma brusca, en cualquier momento y lugar, por lo tanto es necesario que los niños adquieran las herramientas que les posibiliten sobrellevar la situación sin perder la calma.

Si bien el Índice 1 (Factores desencadenantes) no arrojó una diferencia significativa, se observó un aumento de las medias, lo cual implica que existió una modificación favorable en relación a los objetivos planteados. Cabe destacar que se produjo un cambio de actitud, evidenciado en las encuestas administradas, donde existe un mayor reconocimiento del efecto nocivo del humo del tabaco y puesta en práctica de conductas de evitación ante el mismo.

Con respecto al desarrollo del taller, si bien todos los niños participaron en las actividades, tanto activa como pasivamente, se mostraron inhibidos en un primer momento. Consideramos que esta situación pudo revertirse debido al tamaño del grupo y a las técnicas participativas seleccionadas.

Creemos que la conformación de tres grupos, de número reducido, pudo haber favorecido un mayor compromiso y protagonismo en la tarea y de esta manera evitar que los niños se sustraigan del acontecer grupal.

En lo que se refiere a la relación vincular, durante el proceso de comunicación en los diferentes encuentros, se observó que todos los niños se vincularon con sus pares y coordinadores, excepto uno de ellos que presentó dificultades, pudiendo lograrlo finalmente en el segundo encuentro.

Se observó puntualidad, por parte del niño y su familia, reflejando interés y predisposición.

Al término de cada encuentro el espacio de comunicación con los padres fue muy productivo y un complemento importante para lograr los objetivos del taller. Se observó una excelente disposición por parte de los mismos, comentando dudas y experiencias personales de sus hijos.

Al finalizar el taller los niños manifestaron su ánimo de continuar y el agrado por la experiencia vivenciada.

CONCLUSIONES

A partir del análisis de los datos obtenidos llegamos a la conclusión de que el objetivo general de investigación planteado ha sido alcanzado, es decir, hemos logrado un aporte en el desarrollo de las habilidades de automanejo, en niños con asma bronquial. Este aporte se refleja en cada una de las dimensiones de la variable de estudio, abordadas a través de un Taller de Educación para la Salud: conoción de enfermedad, conocimiento de la enfermedad, factores desencadenantes, pautas de tratamiento, actividades escolares, actividades extraescolares y automanejo de la crisis. l

Si bien en todas ellas se produjeron modificaciones favorables, a partir de un abordaje preventivo, fueron más notables y se registraron diferencias significativas ($p < 0,01$) con respecto a la instancia de evaluación (anterior y posterior) en:

- ❖ Pautas de tratamiento (Conocimiento de la respiración correcta y de Técnicas de respiración y relajación).
- ❖ Automanejo de la crisis (Tanto en el ámbito escolar como en el caso de encontrarse solo).

Deseamos destacar que respecto a los factores desencadenantes y a las actividades limitadas por la enfermedad, de la primera instancia de evaluación a la segunda, hubo diferencias. Disminuyó tanto la cantidad de niños que mencionaron al ejercicio como factor (5,35%), así como casi la mitad de aquellos que habían mencionado encontrarse limitados en sus actividades, posteriormente modificaron su respuesta (44,45 %). Esto fue abordado durante el taller, resaltando que el niño con asma puede realizar las actividades que desee de manera adecuada y tomando las medidas preventivas correspondientes. Creemos que es fundamental, como Terapistas Ocupacionales, promover la participación del niño en todas aquellas actividades que favorezcan la expresión de sentimientos, refuercen la autoestima y el nivel de independencia.

Durante los encuentros no se presentaron dificultades en cuanto a la participación y la vinculación de los niños, donde a partir de la aplicación de

diferentes técnicas tendientes a la gratificación y productividad se logró la consolidación del grupo, generando un clima de trabajo ameno y espontáneo.

Dada su formación e incumbencias profesionales, el Terapista Ocupacional, tiene una importante función en la educación del paciente asmático y su familia, siendo ésta imprescindible para la promoción de cambios de conceptos, comportamientos y actitudes. Para ello es necesario implementar una metodología participativa que apunte al desarrollo de un estilo de vida lo más saludable y normal posible, donde el sujeto sea protagonista y creador de su propio proceso de salud.

Consideramos que a través del presente trabajo de investigación hemos logrado un aporte en el área pediátrica, definiendo el Rol del Terapista Ocupacional en el abordaje del paciente asmático y comprobando la importancia de su inclusión como parte del equipo interdisciplinario. Utilizando la metodología de taller el Terapista Ocupacional puede promover la ^{adopción} de medidas preventivas, brindando la información y las herramientas necesarias en lo referente a la adquisición de habilidades de automanejo, contemplando todos los aspectos de la patología desde un punto de vista bio-psico-social, apuntando además al desarrollo integral del niño.

SUGERENCIAS

- ❖ Teniendo en cuenta que las consecuencias de esta patología repercuten sobre el núcleo familiar, generando situaciones de estrés y angustia, es importante que los padres tengan conocimientos acerca del asma. Para ello sugerimos la realización de un taller para padres, donde además de contenidos teóricos se brinde un espacio para reflexionar sobre la influencia de la enfermedad en la dinámica familiar, temores, falsas creencias e inseguridades respecto al futuro del niño, entre otras cuestiones.
- ❖ Si bien durante el desarrollo del taller los niños aprendieron y vivenciaron ejercicios respiratorios, creemos que esto no es suficiente. Lo importante es la práctica diaria de los mismos, para que a partir del fortalecimiento del diafragma, los pacientes hagan de la respiración correcta un hábito. Teniendo en cuenta que la adquisición de un hábito se logra con el transcurso del tiempo, sugerimos que se realice un encuentro cada quince días durante dos meses a modo de reforzar específicamente este indicador.
- ❖ Está comprobado que el niño asmático puede llevar una vida normal si su enfermedad está controlada. Sin embargo surgen, con frecuencia en la escuela, dudas y miedos con respecto al efecto que puede producir la patología sobre el aprendizaje y la realización de deportes. Por eso sería conveniente que el Terapeuta Ocupacional se acerque al ámbito escolar para informar y aclarar conceptos, a fin de que los docentes y autoridades del colegio se interioricen acerca de los aspectos fundamentales del asma y evitar, de ésta manera falsos prejuicios y medidas innecesarias que perjudiquen el desempeño del niño.
- ❖ Además proponemos difundir el Rol del Terapeuta Ocupacional en el abordaje del paciente asmático a través de la publicación del trabajo de investigación en revistas de la Especialidad.

BIBLIOGRAFÍA
GENERAL

- Asociación de Médicos Residentes del Hospital de niños Ricardo Gutierrez y Comisión Argentina de Residentes del Equipo de Salud, Primeras jornadas de Prevención Primaria de la Salud, Fundación Banco de la Provincia de Bs. As., 20 al 25 de abril de 1987.
- BAULEO ARMANDO y otros; *Lo grupal*, Editorial Búsqueda, Buenos Aires, 1983.
- BRAS J., de la Flor J.E, Masdival R.M , *Pediatría de atención primaria*, Ed. Springer Verlag Ibérica, Barcelona, 1997.
- BINGOL-KARACOK-G; YILMAZ-M; SUR-S; UFUK-ALTINTAS-D; SARPEL-T; GUNETER-KENDIRILI-S; The effects of daily pulmonary rehabilitation program at home on childhood asthma, *Allergol-Immunopathol-Madr*, Jan-Feb; 26(1), 2000.
- BOCCHIERI, P. CERDA, M; *Terapia Ocupacional en el Asma Bronquial Infantil*; Tesis de la Licenciatura en Terapia Ocupacional; Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social, Mar del Plata , 1999.
- BRAZIL K. ; MC LEAN y otros; The influence of health education on family management of childhood Asthma ; *Patient Education and Counseling*; Vol 30. Nº2; Pág. 107-18; EE.UU. 1997.
- BROWN J: y otros. Asthma management by preschool children and their families: A. Developmental Framework; *Journal of Asthma*; Vol 33.; Nº 5; Pág. 299-311; Atlanta; USA; 1996.
- DESTUET S.; *Encuentros y marcas*; C.O.L.T.O.A. Grupo Editor; 1999.
- EDITORIAL, *Fundaler y la salud*, Editor Tec-Plan, Volumen 3, Nº1 , 1.997.
- FARIAS A.; *Prevención, Taller y Organización*; Material Didáctico; U.N.M.D.P; 2001.

- FERRER H A y otros, *Educación para la salud: propuestas para su integración en la escuela*, Aragón, 1999.
- GINA: us Department of Health and Human Services. Public Health Service. National Institutes of Health. National Health, Lung, and Blood Institute. *Pocket Guide for Asthma Management and Prevention. Global Initiative for Asthma*. EE.UU.; Dic 1995.
- GISBERT ALÓS, V., MARDOMINGO SANZ, M.J., y otros, *Educación especial*, Editorial Cincel, 10º Edición, Colombia, 1980.
- GUENDELMAN S., MEADE K; BENSON M; CHEN Y Q; SAMUELS S; Improving asthma outcomes and self-management behaviors of inner-city children: a randomized trial of the Health Buddy interactive device and an asthma diary, *Arch Pediatr Adolesc Med*, Feb, 156 (2), 2002.
- HERNÁNDEZ SAMPIERI R., FERNÁNDEZ COLLADO C., BAPTISTA LUCIO P., *Metodología de la investigación*, 2ª Ed., Editorial McGraw-Hill Interamericana, México, 1.998.
- HOPKINS HELEN L, *Alcance de la terapia ocupacional*; en Hopkins,H.L. y Smith, H.D.; Willard / Spackman. *Terapia Ocupacional*; Madrid; Ed. Médica Panamericana; 8ª Edición; 1998.
- KROEGER, A., LUNA, R., *Atención Primaria de la Salud, principios y métodos*, 2ª Edición, Ed. Pax México, 1992.
- LESPADA J.C.; *Aprender haciendo*, Editorial Humanitas, Bs. As., Argentina, 1989.
- LIU C., FEEKERY C., Can Asthma education improve clinical outcomes? An evaluation of a pediatric asthma education program, *J-Asthma*, May, 38 (3); 2001.
- LOPEZ C. *Talleres, ¿Cómo hacerlos?*. 1 Edición. Editorial Troquez; .Bs. As 1993.

- MARTIJENA N; Ecología Humana: Nueva dimensión de la Terapia Ocupacional. ¿Utopía o realidad?; Gráfica Centauro; mayo de 1995.
- MAZZEI J.; JOLLY E; *Viviendo como asmático*; Ed. Celsius; Bs.As; 1990.
- MEURER.-JR; MCKENZIE-Sq; , MISCHLER-E; SUBICHIN-S; MALLORY-M.I; SEROWE-Y; The awesome fljflp'ni School Davs Program. educating sfilflrsa~ inspiring a community, *J-Sch-Health*. Feb, 69(2)i 63-S, 1999.
- MONTIELR.(google.)<http://www.harccourt-international.com/journals/rmed/previous.cfm?art=rmed.2000.0888>
- NÚÑEZ C., BACCIADONE S., ALARCÓN M. G., Tesis de Grado, Universidad Nacional de Mar del Plata, 1998.
- PARTRIDGE M.R; Asthma: lessons from patient educatio; *Patient Education and Counseling*; Vol. 26 (1-3); Septiembre 1995.
- PEREZ-HG; FELDMAN L, CABALLERO F; Effects of a self-management educational program for the control of childhood asthma, *Patient-Educ-Couns*, Janr 36(1), 1999.
- PIAGET J; *Seis Estudios de Psicología*; 3º Edición; Editorial Biblioteca Sudamericana Planeta; Bs. As; 1986.
- Proyecto de Ley. Título 1: Del ejercicio profesional de la Terapia Ocupacional. Marco, requisitos e incumbencias; Corresponde espte 01/ 48/ 96/97.
- RENOULT BERNARD Y NOËLLE, VIALARET CORINNE; *Dramatización infantil. Expresarse a través del teatro*, Editorial Marcea S.A., Madrid, 1994
- RICH-M; LAMOLA-S; EL AMORY C.I; SCHNEIDER L; Asthma in life context. Video Intervention/Prevention Assessment (VIA), *Pediatrics*, Mar, 105(3 Pt 1), . 2000.

- RODRÍGUEZ FERNANDEZ- OLIVA CR, SANZ ALVAREZ A, Resultados de un estudio cualitativo sobre el manejo familiar del asma infantil. Recomendaciones prácticas para el seguimiento en consulta, *ARTÍCULOS ORIGINALES Canarias Pediátrica*, Vol.24 - nº 1 - Enero-Abril, 2000.
- ▪ REYES, ARISTIZABAL, LEAL; *Neumunología Pediátrica. Infecciones Alergias y enfermedades respiratorias en el niño*; 3ª Edición; Capítulos 65-70; Editorial Médica Panamericana; Bs. As; 1998.
- SEIREF L; *El cuerpo el espacio que habitamos*; Editorial del escritor libros; Bs.As. ; Argentina; 1993.
- SHEGOG R., BARTHOLOMEW L.K; PARCEL G.S; SOCKRIDER M.M; MASSE L; ABRAMSOM S.L; Impact of a computer-assisted education program on factors related to asthma self-management behaviors, *J-Am-Med-Inform-Assos*, Jan-Feb, 8 (1), 2001.
- VEYRA M.E., RODRIGUEZ G., y otros; *Proyecto de Pos-Grado: Administración estratégica en Salud Mental*; Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social; U.N.M.D.P, 1999.
- WARCHAVSKI, G.; *T.O. grupal en COLTO III*; T.O. Actualizaciones en teoría y clínica; 1995.
- www.nhlbi.nih.gov/health/publi/lung
- www.rpinternet.com.ar/1998/04
- www.infodoctor.org/respirar/biblioteca
- www.hasma.org/pge17.htm/
- www.strokecenter.org/pat/español.htm
- [http://www.respirar.org/\(google.\)](http://www.respirar.org/(google.))
- [http://www.respirar.org/familia/tabaco/tabaco.htm\(google.\)](http://www.respirar.org/familia/tabaco/tabaco.htm(google.))
- [http://www.asma bronquial.freervers.com/ \(google.\)](http://www.asma bronquial.freervers.com/ (google.))
- [http://www.asmainfantil.com/ninos.htm \(google.\)](http://www.asmainfantil.com/ninos.htm (google.))

- YOUNG N..L., FOSTER A.M; PARKIN P.C; Assessing the efficacy of a school-based asthma education program for children: a pilot study, *Can-J-Public-Health*, Jan-Feb, 92 (1), 2001.

ANEXO 1

*"TALLERES DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN ASMA
BRONQUIAL PEDIÁTRICO.
UN ENFOQUE DESDE TERAPIA OCUPACIONAL"*



DESARROLLO DEL TALLER

- † El taller constó de dos encuentros, con una duración aproximada de 2:30 hs. cada uno.
- † Co-coordinación: Carbajo, Sabrina y Navone, María Cecilia.
- † Observación: Xifra, María Julia
- † Los talleres se llevaron a cabo bajo la supervisión de la Lic. en Psicología Ana María García y el Dr. Especialista en Neumonología Jorge Taborda.
- † Lugar: CER. (Centro Respiratorio), Mar del Plata, Argentina.
- † Fecha: Mayo –Junio 2002.

PRIMER ENCUENTRO

Durante el primer encuentro se desarrollaron los siguientes contenidos:

- † **Noción de enfermedad**
- † **Factores desencadenantes**

CONTENIDOS:

- Noción de Enfermedad.
- Anatomía y Fisiología del Aparato Respiratorio.(normal y patológico).
- Reconocimiento corporal de los síntomas.
- Factores desencadenantes.

OBJETIVOS: Que el niño logre:

- Adquirir nociones de enfermedad y condición de asmático.
- Conocer la Anatomía y Fisiología normal y patológica del Aparato Respiratorio.
- Aprender qué es un factor desencadenante.

- Identificar los factores desencadenantes.
- Reconocer los síntomas corporales de una crisis.
- Desarrollar conductas funcionales y activas ante la presencia de factores desencadenantes.

ACTIVIDADES

Presentación de las talleristas al grupo. (Se explicó al grupo que el taller constaría de dos encuentros, el porqué y para qué de su realización)

1º ACTIVIDAD

Presentación grupal

Técnica del ovillo

Para realizar esta técnica se solicita al grupo que se ubique en círculo. Uno de los integrantes del grupo se presenta con el ovillo en la mano, toma la punta del ovillo y arroja el mismo a otro participante, quien luego de su presentación toma un segmento de lana y debe elegir a otro integrante.

Cuando todos los participante han terminado de presentarse se los invita a desenredar la telaraña formada con la lana. Esta última consigna permite un acercamiento corporal en el grupo, promueve confianza y seguridad grupal.

Material: ovillo de lana.

2º ACTIVIDAD

Para esta actividad la técnica utilizada, fue la “**lluvia de ideas**”. La consigna consiste en preguntar qué piensan o qué saben del tema que se va a tratar, en este caso la pregunta es qué sabe el grupo de asma. Cada uno de los participantes tiene la libertad de escuchar o de expresar que le sugiere la palabra o frase que se usa como disparador.

Cada una de las frases o palabras que han surgido del grupo se anotan en una pizarra o cartel. Luego los coordinadores redondean los conceptos expresados por los chicos. Algunos conceptos se refuerzan y otros se aclaran.

3º ACTIVIDAD

Juego del rompecabezas

Se entregó al grupo un rompecabezas del Aparato Respiratorio y músculos respiratorios principales.

El objetivo de esta actividad fue reforzar los contenidos teóricos básicos necesarios para la realización posterior de ejercicios respiratorios.

Materiales: Rompecabezas del aparato respiratorio y músculos respiratorios principales.

Cierre del 1º encuentro

Durante el cierre los coordinadores ofrecen al grupo un espacio para comentar su parecer acerca del encuentro (expectativas, inquietudes, agrado o desagrado con respecto a las actividades propuestas). Luego se entregó a los participantes, sitios de internet sobre asma para niños.

SEGUNDO ENCUENTRO

Durante el segundo encuentro se desarrollaron los siguientes contenidos:

CONTENIDOS:

- Crisis. Reconocimiento de los signos y síntomas de una crisis.
- Resolución (como actuar frente a la crisis)
- Ejercicios respiratorios.

OBJETIVOS:

- Reconocer signos y síntomas de la crisis.
- Conocer conductas funcionales posibles de poner en práctica ante una situación de crisis.
- Aprender ejercicios respiratorios. Reconocer su función, importancia y en qué momento implementarlos.

Se realizó, en primer lugar, una breve síntesis de los contenidos desarrollados en el primer encuentro.

1º ACTIVIDAD

Trabajo corporal

Se realizó con los niños una representación corporal del Aparato respiratorio, con el objetivo de facilitar la comprensión de la mecánica respiratoria.

2º ACTIVIDAD

Aprendizaje de los ejercicios respiratorios:

Precedentemente a los ejercicios respiratorios específicos, se practicó con los niños ejercicios de desplazamiento por el espacio. Se consignó al grupo seguir distintos ritmos, modificar las formas de marcha, recurriendo a ejercicios como pequeños saltitos, marcha rápida o lenta, ruidosa (golpeando el suelo con los pies) o silenciosa (caminado en puntillas).

Esta técnica funciona de nexo con los ejercicios respiratorios propiamente dichos, ya que posibilita al grupo experimentar la modificación del ritmo respiratorio según el movimiento corporal para luego poder controlar la dinámica respiratoria mediante la respiración correcta o diafragmática.

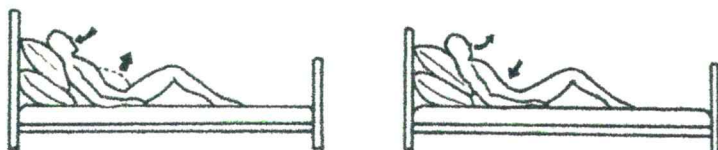
Ejercicios Respiratorios:

- En el asma la parte superior del tórax trabaja demasiado. Los ejercicios de respiración pueden mejorar esto, ayudándolo a usar la parte inferior.
- Durante todos los ejercicios es importante concentrarse más en la exhalación que en la inhalación.
- Los ejercicios respiratorios nos permiten aprender a respirar con el diafragma. Éstos deben realizarse en una posición cómoda y concentrándose en el movimiento.

Ejercicio 1:

- Acuéstese boca arriba, flexione sus piernas y trate de que a medida que toma aire suavemente por la nariz su abdomen se vaya inflamando y su pecho no se levante.
- Coloque los dedos o nudillos suavemente sobre la parte superior del abdomen, inmediatamente debajo de los bordes inferiores de las costillas.

- Relaje los hombros y la parte superior del pecho. Respire hacia fuera lentamente y sienta como se hunde su abdomen.
- Suelte posteriormente el aire suavemente como lo muestra la figura.



- Observe como sus dedos se levantan cuando usted respira hacia adentro y descenden cuando usted respira hacia fuera.
- Trate de hacer la respiración hacia fuera cada vez mas larga.
- Debe practicar este ejercicio hasta que se convierta en un hábito de respiración.

Ejercicio 2:

Este ejercicio ayuda a hacer el mejor uso de la parte inferior de los pulmones y evita que las costillas inferiores se pongan fijas y rígidas.

- Siéntese cómodamente y relajado.
- Coloque la palma de su mano sobre sus costillas inferiores, justo en su costado y deje el otro brazo relajado.
- Respire hacia fuera y deje que las costillas se hundan, oprimiendo levemente hacia adentro con la mano al final de cada respiración.
- Respire hacia adentro, expandiendo las costillas inferiores hacia fuera de manera que empujen su mano hacia fuera.
- Relájese y luego respire hacia fuera otra vez.
- Trate de limitar el movimiento a las áreas que están bajo las manos, manteniendo inmóvil la parte superior del tórax.

■ Los niños deben practicar doce respiraciones de un lado, relajarse y luego repetir las respiraciones del otro lado. Después pueden practicarlo con las dos manos.

■ Aclarar que no se debe practicar este ejercicio durante los episodios de respiración difícil.

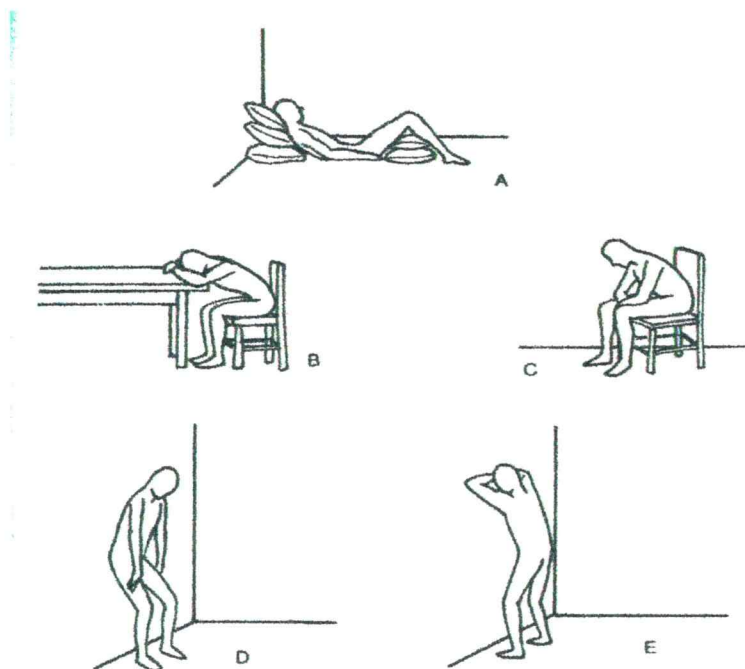
Relajación y respiración durante una crisis:

Hay posiciones que son llamadas posturas de relajación. Es conveniente practicarlas como ejercitación, ya que son posiciones apropiadas para utilizar en el momento de una crisis.

Existen tres posturas:

ACOSTADO

Colóquese almohadas detrás de la cabeza y de la espalda quedando reclinado, los brazos a los costados del cuerpo y las piernas flexionadas sobre almohadones. Esta postura es la que le permite relajar la mayor cantidad de músculos. (figura A)



SENTADO

También es posible relajarse en esta posición. Deben apoyar los brazos en una mesa. (Figura B) o bien inclinarse hacia delante apoyando los codos sobre las rodillas (Figura C).

PARADO

Existen dos posturas entre las cuales puede elegir: apoyando su espalda contra la pared, separando los pies de la misma y dejando flojos los brazos y la cabeza (Figura D) o bien de frente a la pared colocando su cabeza sobre los antebrazos (Figura E).

Durante la crisis es importante adoptar una posición relajada, adecuada a la circunstancia de ese momento, ya sea acostado, sentado o parado. Respirar con el diafragma, en forma tranquila y concentrándose en la respiración son los pasos a seguir, tratando de no tomar demasiado aire y al soltarlo haciéndolo entre los dientes, repitiéndolo hasta sentir que el episodio está siendo controlado.

Recomendaciones: Antes de iniciar los ejercicios se debe aflojar la ropa apretada o ajustada. Relajar los hombros y observar toda la postura en general. Inmovilizar la parte superior del tórax y usar la inferior. Concentrarse en respirar hacia fuera en vez de hacia dentro. Practicar los ejercicios dos veces al día, en sesiones de diez minutos.

3° ACTIVIDAD

Dramatización de la situación de crisis asmática:

La intervención de los coordinadores fue establecer el encuadre: Lugar (escuela, casa, plaza, etc), Selección de roles (flia, compañeros, amigos, etc.), momento del día donde transcurren los hechos.

El juego dramático se realizó en dos etapas. En la primera solo se estableció el encuadre y los niños actuaron libremente. Posteriormente se revisaron las actitudes tomadas por los personajes, afianzando las positivas y modificando las negativas. En la segunda etapa se realizó nuevamente la escena de conflicto con las reformas analizadas anteriormente.

La bibliografía consultada para la realización de los ejercicios respiratorios fue:

MAZZEI J.; JOLLY E; *Viviendo como asmático*; Ed.Celsius; Bs.As; 1990

<http://neumopediatria.colombianet.net/infopa3.htm>

CONSEJOS PARA EL PACIENTE

Primeras Señales de aviso. Aquí te doy una lista de las señales de aviso para que tú la puedas completar.

Recuerda las primeras señales de aviso ocurren antes de tener dificultades en tu respiración.

Lista de las Primeras Señales de Aviso

___ Opresión en el pecho	___ Tos
___ Falta de aire	___ Sibilancias

En una crisis de asma se deben considerar TRES COSAS:

1° TOMÁ TUS MEDICAMENTOS

Hacelo siempre de acuerdo con las indicaciones del plan de tratamiento de la crisis concertado previamente con tu médico.

2° NO PIERDAS LA CALMA

Sentate erguido o algo inclinado hacia delante. Tus manos pueden descansar sobre tus rodillas para sostener el tórax.

El cuerpo no debe estar muy flexionado hacia delante, pues el abdomen comprimiría el tórax. Tratá de enlentecer tu respiración.

3° NO TE DEMORES EN SOLICITAR AYUDA

Usa las primeras señales de aviso para cuidar de tu asma. Cuando sientas las primeras señales de aviso, decile a un adulto que te pueda ayudar:

- En la escuela le puedes decir al maestro
- Cuando está en prácticas de fútbol se lo dices al entrenador
- En casa se lo puede decir a tu papá o a tu mamá o telefonar algún familiar en caso de estar solo.

Escribe sus nombres aquí:

En la escuela yo le puedo decir a _____

En casa yo le puedo decir a _____ o telefonar _____

Durante los deportes yo le puedo decir a _____ o telefonar _____

Después de la escuela yo le puedo decir a _____ o telefonar _____

En casa de mis amigos yo le puedo decir a _____ o telefonar _____

En _____ yo le puedo decir a _____ o telefonar _____

Factores Desencadenantes	Lunes	Martes	Miér.	Jueves	Viernes	Sábado	Domin.	Total
EL CLIMA FUE:								
Frío								
Lluvioso								
Ventoso								
¿TUVO INFECCIONES?								
Gripe								
Resfrío								
Sinusitis								
otra								
¿DÓNDE ESTUVO?								
Escuela								
Hogar								
Viajes								
Otros								
ESTUVO EN CONTACTO CON:								
Humo, Tabaco								
Polvo, Polenos								
Plumas, Hongos								
Detergentes, Jabones								
Cosméticos, Perfumes								
Insecticidas								
Animales								
Productos químicos								
Otros								
¿QUE USÓ?								
Lana								
Cuero								
Plumas								
Otros								
¿TOMÓ MEDICAMENTOS?								
Aspirina								
Analgésicos								
Gotas nasales								
Antibióticos								
Otros								
¿Experimentó situaciones de Tensión o Ansiedad?								
Risa								
Llanto								
Examen								
Peleas entre hermanos								
Cumpleaños								
Nacimientos								
Mudanzas								
Enojo								

¿QUE COMIO?								
Harinas, cereales, pastas.								
Productos lácteos, leche, Huevos, derivados.								
Carnes Vacunas								
Pescados								
Aves								
Tomate								
Maní								
Frutas								
Verduras								
Golosinas								
Bebidas								
Otros								
¿EN QUÉ HORARIO TUVO LAS MOLESTIAS?								
Madrugada								
Mañana								
Mediodía								
Tarde								
Noche								

ANEXO 2

FICHA DE OBSERVACION

TALLER DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

INSTITUCIÓN:

FECHA:

OBSERVADOR:

GRUPO N°:

ENCUENTRO N°:

Nombre del niño	VINCULO				PARTICIPACION									ASISTENCIA		
	PARES		COORDIN.		ACTIVIDAD 1			ACTIVIDAD 2			ACTIVIDAD 3			P	A	
	SI	NO	SI	NO	ACTIVA	PASIVA	NO PART.	ACTIVA	PASIVA	NO PART.	ACTIVA	PASIVA	NO PART.			

OBSERVACIONES:

REFERENCIAS:

PARTICIPACIÓN ACTIVA: Proceso por el cual el niño aporta conocimiento, sugiere ideas, expresa experiencias personales, expresa diferencias en relación a la opinión de otros y resuelve situaciones prácticas respondiendo a las consignas dadas por los coordinadores.

PARTICIPACIÓN PASIVA: Proceso por el cual el niño opera como observador del acontecer grupal.

NO PARTICIPATIVA: Realiza otra actividad ajena al taller.

VÍNCULO: Proceso mediante el cual, a través de un intercambio verbal y/o no verbal, se genera un espacio de comunicación de carácter dialéctico y bidireccional, aportando a la relación común y al enriquecimiento mutuo. Sucede en un espacio particular o encuadre que actúa como organizador.

SI: Se indica esta opción cuando existe intercambio verbal o gestual.

NO: Se indica esta opción cuando no existe intercambio verbal o gestual.

ENCUESTA AL NIÑO ASMÁTICO

DATOS PERSONALES:

EDAD.....SEXO.....ESCOLARIDAD.....

1. NOCIÓN DE ENFERMEDAD

1.1. ¿ Vos tenés asma?

- SI
- NO
- NO CONTESTA

1.2. ¿Sabés qué es asma?

.....

2. FACTORES DESENCADENANTES

2.1. Nombrame las cosas o situaciones que te pueden provocar una crisis.

.....

2.2. ¿ En tu casa fuman?

- SI
- NO
- NO CONTESTA

2.3. ¿Qué hacés si alguien fuma delante de tuyo?

- 2.3.1. SE QUEDA
- 2.3.2. SE ALEJA
- 2.3.3. PIDE QUE DEJEN DE FUMAR

2.4. ¿Creés que el hecho de que alguien fume delante tuyo puede afectarte?

- SI
- NO
- NO CONTESTA

3. PAUTAS DE TRATAMIENTO

3.1 ¿Sabés cuál es la respiración correcta?

- SI
 NO
 NO CONTESTA

3.2.¿Conocés técnicas de respiración y relajación?

- SI
 NO
 NO CONTESTA

3.3.¿Practicás éstas técnicas de respiración y relajación?

- SI
 NO
 NO CONTESTA

3.4.¿Cuántas veces por semana las practicás?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

4. ACTIVIDADES ESCOLARES

4.1. ¿Qué hacés cuando te sentís mal en la clase de educación física?

.....

5. ACTIVIDADES EXTRAESCOLARES

5.1. ¿Qué actividades hacés después de la escuela?

.....

5.2. ¿Hay actividades que te gustaría hacer y no hacés por tu asma?

.....

5.3. ¿Concurriste a algún taller de educación sobre asma?

- SI
 NO
 NO CONTESTA

6. AUTOMANEJO DE LA CRISIS

6.1 ¿Tenés indicaciones por escrito de lugares a donde concurrir por ayuda en el caso de estar solo?

- SI
- NO
- NO CONTESTA

6.2. ¿Alguna vez tuviste una crisis y estabas solo?

- SI
- NO
- NO CONTESTA

6.3. Si alguna vez tuvieras una crisis estando solo ¿Cómo la resolverías?

.....

ANEXO 3

DIMENSIONAMIENTO DE LA VARIABLE

AUTOMANEJO PREVENTIVO

1 . Noción de enfermedad

1 . 1 Conocimiento de la enfermedad

1.1.1. SI : Se indica esta opción cuando menciona por lo menos tres aspectos fundamentales de la enfermedad: etiología, factores desencadenantes, sintomatología.

1.1.2. NO : Se indica esta opción cuando menciona menos de tres aspectos fundamentales de la enfermedad: etiología, factores desencadenantes, sintomatología.

1 . 2 Conocimiento de su condición de asmático

1.2.1. SI : Se indica esta opción cuando reconoce padecer esta enfermedad.

1.2.2 NO : Se indica esta opción cuando no reconoce padecer esta enfermedad.

2 . Factores desencadenantes

2 . 1. Humo de tabaco

2.1.1. Reconoce el efecto nocivo que produce en su salud.

2.1.1.1. SI : Se indica esta opción cuando lo nombra como factor desencadenante.

2.1.1.2. NO : Se indica esta opción cuando no lo nombra como factor desencadenante

2.1.2. Evita la exposición dentro de sus posibilidades.

2.1.2.1. SI : Se indica esta opción cuando manifiesta realizar las acciones para evitar la exposición al factor desencadenante.

2.1.2.2. NO : Se indica esta opción cuando no manifiesta realizar las acciones para evitar la exposición al factor desencadenante.

2 . 2. Olores fuerte irritantes

2.2.1. Reconoce el efecto nocivo que produce en su salud.

2.2.1.1. SI : Se indica esta opción cuando lo nombra como factor

desencadenante.

2.2.1.2. NO: Se indica esta opción cuando no lo nombra como factor desencadenante.

2.2.2. Evita la exposición dentro de sus posibilidades.

2.2.2.1. SI : Se indica esta opción cuando manifiesta realizar las acciones para evitar la exposición al factor desencadenante.

2.2.2.2. NO : Se indica esta opción cuando no manifiesta realizar las acciones para evitar la exposición al factor desencadenante.

2.3. Ejercicios y deporte

2.3.1. Reconoce el efecto nocivo que produce en su salud la práctica inadecuada de ejercicios y deporte.

2.3.1.1. SI : Se indica esta opción cuando manifiesta la necesidad de tomar las medidas preventivas en la realización de ejercicios y deporte.

2.3.1.2. NO : Se indica esta opción cuando no manifiesta la necesidad de tomar las medidas preventivas en la realización de ejercicios y deporte.

2.3.2. Evita que se convierta en un factor desencadenante.

2.3.2.1. SI : Se indica esta opción cuando manifiesta realizar las medidas preventivas en la práctica de los ejercicios y deporte.

2.3.2.2. NO : Se indica esta opción cuando no manifiesta realizar las medidas preventivas en la práctica de los ejercicios y deporte.

2.4. Calefacción inadecuada

2.4.1. Reconoce el efecto nocivo que produce en su salud.

2.4.1.1. SI : Se indica esta opción cuando manifiesta la necesidad de tomar las medidas preventivas para evitar la exposición al factor desencadenante.

2.4.1.2. NO : Se indica esta opción cuando no manifiesta la necesidad de tomar las medidas preventivas para evitar la exposición al factor desencadenante.

2.4.2. Evita la exposición dentro de sus posibilidades.

2.4.2.1. SI : Se indica esta opción cuando manifiesta realizar las

acciones para evitar la exposición al factor desencadenante.

2.4.2.2 NO : Se indica esta opción cuando no manifiesta realizar las acciones para evitar la exposición al factor desencadenante.

2.5. *Polvo de habitación*

2.5.1. Reconoce el efecto nocivo que produce en su salud.

2.5.1.1. SI : Se indica esta opción cuando manifiesta la necesidad de tomar las medidas preventivas para evitar la exposición al factor desencadenante.

2.5.1.2. NO : Se indica esta opción cuando no manifiesta la necesidad de tomar las medidas preventivas para evitar la exposición al factor desencadenante.

2.5.2. Evita la exposición dentro de sus posibilidades.

2.5.2.1. SI : Se indica esta opción cuando manifiesta realizar las acciones para evitar la exposición al factor desencadenante.

2.5.2.2. NO : Se indica esta opción cuando no manifiesta realizar las acciones para evitar la exposición al factor desencadenante.

2.6. *Animales domésticos*

2.6.1. Reconoce el efecto nocivo que produce en su salud.

2.6.1.1. SI : Se indica esta opción cuando manifiesta la necesidad de tomar las medidas preventivas para evitar la exposición al factor desencadenante.

2.6.1.2. NO : Se indica esta opción cuando no manifiesta la necesidad de tomar las medidas preventivas para evitar la exposición al factor desencadenante.

2.6.2. Evita la exposición dentro de sus posibilidades.

2.6.2.1. SI : Se indica esta opción cuando manifiesta realizar las acciones para evitar la exposición al factor desencadenante.

2.6.2.2. NO : Se indica esta opción cuando no manifiesta realizar las acciones para evitar la exposición al factor desencadenante.

2.7. *Alimentos*

2.7.1. Reconoce el efecto nocivo que produce en su salud en caso de ser alérgico.

2.7.1.1. SI : Se indica esta opción cuando manifiesta la necesidad de tomar las medidas preventivas para evitar la exposición al factor desencadenante.

2.7.1.2. NO : Se indica esta opción cuando no manifiesta la necesidad de tomar las medidas preventivas para evitar la exposición al factor desencadenante.

2.7.2. Evita la exposición dentro de sus posibilidades.

2.7.2.1. SI : Se indica esta opción cuando manifiesta realizar las acciones para evitar la exposición al factor desencadenante.

2.7.2.2. NO : Se indica esta opción cuando no manifiesta realizar las acciones para evitar la exposición al factor desencadenante.

3 . Medidor pico flujo

En el asma leve no se dimensiona dado que el criterio médico indica que no es necesario su utilización en dicha categoría de pacientes.

3 .1 Conocimiento

3.1.1. Asma moderada.

3.1.1.1. SI : Se indica esta opción cuando menciona los pasos requeridos para su uso: (utilización correcta, registro del valor, mantenimiento, valorización de los resultados), considerándose adecuado que de 6 a 7 años, reciba ayuda del adulto.

3.1.1.2. NO : Se indica esta opción cuando no menciona los pasos requeridos para su uso, o cuando tiene entre 8 y 11 años y recibe ayuda del adulto.

3.1.2. Asma severa

3.1.2.1. SI : Se indica esta opción cuando menciona los pasos requeridos para su uso: (utilización correcta, registro del valor, mantenimiento, valorización de los resultados), considerándose adecuado que de 6 a 7 años, reciba ayuda del adulto.

3.1.2.2. NO : Se indica esta opción cuando no menciona los pasos requeridos para su uso, o cuando tiene entre 8 y 11 años y recibe

ayuda del adulto.

4 . Medicación

4. 1. Reconocimiento de los tipos de medicación: es el conocimiento del efecto que produce cada una.

4.1.1. Preventiva

4.1.1.1. De 6 a 7 años

4.1.1.1.1. SI : Se indica esta opción cuando manifiesta seleccionar, solo o con ayuda del adulto, la medicación antiinflamatoria que debe administrarse.

4.1.1.1.2. NO : Se indica esta opción cuando manifiesta no seleccionar la medicación antiinflamatoria que debe administrarse.

4.1.1.2. De 8 a 11 años

4.1.1.2.1. SI : Se indica esta opción cuando manifiesta seleccionar sólo la medicación antiinflamatoria que debe administrarse.

4.1.1.2.2. NO : Se indica esta opción cuando manifiesta no seleccionar la medicación antiinflamatoria que debe administrarse.

4.1.2. Para la crisis

4.1.2.1. De 6 a 7 años

4.1.2.1.1. SI : Se indica esta opción cuando manifiesta seleccionar, solo o con ayuda del adulto, la medicación broncodilatadora que debe administrarse.

4.1.2.1.2. NO : Se indica esta opción cuando manifiesta no seleccionar la medicación broncodilatadora que debe administrarse.

4.1.2.2. De 8 a 11 años

4.1.2.2.1. SI : Se indica esta opción cuando manifiesta seleccionar sólo la medicación broncodilatadora que debe administrarse.

4.1.2.2.2. NO : Se indica esta opción cuando manifiesta no seleccionar la medicación broncodilatadora que debe administrarse.

4. 2 . Administración de la medicación

4.2.1. Inhalador

4.2.1.1.SOLO: Se indica esta opción cuando se administra, sólo, la medicación antiinflamatoria indicada y tiene entre 8 y 11 años.

4.2.1.2.CON SUPERVISIÓN: Se indica esta opción cuando se administra la medicación antiinflamatoria indicada, con supervisión del adulto, y tiene entre 6 y 11 años.

4.2.1.3. CON AYUDA: Se indica esta opción cuando se le administra la medicación antiinflamatoria indicada y tiene entre 6 y 7 años.

4.2.2. Nebulizador

4.2.2.1. SOLO: Se indica esta opción cuando se administra, sólo, la medicación antiinflamatoria indicada y tiene entre 8 y 11 años.

4.2.2.2.CON SUPERVISIÓN: Se indica esta opción cuando se administra la medicación antiinflamatoria indicada, con supervisión del adulto, y tiene entre 6 y 11 años.

4.2.2.3.CON AYUDA: Se indica esta opción cuando se le administra la medicación antiinflamatoria indicada y tiene entre 6 y 7 años.

4.2.3. Otros (pastillas, jarabe)

4.2.3.1.SOLO: Se indica esta opción cuando se administra, sólo, la medicación antiinflamatoria indicada y tiene entre 8 y 11 años.

4.2.3.2.CON SUPERVISIÓN: Se indica esta opción cuando se administra la medicación antiinflamatoria indicada, con supervisión del adulto, y tiene entre 6 y 11 años.

4.2.3.3.CON AYUDA: Se indica esta opción cuando se le administra la medicación antiinflamatoria indicada y tiene entre 6 y 7 años.

4 .3. *Respetar frecuencia de la medicación*

4.3.1. SI : Se indica esta opción cuando manifiesta no tener olvidos en la administración de la medicación antiinflamatoria indicada, o cuando tiene 6 a 7 años y necesita ayuda del adulto.

4.3.2. NO : Se indica esta opción cuando manifiesta tener olvidos en la administración de la medicación antiinflamatoria indicada, y/o necesita el recordatorio del adulto y tiene entre 8 y 11 años.

4 . 4. Registra por escrito, en una planilla personal

4.4.1. De 6 a 7 años

4.4.1.1.SIEMPRE: Se indica esta opción cuando manifiesta registrar por escrito cada vez que toma la medicación antiinflamatoria, solo o con ayuda del adulto.

4.4.1.2.FRECUENTEMENTE : Se indica esta opción cuando manifiesta registrar por escrito algunas veces la toma de la medicación antiinflamatoria.

4.4.1.3. NUNCA : Se indica esta opción cuando manifiesta no registrar por escrito cada vez que toma la medicación antiinflamatoria.

4.4.2. De 8 a 11 años

4.4.2.1.SIEMPRE: Se indica esta opción cuando manifiesta registrar por escrito cada vez que toma sólo la medicación antiinflamatoria.

4.4.2.2.FRECUENTEMENTE : Se indica esta opción cuando manifiesta registrar por escrito algunas veces la toma de la medicación antiinflamatoria.

4.4.2.3.NUNCA : Se indica esta opción cuando manifiesta no registrar por escrito cada vez que toma la medicación antiinflamatoria.

5 . Pautas de tratamiento

5. 1. Práctica diaria de técnicas de relajación y respiración profunda.

5.1.1.SIEMPRE: Se indica esta opción cuando relata que aplica las técnicas de relajación y respiración profunda todos los días.

5.1.2.A VECES: Se indica esta opción cuando relata que aplica las técnicas de relajación y respiración profunda sólo algunos días.

5.1.3.NO: Se indica esta opción cuando relata no aplicar las técnicas de relajación y respiración profunda en ningún momento.

5.2 Disposición por escrito de un plan de acción, que detalla las acciones a seguir de acuerdo a la gravedad de la crisis.

5.2.1. SI: Se indica esta opción cuando manifiesta disponer del plan de acción por escrito en forma permanente y actualizada por su médico

5.2.2. NO: Se indica esta opción cuando manifiesta no disponer del plan

de acción por escrito en forma permanente y actualizada por su médico

6 .Actividades escolares

6 .1. Ausentismo escolar por asma

- 6.1.1. Frecuente con indicación médica: Se indica esta opción cuando manifiesta ausentarse por asma mas de 10 veces por año a la escuela.
- 6.1.2. Frecuente por decisión propia: : Se indica esta opción cuando manifiesta ausentarse por asma mas de 10 veces por año a la escuela.
- 6.1.3. Poco frecuente con indicación médica: Se indica esta opción cuando manifiesta ausentarse por asma menos de 10 veces por año a la escuela.
- 6.1.4. Poco frecuente por decisión propia: Se indica esta opción cuando manifiesta ausentarse por asma menos de 10 veces por año a la escuela.
- 6.1.5. Nunca: Se indica esta opción cuando manifiesta no ausentarse por asma a la escuela.

6 .2. Ausentismo a Educación Física por asma

- 6.2.1.Frecuente con indicación médica: Se indica esta opción cuando manifiesta ausentarse por asma a las clases de educación física mas de 5 veces por año.
- 6.2.2.Frecuente por decisión propia: Se indica esta opción cuando manifiesta ausentarse por asma a las clases de educación física mas de 5 veces por año.
- 6.2.3.Poco frecuente con indicación médica: Se indica esta opción cuando manifiesta ausentarse por asma a las clases de educación física menos de 5 veces por año.
- 6.2.4. Poco frecuente por decisión propia: Se indica esta opción cuando manifiesta ausentarse por asma a las clases de educación física menos de 5 veces por año.
- 6.2.5.Nunca: Se indica esta opción cuando manifiesta no ausentarse por asma a las clases de educación física en la escuela.

7 . Actividades extraescolares

7 .1. Participación en actividades deportivas

7.1.1. SI: Se indica esta opción cuando manifiesta realizar por lo menos un deporte.

7.1.2. NO: Se indica esta opción cuando manifiesta no realizar deportes.

7.2. Participación en actividades sedentarias, realizadas en ambientes cerrados.

7.2.1. Frecuente: Se indica esta opción cuando nombra por lo menos dos actividades que realice en forma sedentaria y en ambientes cerrados.

7.2.2. Poco frecuente: Se indica esta opción cuando nombra una actividad que realice por semana en forma sedentaria y en ambientes cerrados.

7.3. Participación en talleres de educación sobre asma

7.3.1. SI: Se indica esta opción cuando manifiesta haber concurrido a un taller de educación sobre asma.

7.3.2. NO: Se indica esta opción cuando manifiesta no haber concurrido a ningún taller de educación sobre asma.

7.4. Ausentismo a actividades sociales por asma

7.4.1. SI: Se indica esta opción cuando manifiesta ausentarse a actividades sociales por su enfermedad.

7.4.2. NO: Se indica esta opción cuando manifiesta no ausentarse a actividades sociales por su asma.

AUTOMANEJO DE LAS CRISIS ASMÁTICAS

8. Síntomas previos a las crisis

8.1. Reconocimiento de los síntomas previos a las crisis

8.1.1. SI: Se indica esta opción cuando nombra los síntomas previos a las crisis que le ocasiona su enfermedad.

8.1.2. NO: Se indica esta opción cuando no nombra los síntomas previos a las crisis que le ocasiona su enfermedad.

9. Aplicación de técnicas de relajación y respiración profunda en las crisis

9 .1. SI: Se indica esta opción cuando manifiesta aplicar en cada crisis las técnicas de relajación y respiración profunda.

9 .2. NO: Se indica esta opción cuando manifiesta no aplicar las técnicas de relajación y respiración profunda.

10 . Medicación

10 .1. Administración de la medicación

10.1.1. Inhalador

10.1.1.1. SOLO: Se indica esta opción cuando se administra, solo, la medicación broncodilatadora indicada y tiene entre 8 y 11 años.

10.1.1.2 CON SUPERVISIÓN: Se indica esta opción cuando se administra la medicación broncodilatadora indicada, con supervisión del adulto, y tiene entre 6 y 11 años.

10.1.1.3.CON AYUDA: Se indica esta opción cuando se le administra la medicación broncodilatadora indicada y tiene entre 6 y 7 años.

10.1.2.Nebulizador

10.1.2.1. SOLO: Se indica esta opción cuando se administra, solo, la medicación broncodilatadora indicada y tiene entre 8 y 11 años.

10.1.2.2.CON SUPERVISIÓN: Se indica esta opción cuando se administra la medicación broncodilatadora indicada, con supervisión del adulto, y tiene entre 6 y 11 años.

10.1.2.3. CON AYUDA: Se indica esta opción cuando se le administra la medicación broncodilatadora indicada y tiene entre 6 y 7 años.

10.1.3.Otros (pastillas, jarabe)

10.1.3.1. SOLO: Se indica esta opción cuando se administra, solo, la medicación broncodilatadora indicada y tiene entre 8 y 11 años.

10.1.3.2. CON SUPERVISIÓN: Se indica esta opción cuando se administra la medicación broncodilatadora indicada, con supervisión del adulto, y tiene entre 6 y 11 años.

10.1.3.3.CON AYUDA: Se indica esta opción cuando se le administra la medicación broncodilatadora indicada y tiene entre 6 y 7 años.

10.2. Respeta frecuencia de la medicación

10.2.1. SI: Se indica esta opción cuando manifiesta no tener olvidos en la administración de la medicación broncodilatadora indicada, o cuando tiene 6 a 7 años y necesita ayuda del adulto.

10.2.2 NO: Se indica esta opción cuando manifiesta tener olvidos en la administración de la medicación indicada, y/o necesita el recordatorio del adulto y tiene entre 8 y 11 años.

10.3. Registra por escrito, en una planilla personal

10.3.1. De 6 a 7 años

10.3.1.1.SIEMPRE: Se indica esta opción cuando manifiesta registrar por escrito cada vez que toma la medicación broncodilatadora, solo o con ayuda del adulto.

10.3.1.2.FRECUENTEMENTE : Se indica esta opción cuando manifiesta registrar por escrito algunas veces la toma de la medicación broncodilatadora.

10.3.1.3.NUNCA : Se indica esta opción cuando manifiesta no registrar por escrito cada vez que toma la medicación broncodilatadora.

10.3.2. De 8 a 11 años

10.3.2.1.SIEMPRE: Se indica esta opción cuando manifiesta registrar por escrito cada vez que toma sólo la medicación broncodilatadora.

10.3.2.2.. FRECUENTEMENTE : Se indica esta opción cuando manifiesta registrar por escrito algunas veces la toma de la medicación broncodilatadora.

10.3.2.3.NUNCA : Se indica esta opción cuando manifiesta no registrar por escrito cada vez que toma la medicación broncodilatadora.

11. Utilización de recursos humanos

11.1 Conocimiento respecto a la solicitud de ayuda

11.1.1. A quien pedir ayuda

11.1.1.1. SI: Se indica esta opción cuando nombra alguna persona a la cual puede recurrir en caso de tener una crisis.

11.1.1.2. NO: Se indica esta opción cuando no sabe a quien pedir ayuda.

11.1.2. A dónde acudir por ayuda

11.1.2.1.SI: Se indica esta opción cuando nombra un lugar al cual recurrir para pedir ayuda en caso de tener una crisis.

11.1.2.2. NO: Se indica esta opción cuando no sabe a dónde recurrir en caso de tener una crisis.

11 .2. Solicita ayuda adecuadamente en la crisis.

11.2.1. SIEMPRE: Se indica esta opción cuando manifiesta haber resuelto adecuadamente todas las situaciones de crisis que tuvo.

11.2.2. GENERALMENTE: Se indica esta opción cuando manifiesta haber resuelto adecuadamente algunas situaciones de crisis y otras no .

11.2.3. NUNCA: Se indica esta opción cuando manifiesta no haber resuelto adecuadamente ninguna situación de crisis

12.Utilización de recursos materiales

12 .1. Disponibilidad permanente del equipo necesario (inhalador y/o nebulizador) para las crisis.

12. 1.1. HOGAR

12.1.1.1. SI: Cuando manifiesta disponer en su hogar en forma permanente del equipo necesario para la crisis.

12.1.1.2. NO: Cuando manifiesta no disponer en su hogar en forma permanente del equipo necesario para la crisis.

12.1.2. ESCUELA

12.1.2.1. SI: Cuando manifiesta disponer en la escuela en forma permanente del equipo necesario para la crisis.

12.1.2.2. NO: Cuando manifiesta no disponer en la escuela en forma permanente del equipo necesario para la crisis.

13 . Utilización del medidor pico flujo

13 .1. SI: Se indica esta opción cuando manifiesta usar el medidor pico flujo en cada crisis.

13 .2. NO: Se indica esta opción cuando manifiesta no usar el medidor pico flujo en cada crisis. ¹

¹ BOCCHIERI, P. CERDA, M; *Terapia Ocupacional en el Asma Bronquial Infantil*; Tesis de la Licenciatura en Terapia Ocupacional; Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social, Mar del Plata, 1999. Pág. 58-66.