



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ARAGÓN**

“EDUCACIÓN A PADRES CON NIÑOS ASMÁTICOS”

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
LICENCIATURA EN PEDAGOGIA
P R E S E N T A :
TRUJILLO MONTOYA GLORIA**

**ASESOR:
MTRA. MA. TERESA BARRON TIRADO**



MÉXICO 2008



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Gracias

*A Dios por permitirme
Alcanzar una meta más en
Mi vida.*

*A mis padres por darme la vida
Y el cariño necesario para salir
Adelante ante los retos.*

*A mi esposo Gustavo que Amo
Con todo Mi corazón; por estar
Conmigo en todo momento y
Ser parte de mi vida*

*A mis hijos Bella y Uriel que
Son la fuente de mi inspiración
Y orgullo*

*Mi eterno agradecimiento a la Mtra.
Ma. Teresa Barrón Tirado por
Su dirección en este trabajo, paciencia
Y entusiasmo en todo momento*

*A mis amigos y compañeros de
Trabajo por su apoyo en todo
Momento*

*A mis hermanos por haberme
Brindado su confianza y cariño
En momentos complicados de
Nuestra vida*

*A los amigos que en el transcurso
De mi vida estuvieron presentes
Y me acompañaron enfrentando
situaciones difíciles*

*A los directivos de la institución
En donde trabajo por apoyarme
Para lograr una meta*

*A mis sinodales por el apoyo en
La revisión y conclusión de este trabajo*

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| Introducción | 1 |
| | |
| I.- GENERALIDADES DEL ASMA. | 5 |
| 1.1. Definición del asma. | 9 |
| 1.2. Causas del asma. | 11 |
| 1.3. Tipos de asma. | 15 |
| 1.4. La medicina psicosomática. | 19 |
| 1.4.1. Influencia de las emociones sobre el cuerpo. | 20 |
| 1.4.2. Relación entre estado emocional y enfermedad. | 21 |
| 1.5 Tratamientos actuales del asma. | 23 |
| 1.5.1. Tratamiento del factor alérgico. | 24 |
| 1.5.2. Tratamiento de factor infeccioso. | 27 |
| 1.5.3. Tratamiento de factor emocional. | 29 |
| 1.5.4. Medicamentos. | 30 |
| 1.5.5. Inhaloterapia. | 34 |
| | |
| II.- LA FAMILIA DEL NIÑO ASMÁTICO | 36 |
| 2.1.-Definición de familia | 37 |
| 2.2. Qué significado tiene el asma para la familia. | 39 |
| 2.3. El sistema familiar del niño asmático. | 40 |
| 2.4. Cómo influye la familia en los niños asmáticos. | 42 |
| 2.5. El niño asmático frente a su familia. | 45 |
| 2.6. Etapas de adaptación emocional en la familia. | 46 |
| 2.7.-Orientación a padres de familia. | 49 |

| | |
|---|-----|
| III.-LA DIDÁCTICA EN LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD. | 52 |
| 3.1. Concepto de educación para la salud. | 56 |
| 3.2. Alcances y limitaciones de la educación para la salud. | 58 |
| 3.3. El pedagogo como educador para la salud. | 59 |
| 3.4. Didáctica crítica. | 62 |
| 3.5. Estrategias didácticas. | 65 |
| 3.6. Ubicación del curso-taller dentro de la didáctica. | 69 |
| | |
| IV.-LA COORDINACIÓN DE LOS GRUPOS DE AUTOAYUDA. | 74 |
| 4.1. Los grupos de autoayuda. | 74 |
| 4.2. El papel del facilitador en los grupos de autoayuda. | 82 |
| 4.3 Cualidades de un facilitador de grupos de autoayuda. | 85 |
| 4.4 Teoría humanista de Carl Rogers. | 89 |
| | |
| V.-PROPUESTA PEDAGÓGICA “CURSO-TALLER” PARA PADRES DE NIÑOS ASMÁTICOS. | 97 |
| Introducción. | |
| Objetivo. | |
| Contenido temático, técnicas y actividades. | |
| | |
| CONCLUSIONES. | 104 |
| | |
| ANEXOS. | 107 |
| | |
| BIBLIOGRAFÍA. | 120 |

INTRODUCCIÓN

Sabemos que el campo del proceso educativo es muy amplio y que el pedagogo puede incursionar en todos los aspectos que hablen de educación y es en este sentido que surge la inquietud de investigar sobre ¿cómo puede incursionar el pedagogo en temas de salud? Y ¿de qué manera podemos ayudar a padres de familia que tienen niños asmáticos? Desde el punto de vista educativo.

El licenciado en pedagogía puede aportar muchísimo a este tema médico, en cuanto a trabajo en conjunto con el equipo médico ya que durante la formación académica adquirimos elementos necesario para la elaboración de cursos, dirección de los mismos, preparación del material didáctico, entre otros.

La problemática familiar que surge junto con esta enfermedad enfrenta a los pedagogos a prepararse cada vez más para apoyar a los padres de familia ante esta situación y al mismo tiempo ayuda a crear cursos donde se pueda lograr el intercambio de experiencias y particularidades que se van enfrentando ante el surgimiento del asma. El campo de la educación a padres de familia con un niño asmático corresponde a la educación para la salud ya que es considerada una práctica social y no solo un proceso de trabajo, de tal forma que no solo abarca la enfermedad del asma desde el paciente, sino que da una alternativa hacia el sector familiar que son los padres y los que deben estar informados sobre la enfermedad de su hijo para ayudarlo.

Se ha visto que la educación para la salud ha sido abordada por el mismo personal de salud médicos, enfermeras, trabajadores sociales, entre otros, pero no hay un pedagogo que organice, planee y proponga estrategias didácticas para lograr que esta práctica social adquiriera una mejor interacción entre médico-paciente-familia para llegar a un mayor control de las enfermedades de los niños asmáticos.

La educación informal a padres de niños que padecen asma, debe ser proporcionada por un equipo multidisciplinario observándose algunas deficiencias como es la falta de objetivos de los cursos impartidos a los padres, se expresan con terminología médica, no hay una retroalimentación además de no indicar que es lo que deben hacer los padres para atender a los niños en casa.

El objetivo general de esta tesis es diseñar un curso taller dirigido a padres de niños asmáticos. Con este curso se pretende el intercambio de experiencias de los padres para lograr la ayuda mutua y el mejor manejo del asma en sus hijos. Identificando las causas que originan el asma, sus tipos, la relación que existe entre estos y la medicina psicosomática, así como el apoyo entre la familia y el niño asmático. Lo anterior fundamentado en la educación para la salud, la didáctica y la teoría humanista.

Desde el aspecto metodológico la investigación esta ubicada en el campo de la docencia en la línea de la educación para la salud, es un estudio de tipo descriptivo porque aborda como los padres participan en el proceso de la enfermedad del niño asmático a través del diseño de una propuesta educativa.

Esta inquietud nace no solamente por mi formación académica y profesional sino por mi experiencia personal (como madre) debido que al momento de presentar mi hija una crisis asmática, no sabes como reaccionar, a quien acudir y durante el proceso no hay quien te oriente o guíe sobre la enfermedad y como empezar a tratarla tanto en tu hijo como en el proceso familiar y social.

Es por todo lo anterior que para esta tesis consta de cuatro capítulos que nos dan una visión amplia de la enfermedad del asma y del como los pedagogos podemos incursionar en el ámbito de salud, así como se diseña una propuesta de un curso-taller para padres que enfrentan junto con sus hijos la enfermedad del asma.

En el primer capítulo es importante conocer la enfermedad en cuanto a qué es, que la causa, cuantos tipos existen y como influyen las emociones en la mejoría o gravedad de una enfermedad en este caso el asma, es importante tener una visión de la problemática que se está viviendo para ir conociendo en el proceso cómo podemos ayudar y a quienes tenemos que recurrir, además de los tratamientos que existen y los diferentes medicamentos que se utilizan tanto de manera preventiva como correctiva; las terapias que se utilizan o deben tener los niños y el momento indicado para llevarlas.

Durante el segundo capítulo se explica la importancia que tiene la unión de la familia y como una enfermedad (en este caso asma) puede llegar a alterar todo un sistema familiar e incluso desmembrarlo, la visión que el niño adquiere de su familia y las etapas de adaptación emocional por las que pasan todos los miembros de la familia.

En el tercer capítulo se habla de la didáctica en la educación para la salud, realizando una semblanza de la misma; el concepto con sus alcances y limitaciones de la educación para la salud y su relación con el pedagogo ya que su función es meramente educativa en estos temas de salud, debido a que su formación profesional le brinda las herramientas de la didáctica como son: técnicas, y teorías, además se ubica el curso taller como una alternativa didáctica dentro de este tema médico.

El cuarto capítulo nos habla de una visión de teoría humanista que maneja Carl Rogers y sus grupos de autoayuda, donde las personas que lo integran pueden adquirir conocimientos sobre la enfermedad, el intercambio de experiencias y particularidades que se van enfrentando ante el surgimiento de esta. Es de suma importancia saber cuál es el papel del facilitador en los grupos de autoayuda y las cualidades que debe tener, debido a la responsabilidad que implica realizar un ambiente de confianza, respeto y ayuda mutua, donde el facilitador solo debe ir guiando y coordinando las participaciones sin perder de vista el objetivo que es la

autoayuda, se debe crear la empatía necesaria para así lograr un ambiente armónico y lograr la meta deseada.

En la última parte se realiza una propuesta pedagógica que consiste en un curso taller dirigido a los padres de familia con un problema en común, un hijo asmático. El cual obedece a la alternativa de grupos de autoayuda, con el propósito de informar y al mismo tiempo orientar sobre la enfermedad de sus hijos a efecto de que se ayuden y al mismo tiempo hagan frente a su padecimiento así como aprender a vivir con él. Esto podrá lograrse a través del intercambio de experiencias de los padres. Esta propuesta nace de la necesidad de tener más información no solo de la enfermedad sino la manera en como diferentes personas han logrado encarar la problemática, la manera en que han llevado a cabo la toma de decisiones, los diferentes centros a los que han acudido por ayuda durante las crisis o los tratamientos y el tipo de orientación que se les brinda, así como realizar una agenda con diferentes direcciones de hospitales y centros donde atiendan esta enfermedad tanto a nivel nacional como internacional.

CAPITULO I

1.- GENERALIDADES DEL ASMA.

Al inicio del siglo XVI, en plena guerra civil surge en la ciudad de Oxford un movimiento de pensadores brillantes los cuales dan cauce a la royal society escéptica y decidida a expandir el conocimiento de la ciencia.

Entre los miembros de este grupo se encuentra Thomas Willis. Quien señala un sin numero de situaciones que estimulan el surgimiento de asma.

Los asmáticos son personas que no pueden tolerar situaciones desagradables o inesperadas fuera de su rutina normal, no soportan cambios de temperatura bruscos o extremos, ni los movimientos vehementes del cuerpo o psiquis, ni modificaciones radicales en el aire, tales circunstancias les producen en ocasiones, una enorme dificultad respiratoria...

La respiración es la que nos permite vivir, el estar amenazada por el asalto de esta enfermedad, esta en peligro se corre el riesgo de verse interrumpida.

Ya entrado el siglo XIX se practicaban los métodos más extravagantes para tratar el asma, emplastos de estiércol de caballo, tinturas de pulmones de zorro. Mientras que Sir Henry Salter, médico victoriano les recomendaba a sus pacientes beber café negro cargado ó la cafeína está relacionada con la aminofilina y la teofilina, sustancias que ingerían los asmáticos en otros tiempos.

En la antigua China se utilizaba planta llamada Ma Huang que contiene efedrina en cantidades grandes. Pero en Europa el médico español Francisco Hernández

se refirió a la eficacia del humo del tabaco para estimular la expectoración y aliviar a los asmáticos.

En América Monardes describe ciertas hierbas medicinales de gran eficacia sobre las vías respiratorias, como la caraña, el liquidámbar, los bálsamos del Perú y Tolú y el safrón; éste último utilizado con un éxito masivo como medicamento hasta fines del siglo XIX.

Por otro lado el Alemán Johann Neander en los comienzos del siglo XVII expone los efectos curativos del tabaco en enfermedades respiratorias, como el catarro crónico; recomienda su aplicación en forma de aromatizaciones o inhalaciones, jarabes o emplasto, por su efecto expectorante.

Paracelso es el pionero de los tratamientos con remedios minerales y establece como su misión es que el médico debe buscar un medicamento específico para el origen de cada enfermedad, y es el primero en utilizar sustancias químicas para tratamientos internos.

Dentro de la farmacopea gozó de gran reputación hasta mediados del siglo XIX para tratar las neumonías, la hemorragia pulmonar, la tisis y el catarro bronquial sofocativo de los ancianos aunque sus efectos tóxicos superaban el beneficio de la salud.

La contribución de Paracelso al conocimiento de la neumología es considerable, instaura la noción de que inhalar ciertas sustancias pueden desencadenar toses, no hace mención directa de los alérgenos, pero sí apunta a la acción continua de irritantes provenientes del exterior que pueden desencadenar síntomas bronco-Neumopáticos. La inhalación de minerales a través de partículas metálicas que causarían el “asma del pulidor”.

John Baptiste Van Helmont interesado en las enseñanzas de Paracelso y la escuela yatroquímica establece diversas terapias de origen químico, pesando los elementos. Su aporte en los trastornos respiratorios estuvo en el estudio de los

gases empezando por su término y diferenciando entre el gas carbónico, el silvestre y el pingüe. A partir de esto escribe los síntomas de los ataques de asma (que él padecía) recomienda posibles tratamientos y establece un paralelo entre las crisis asmáticas y epilépticas.

Jhon Floyer toca temas del asma como su diagnóstico y diferencia métodos para tratarla. Habla sobre los beneficios de los baños termales; diseñó un reloj especial que ayudaba a medir el pulso con exactitud. Su tratado sobre el asma (1698) señalaba que los factores hereditarios climatológicos y estacionales, emocionales y biográficos de cada individuo influían en la enfermedad; además destacó la importancia de los ataques nocturnos del asma.

Las terapias de Thomas Sydenham se basan en la fuerza vital de las personas, en sus textos describe el efecto favorable del aire puro, beneficioso para fortalecer los movimientos respiratorios de tórax y evitar las enfermedades pulmonares.

Bernardino Ramazzini se preocupó por la salud de los trabajadores con vidrio y los que manipulaban yeso o cal viva ya que eran afectados por tos crónica y asma, debido a que las partículas de cal entran por la tráquea hasta llegar a los órganos respiratorios y al combinarse con las secreciones, las glándulas aumentaban de volumen y estrechan los conductos impidiendo el flujo y reflujo del aire.

Esto pasaba de igual manera con los cernidores de granos y cereales ya que se encuentran mezclados con un polvo muy fino abundante de insectos con sus excretas y gorgojos, es decir, toda la atmósfera estaba plagada de polvo y por lo tanto ocasionaba daños desastrosos. Ramazzini fue blanco de ironías y burlas pero a su muerte pocos fueron los avances en materia de medicina ocupacional.

Friedrich Hoffmann en sus postulados durante la ilustración señala que el cuerpo esta compuesto por fibras las cuales pueden dilatarse o contraerse en respuesta a una propiedad denominada "tono". La salud depende de una regulación apropiada de dicho tono, para la cual él recomendaba sedantes o estimulantes que causaran irritación.

A René Laennec famoso médico francés le entusiasmó de sobremanera la idea de poder determinar la enfermedad de un paciente utilizando como indicador los sonidos internos de su pecho, es decir auscultando a los pacientes para diagnosticarlos y comprobar a través de un examen post-mortem que sus conclusiones eran exactas. De esta manera descubre el origen de enfermedades como la bronconeumonía o catarro de Laennec, escribió extensamente sobre el asma y los sonidos respiratorios anormales, de la disnea nerviosa y el espasmo de los bronquios, es el primero en reconocer el elemento inflamatorio, además aportó un invento que es el estetoscopio, el cual ayudó a describir el misterioso mundo que se oculta tras la caja torácica con la ayuda de métodos de explotación rudimentarios.

Para 1761 Leopold Avenbrugger utiliza la auscultación como método investigativo constituye el descubrimiento para la especialidad broncopulmonar, esto gracias a la pasión que tenía por la música ya que la agudeza de su oído le permitió discriminar las diferencias tonales asociadas a las patologías pulmonares y para comprobarlo diseñó un sistema de barriles que llenaba a diferentes niveles.

Henry Hyde Salter describe la hiperreactividad bronquial y recomienda el estramonio y el café cargado para su tratamiento, además de aplicar el sentido de la observación más que el de la especulación.

Estableció una clasificación general de los estímulos asociados a los ataques de asma y a su mecanismo. Les llamo “extrínsecos a los que operaban directamente en las vías respiratorias, como el ejercicio, el aire frío, los accesos de risa, estornudos, sustituir irritantes tanto químicos como mecánicas. De la misma manera se percató que los estímulos externos no eran la causa directa comenta “el asma se origina no en la producción de sustancias irritantes, sino en la irritabilidad de la parte irritada”.

Pensaba que los mecanismos nerviosos y vasculares estaban involucrados ya que la inflamación de las mucosas es el estímulo que a través de las vías respiratorias

llevan a la contracción de la pared muscular. Una de sus recomendaciones era el café negro cargado ya que la cafeína está relacionada con la teofilina y la aminofilina que son dilatadores de la pared muscular.

Después de Salter (1900) el asma comienza a ser visto como la respuesta pulmonar a alérgenos diversos y es de esta manera como comienza el camino o de la investigación y experimentación de tratamientos nuevos y diversos para el asma.

1.1 DEFINICIÓN DEL ASMA

El asma es conocida desde la antigüedad. En los libros antiguos, aún antes de Cristo, ya se hablaba de asma pero no con este término sino como bronquitis asmática, bronquitis alérgica, bronquitis espasmódica o bronquitis asmatiformes.

Sin embargo, y a pesar del tiempo transcurrido, el asma sigue presentándose y desgraciadamente son muchas las personas que tienen una idea confusa respecto a ella.

Para el Dr. Guillermo J. Bustos, quien es pediatra alergista y creador el Instituto Privado de Alergia Infantil en Córdoba, Argentina, en 1982, al igual que para su colaborador el Dr. Francisco Bracamonte, el asma bronquial es “un padecimiento de las vías respiratorias que en los niños casi siempre es crónico y se caracteriza por crisis periódicas de dificultad respiratoria”¹. Esta dificultad respiratoria se debe a que los bronquios se estrechan produciendo rudeza a la entrada y salida del aire.

Los bronquios son los tubos encargados de llevar y traer el aire a la intimidad de los pulmones, en cual pasa a través de ellos sin dificultad y silenciosamente, pero

¹ Bustos, J, Guillermo. Bracamonte Francisco. “El niño asmático” libro para padres. P.17-18

tienden a contraer o dilatar su calibre según las circunstancias. Cuando se encuentra un cuerpo ajeno sobre ellos, entonces se establece una broncoconstricción, es decir, el aire pasa a mayor velocidad y a mayor presión provocando una respiración ruidosa y sibilante que en algunas ocasiones se puede escuchar a distancia.

Para poder ayudar a los bronquios estrechados, el niño pone en juego otros músculos respiratorios que no siempre usa, y es en esta fase cuando se nota que el abdomen se contrae y se dilata rítmicamente de igual manera que los músculos intercostales y hasta algunos músculos del cuello.

El niño presenta fatiga ante el esfuerzo de querer abrir sus bronquios y tose. Su tos suele ser seca, a menos que haya una infección o aumento de secreciones bronquiales (flemas), entonces la tos es productiva. Si se coloca la mano en la espalda o pecho del niño, se sentirá la presión del aire pasando por los bronquios inflamados, pero aún más se notarán las sibilancias o silbidos que se escuchan cuando se apoya el oído sobre la espalda del pequeño.

Todo lo anterior genera en el niño ansiedad, nerviosismo e irritación. Es por ello que algunos tienden a quedarse quietos o se manifiesta una inquietud mayor a la normal.

Es de esta manera como el niño asmático no puede introducir suficiente aire a sus pulmones y le cuesta trabajo eliminar el bióxido de carbono producido en el organismo. La obstrucción de los bronquios es intermitente, de manera que si al niño se le examina entre un cuadro asmático y otro, la exploración suele ser normal.

La Dra. Nelly Ramírez, destacada Pediatra del Instituto Nacional de Pediatría, afirma que los síntomas del asma son muy variables. “En la mayoría de los niños inicia con alteraciones mínimas como pueden ser: decaimiento o irritabilidad falta de apetito, palidez, síntomas nasales: comezón de la nariz, estornudos frecuentes,

salida de moco claro transparente y que puede tornarse de color verde o amarillento, obstrucción nasal, tos de intensidad variable, flemosa o seca que en ocasiones llega a producir vómitos de predominio nocturno o por la madrugada, algunos de estos síntomas pueden verse aumentados o ser más notables con el ejercicio, la risa, el llanto o los cambios bruscos de temperatura”².

El Dr. Guillermo Bustos afirma que “las crisis asmáticas pueden alcanzar distintos grados de severidad”³, por ejemplo: hay crisis muy simples en donde solamente se manifiesta una leve dificultad respiratoria con sibilancias mínimas y tos seca. Sin embargo, hay otras que obligan, la mayoría de las veces, a que internen a los pacientes en un medio hospitalario para administrar oxígeno y líquidos con medicamentos por goteo endovenoso.

Cuando se tiene asma, la irritación causada por los desencadenantes inflama las vías respiratorias en los pulmones. Esta inflamación hace que las vías respiratorias se vuelvan demasiado sensibles o que se contraigan espasmódicamente. Las vías respiratorias que tienen contracciones espasmódicas, reaccionan demasiado a la irritación, inflamándose aún más, de modo que el paso del aire puede obstruirse. En este momento se presentan los síntomas de un ataque de asma.

1.2 CAUSAS DEL ASMA.

El asma es una enfermedad de multicasualidad debido a que son varios los motivos capaces de producir en un niño un ataque asmático o un espasmo bronquial.

El Dr. Guillermo J. Bustos y el Lic. Francisco Bracamonte, representan esta multicasualidad con la figura de un árbol. “Todo árbol tiene raíz, tronco y ramas. La raíz

² Ramírez Nelly, et al. “asma infantil” p.7

³ Bustos J. Ibíd. P.21

es el factor predisponente: la herencia. El tronco es el factor fundamental: la alergia. Las ramas son los factores sobre-agregados: la infección y la emoción”⁴.

Raíz: La herencia. Muchos de los niños asmáticos tienen una cierta predisposición hereditaria para desarrollar asma, ya sea que tengan familiares que padecen asma o algún otro tipo de padecimiento alérgico. Sin embargo, el asma no es contagiosa, puede estar asociada a la infección o desencadenada por ella. En una misma familia puede haber varios miembros con asma debido, no al contagio, sino a la influencia hereditaria.

La Dra. Nelly Ramírez comenta que cuando ambos padres son asmáticos, la posibilidad de que los hijos desarrollen asma es de un 75 % y cuando solo uno de ellos la padece es del 50%.

La herencia es un factor predisponente y hay un porcentaje de niños que no tienen ningún antecedente alérgico hereditario.

Tronco: La alergia. Para la Dra. Nelly Ramírez “un individuo es alérgico cuando su organismo reacciona de una manera anormal ante determinadas sustancias (alergenos) con las que se pone en contacto: pólenes, polvo, hongos, algunos alimentos, etc., mismas que no afectan a otras personas.

En la gran mayoría de las personas alérgicas existe la predisposición hereditaria, pero al inhalar alergenos, el organismo forma un tipo de anticuerpos que se llama Inmunoglobulina E (IgE), son los responsables de la alergia. Este IgE se une a un tipo de células llamadas CEBADAS que todos tenemos. En las siguientes exposiciones a los alergenos los anticuerpos Ige hacen que estas células se rompan y liberen de su interior sustancias llamadas mediadores químicos que son los responsables de crisis de asma. La más importante es la Histamina.

⁴ Ibidem. P.25

El Dr. Guillermo J. Bustos afirma que las sustancias más comunes productoras de alergia en los niños asmáticos son:

Polvo de habitación: Es la mezcla de distintas sustancias pulverizadas que se encuentran usualmente en el dormitorio de los seres humanos. Esta sustancia es altamente alergizante debido a su composición, ya que habitualmente incluye pelusas, lana, algodón, talco, estopa y hasta resto de insectos pulverizados.

Hongos: Son organismos vivos que crecen en ambientes húmedos y se reproducen liberando las esporas, corpúsculos generalmente microscópicos y muy abundantes, que se esparcen por el aire y contaminan la atmósfera.

Pólenes: Los pólenes de árboles, arbustos y pasto pueden sensibilizar alérgicamente a los seres humanos. Algunos niños asmáticos presentan sus crisis de asma bronquial durante la primavera y el verano. El polen de la gramínea común, el césped de los jardines es muy alergizante y como es sumamente liviano, el viento lo traslada lejos; lo mismo ocurre con el polen de muchos árboles.

El polen de las flores de jardín no se sensibiliza ya que la reproducción de estas plantas se hace a través de insectos. En cambio las plantas con flores poco atractivas, sin color y sin olor, se reproducen por un polen más abundante, mucho más liviano, transportable por el viento a largas distancias.

Animales domésticos: la caspa y el pelo que se desprenden de los animales que están en contacto estrecho y prolongado con las personas, son capaces de sensibilizarlos.

Alimentos: los alimentos tienen poco o nada que ver con el asma. Pueden causar síntomas alérgicos en la piel o el aparato digestivo, pero es excepcional que los alimentos produzcan síntomas asmáticos. Sin embargo, la Dra. Nelly Ramírez comenta que las tartracinas o colorantes artificiales, así como los saborizantes artificiales no se recomiendan a los niños como alimentación habitual y mucho

menos al paciente alérgico, pues se ha observado que desencadenan la liberación de sustancias que actúan produciendo la reacción alérgica.

Primera rama: Infección. Comenta el Dr. Guillermo J. Bustos que " la infección sigue a la alergia como la sombra al cuerpo"⁵. Las infecciones respiratorias junto con la alergia son las causas más comunes en los niños. Con frecuencia el primer cuadro de asma que se presenta en niños es de origen infeccioso (viral). Incluso un simple cuadro gripal puede desencadenar una crisis de asma. El niño asmático se infecta con mucha facilidad: de pequeño anginas y adenoiditis, infección de oído y catarro a repetición. Cuando es mayor sinusitis y bronquitis. Y siempre una marcada dificultad para liberarse de cada infección, lo que hace necesario el uso reiterado de antibióticos y medicamentos similares.

La infección afecta al niño asmático de varias maneras:

- a) Provocando la aparición de una crisis.
- b) Produciendo complicaciones en una crisis de asma no infecciosa.
- c) Predisponiendo el árbol respiratorio a sensibilizaciones alérgicas posteriores.
- d) El niño asmático pareciera tener sus defensas disminuidas, lo que lo hace particularmente susceptible a contraer infecciones respiratorias.

Segunda rama: Emoción. Las emociones en todas las personas, aún en niños pequeños, repercuten sobre las funciones orgánicas. El enojo y el miedo pueden producir palpitations, palidez, alteraciones en el aparato digestivo. Todas las emociones tienen alguna relación con la respiración. Ante una situación de riesgo se altera el ritmo respiratorio, el contener un momento la respiración ante tal situación es como si fuera un ataque de asma.

El Dr. Guillermo J. Bustos afirma que " los conflictos emocionales, actuando sobre la predisposición orgánica, pueden desencadenar enfermedades, a estas

⁵ Ibidem. P 30.

enfermedades que les ha dado el nombre de psicósomáticas ya que existe una estrecha relación entre emoción y órganos”⁶.

Las emociones pueden actuar sobre los bronquios de las personas asmáticas al igual que los alérgenos o las infecciones ya que cualquier dificultad en la familia o en la escuela vividas con intensidad pueden provocar una crisis de asma o crear las condiciones propicias para que otros factores actúen con facilidad.

Estos factores son los desencadenantes generales, es decir, que algunos o varios de ellos son comunes en los niños asmáticos pero al mismo tiempo existen desencadenantes particulares que de igual manera provocan los ataques de asma.

La Dra. Maryellen Shapiro, educadora de asma y pediatra destacada en Canadá, hace mención de la importancia del humo del tabaco como desencadenante en algunos niños, al igual que los cambios bruscos de temperatura, las enfermedades, en algunas ocasiones el ejercicio y los vapores y aromas fuertes, e incluso algunos medicamentos ya que todo esto provoca en algunos niños la inflamación de los bronquios y con ello una posible crisis asmática.

.1.3 TIPOS DE ASMA

Es cierto que las crisis asmáticas son muy parecidas en todos los niños que las presentan, sin embargo el asma bronquial infantil presenta diferentes grados que pueden representarse con el esquema de una pirámide escalonada, según el Dr. Guillermo J. Bustos y el Lic. Francisco Bracamonte.

El primer escalón o grado pre-asmático es donde el niño aún no ha presentado síntomas de dificultad respiratoria ni sibilancias, es decir, que se llama estado pre-asmático al conjunto de factores que habitualmente preceden a la aparición del

⁶ Ibidem. P. 31-32

asma. En esta etapa, el niño presenta una de estas dos situaciones: eczema del lactante o alergia nasal. Pero para ellas hay circunstancias más frecuentes que se representan con la siguiente ecuación:

$EPA = AHA \text{ y/o } APA + IRR$

Esto es: estado pre-asmático (EPA) igual a antecedentes hereditarios alérgicos (AHA) y/o antecedentes personales alérgicos (APA) más infección respiratoria repetida (IRR). Es decir, es un niño que tiene algunos familiares alérgicos y además él mismo se manifiesta como un niño que reacciona en forma diferente frente a diversas sustancias (leche, medicamentos, ropa de lana,) y sufre especialmente en la estación fría de frecuentes infecciones respiratorias incluidas anginas, infección del oído, sinusitis, catarro bronquial a repetición o simplemente tos espasmódica y rebelde.

El segundo escalón o grado asma por infección, la cual corresponde generalmente a niños entre los 2 y 5 años. Estos niños ya tienen crisis periódicas de dificultad respiratoria, pero siempre desencadenada por una infección. La invasión, habitualmente virósica, de sus vías aéreas determina una reacción espasmódica con estrechamiento bronquial y el niño tiene un ataque de asma.

Estas infecciones son más comunes durante el tiempo de invierno, lo cual favorece las epidemias comunes de virosis de otoño, invierno y comienzo de primavera.

Tercer escalón o grado: asma no infecciosa. En esta etapa la crisis de asma se presenta relacionada con la exposición del niño a una sustancia a la cual él es particularmente muy sensible.

El asma no infecciosa es más habitual en niños de edad escolar, que ya han tenido tiempo de desarrollar una particular sensibilidad a determinadas sustancias del medio ambiente.

Cuarto escalón o grado: asma permanente. Cuando el asma no se presenta esporádicamente, sino que el niño padece en forma continua un cierto grado de estrechez bronquial. Ya no son crisis periódicas, el niño vive tomando broncodilatadores o se habitúa al uso constante de aerosoles o calmantes que le dan cierto alivio. El esfuerzo físico, los juegos y aún la risa, le producen espasmo bronquial y así el niño vive en un estado de equilibrio bronquial inestable.

Quinto escalón o grado: asma de alto riesgo. Son niños que tienen un asma de marcada severidad. Dependen de los corticoides para poder subsistir; con frecuencia son internados, la deformación torácica es apreciable y los pocos casos de muerte por asma se encuentran entre estos niños.

La pirámide cuenta con algunas características que hay que marcar:

Cada escalón tiene distinta longitud. Hay una enorme cantidad de niños en EPA (Estado pre-asmático), pero no todos ellos pasarán al segundo escalón, ni todos los del segundo al tercero. Solo algunos niños tienen asma permanente y los niños con asma de alto riesgo son excepcionales.

Hay niños que siguen ordenadamente el paso de los escalones sucesivos, otros saltan etapas y así un niño puede iniciar con asma en el tercer escalón sin haber padecido nunca las características de los dos primeros.

Algunos niños se liberan esporádicamente o por tratamiento de la pirámide asmática, sobre todo en los primeros escalones.

La posibilidad de curación existe siempre, pero es evidentemente mucho más sencillo tratar a un niño en EPA que a un niño con asma e alto riesgo.

Por otra parte el Dr. José Karam Bechara dice que este padecimiento multifactorial hay que considerarlo como un síndrome en que después de realizar los exámenes clínicos y con ayuda de el laboratorio y de pruebas inmunológicas, permite determinar si es otro padecimiento el desencadenante del cuadro para

posteriormente poder catalogarlo bajo la clasificación realizada por el Prof. Enrique Mathow basada en la clasificación de Gell y Coombs.

Asma bronquial inmunológica. Esta forma está regida por la influencia hereditaria. Es producida por alergenos de muy débil poder antigénico presentes en cantidades mínimas en el medio ambiente, ya sea por vía respiratoria o digestiva siendo sola o en combinación. En ocasiones las alteraciones emocionales tienen gran influencia para desencadenantes de este tipo de asma.

Esta forma presenta ciertas características específicas:

Es frecuente su presentación antes de los 2 años, inclusive en la lactancia. El primer ataque aparentemente no presenta factor desencadenante. Los accesos se presentan en cualquier época del año y la respuesta al tratamiento desensibilizante es favorable.

Existe otra forma que es precedida por Rinitis. Aparece después de los 2 años o en la adolescencia, en la edad adulta o en la vejez. Luego de meses o años con rinitis, aparece el asma desencadenada por el frío o infecciones bronquiales.

Estos niños tienen pocos antecedentes alérgicos familiares y personales, son muy sensibles a los olores penetrantes y cambios de temperatura, empeoran de noche, responden poco a los estimulantes y necesitan esteroides por largo tiempo.

Los antecedentes alérgicos familiares son variables, sus crisis asmáticas son producidas por un solo alergeno que puede ser fácilmente detectable.

Estas son algunas características que presenta el asma bronquial inmunológica. Sus diferentes formas en que se presenta son estudiadas medicamente, es decir, que son producidas por el mismo cuerpo. Sin embargo, se tiene que el asma bronquial inmunológica presenta características como las siguientes:

- a) Se presenta en niños que han sufrido alguna vez una insuficiencia respiratoria.
- b) Influye en ellos algunos factores externos como son: el frío, los gases, cambios de temperatura y sustancias químicas.
- c) En contadas ocasiones por risa, llanto, ejercicio.
- d) Por la inhalación o ingesta de algunos medicamentos como aspirina y anti-inflamatorios.
- e) Por reacción del cuerpo a sustancias que producen alergia como la fresa, nuez, huevo, polen, polvo, entre otros.

La clasificación del asma es extrínseca cuando es producida por un mecanismo inmunológico ya conocido, e intrínseca cuando se sospecha de un mecanismo inmunológico no precisado perfectamente y en el cual han sido involucrados primero factores infecciosos y la sospecha de la presencia de algún virus.

1.4 LA MEDICINA PSICOSOMÁTICA

La palabra psicossomática proviene de dos vocablos griegos: psijé y sóma, que significan mente y cuerpo respectivamente.

La medicina psicossomática sería aquella que al estudiar un paciente, toma en cuenta no sólo su cuerpo, sino también su mente.

Según Lacan, “el cuerpo es concebido como una extensión separada del espíritu que lo anima, puede ser entonces fotografiado, analizado, diagramado, calibrado”⁷. No obstante no se debe olvidar el otro cuerpo, el cuerpo más difícil de aprehender: El cuerpo de goce que vive en régimen parasitario a través del lenguaje y cuyo regreso triunfante, tras estar exiliado de la ciencia, la medicina todavía no ha podido anunciar. La llamada medicina psicossomática no es otra cosa que la concesión- de labios para afuera- que la medicina hace al espíritu

⁷ Guir Jean, “Psicossomática y cancer”. P. 5

extrañadamente rehabilitado de súbito y guardado provisoriamente en el desván de las enfermedades que escapan a su control, hasta que un nuevo progreso permita integrarlo al cuerpo de su saber.

Los fenómenos psicósomáticos tienden a manifestarse por medio del englobamiento de enfermedades en el ser humano, que va desde un simple catarro hasta el cáncer más maligno. Por ejemplo, en el caso de una persona asmática que comienza con algún eczema (granos o puntilleos muy finos en la piel) hasta desarrollar la enfermedad a tal grado de tener crisis frecuentes e incluso lograr la hospitalización.

Es de tal forma que toda enfermedad o traumatismo repercute sobre la parte psíquica, y que todo sentimiento, emoción y pensamiento repercute en el organismo.

1.4.1 INFLUENCIA DE LAS EMOCIONES SOBRE EL CUERPO.

La influencia de la mente sobre el cuerpo no es otra cosa más que los cambios que producen en el organismo las emociones, dice el Dr. Marcelo A. Hammerly, ex director del sanatorio Del Plata y profesor de primeros auxilios en la Cruz Roja de Argentina. Así, por ejemplo, -continúa- hay personas que cuando ven algo muy repugnante experimentan náuseas y vómito; otras que cuando oyen hablar de algún insecto o parásito que produce picazón sienten prurito en el cuerpo o en la cabeza. Más frecuente aún es observar los cambios que producen en el organismo la alegría, la vergüenza, el enojo, el temor y otras emociones semejantes.

Cuando sobreviene temor o ira, se excita el simpático, preparando al organismo para la lucha o huida. Se observa que la respiración se hace más profunda, el corazón late más rápido, la sangre se dirige mayormente al sistema nervioso y los

músculos, aumenta la cantidad de azúcar y la adrenalina en la sangre, se dilatan las pupilas para facilitar la visión. Todos estos cambios favorecen la acción ya sea para atacar o huir. Estos cambios pueden desaparecer en horas, sin embargo, si se repiten con frecuencia o se encuentra con una emoción prolongada más de lo acostumbrado, puede entonces perturbarse o averiarse la función de algunos órganos y aparecer lesiones en la persona predispuesta.

Hay enfermedades que pueden ser producidas o agravadas por las emociones, circunstancias de la vida o complejos:

Aparato digestivo: Aquí se puede producir la inapetencia nerviosa, la hiperclorhidria (exceso de acidez gástrica), vómitos, úlceras de estómago, diarrea, colitis, trastornos de vesícula biliar, etc.

Aparato circulatorio: Se encuentran las palpitaciones, el pulso rápido, taquicardia, opresión o dolor a nivel del corazón, aumento o disminución de tensión arterial entre otras.

Aparato respiratorio: Generalmente se presenta dificultad para respirar y sibilancias.

Aparato genito-urinario: Aumento excesivo de la cantidad de orina, micción frecuente, incontinencia o retención de orina, trastornos menstruales, etc.

Además cabe mencionar algunos dolores de cabeza, urticaria, etc.

1.4.2. RELACIÓN ENTRE ESTADO EMOCIONAL Y ENFERMEDAD.

En opinión de los expertos la enfermedad física es el resultado de un desequilibrio emocional que persiste a través del tiempo. Por supuesto que en cada individuo se manifiesta de diferente manera, el grado de la enfermedad puede ir desde un catarro hasta el más grave cáncer.

Un trastorno emocional puede persistir durante mucho tiempo, pero poco a poco su organismo se estará debilitando de tal manera que tendrá mayor facilidad para contraer enfermedades comunes. Otras personas pueden manifestar sus alteraciones emocionales a nivel físico muy rápidamente y es posible que ni siquiera sea consciente lo que este sintiendo.

En algunas ocasiones la medicina se centra en el tratamiento de los síntomas, olvidando la causa de la enfermedad y no tomando en cuenta que los síntomas son los intentos que hace el organismo de lograr la propia curación, sin embargo a veces las defensas fallan y no sucede así; puede ser que las reacciones sean tan intensas que terminen haciendo más mal que bien y no curen o que el cuerpo apenas reaccione o lo haga en forma inapropiada, o que parezca un síntoma que persiste durante meses ocasionando una molestia crónica que solo se va soportando como se puede. Esto sucede ante agentes infecciosos comunes que se vencen sin dificultad o por ausencia de una causa médica.

Estas manifestaciones se presentan por que todos estamos sometidos a acontecimientos estresantes, los cuales nos producen ansiedad y ella al mismo tiempo nos conlleva a una serie de síntomas físicos como son las palpitaciones. Cuando la ansiedad se presenta con frecuencia acaba produciendo enfermedades físicas o alteraciones en el funcionamiento de determinados órganos. Es decir “nuestros estados emocionales influyen en nuestro cuerpo. Pero las emociones no surgen de la nada, sino que están relacionadas con nuestro modo de interpretar lo que nos sucede”⁸. Por ejemplo cuando nos sentimos amenazados, el sentimiento es de ansiedad y algunas de las reacciones de este sentimiento son dolores de cabeza, estómago, tensión muscular, enfermedades infecciosas, enfermedades respiratorias, entre otros.

Por todo lo anterior se puede afirmar que están muy aunadas las emociones sobre el cuerpo, es por ello que en los niños asmáticos es importante conocer como

⁸ <http://www.cepvi.com/psicoge.htm>. Cepvi.com Web de psicología y medicina. “Relación entre enfermedad física y aspectos emocionales”.

viven, además de analizar su comportamiento cuando están enfermos: se ponen nerviosos, se excitan, lloran, tienen miedo, quieren que los mimen o exigen diferentes formas de atención.

Esto con la finalidad de localizar hechos concretos emocionales que pueden tener relación con la aparición de la enfermedad. Por ejemplo, la primera crisis se presentó durante el embarazo de su madre o ante una situación familiar dolorosa: enfermedad, muerte, divorcio, etc., o simplemente se relacionan algunos estados emocionales del niño con la aparición de una crisis respiratoria o un acceso de tos, o ante algún reto, una prohibición, un castigo que provoque llanto prolongado, un estado de excitación violento por algún juego y alteración del estado mental como, alguna ansiedad, algún temor, son hechos que pueden preceder a una crisis de asma.

1.5 TRATAMIENTOS ACTUALES.

Todo niño que padece cualquier grado de enfermedad asmática, tiene derecho a un estudio integral en el cual se puedan descubrir las causas o desencadenantes de ella. Hay excepciones en donde la causa es única, sin embargo, esta enfermedad como se ha mencionado, cuenta con una multicausalidad en donde se debe tomar en cuenta la individualidad de cada niño en cuanto al tipo de asma que presenta, con las características de su edad, su fisiología, su pensar y sentir, su familia, su medio social, manera de ser, etc. que condicionan y modelan a su enfermedad.

En esta enfermedad los niños presentan alergia a ciertas sustancias, a factores infecciosos y emocionales, de tal forma que estos pequeños deben habituarse al uso de ciertos medicamentos que les ayudan a disminuir o prevenir sus crisis al igual que asistir a la terapia respiratoria para un mejor control de su enfermedad bajo la supervisión de su equipo médico.

1.5.1 TRATAMIENTO DE FACTOR ALERGICO (INMUNOTERAPIA)

En primer lugar, se deben de investigar e identificar los alergenos para posteriormente eliminarlos, sino completa al menos parcialmente del ambiente; y por último, desensibilizar con extracto alérgico adecuados en dosis correctas para el caso individual, dice el Dr. Guillermo J. Bustos, esto se logra con un exhaustivo interrogatorio hecho por un alergólogo experimentado y la colaboración de los padres, seguidas por las pruebas diagnósticas de alergia, en donde la más común es el test cutáneo.

Estas pruebas cutáneas se basan en el hecho de que un niño es sensible a determinado alérgico y tiene en la piel una gran cantidad de células cargadas de elementos especiales llamados anticuerpos sensibilizantes, específicos para su alérgico o alergia, es decir elementos capaces de unirse única y exclusivamente con aquellas sustancias a las cuales el niño es alérgico. Si se inyecta intradérmicamente (entra por la piel) una mínima cantidad de un extracto que contenga esa sustancia, esta unión se visualizará al cabo de unos diez minutos como una roncha notable, a veces con picazón, lo que certifica que ese niño es alérgico a ese determinado alérgico.

Una vez detectadas las sustancias que provocan la alergia (alergenos), se preparan, con estas mismas pero atenuadas, las vacunas.

La aplicación se inicia con una dosis muy pequeña que irá aumentando en forma gradual. Mediante una constante administración del tratamiento, el paciente crea anticuerpos o defensas que le permiten ir tolerando paulatinamente el contacto con sus alergenos. La mejoría se observa entre los tres y los seis primeros meses de la aplicación de la vacuna, pero el tratamiento es prolongado y requiere de paciencia y perseverancia.

El tratamiento desensibilizante con vacunas se denomina científicamente inmunoterapia, por ser un tratamiento de naturaleza inmunológica. También se denomina antigenoterapia, por que se basa en la administración de antígenos.

Los antígenos a utilizar deben guardarse en la heladera y no en el congelador, su duración fuera de la heladera no es mayor a una semana y la potencia del antígeno dentro de la heladera se conserva solamente durante seis meses. Es imprescindible usar jeringa de tuberculina graduada en décimas de centímetros cúbicos, la aguja debe ser corta y fina.

Los antígenos pueden ser administrados tanto por los mismos alergistas como por el pediatra, una enfermera e incluso los padres de familia que han sido instruidos para llevar a cabo el tratamiento ya que es importante medir cuidadosamente cada dosis. El lugar más aconsejable para la inyección es la región deltoidea, es decir, entre el codo y el hombro debe alternarse no solamente un brazo con otro, sino que en el mismo brazo se debe tener cuidado de variar el lugar de la inyección.

Siempre debe usarse la vía subcutánea. La inyección no tiene que ser tan profunda como para llegar a los músculos, ni tan superficial que no atraviese la piel. No existe razón para suspender la dosis. Debe ser aplicada aún cuando el niño esté enfermo con fiebre, tomando medicamento o en una crisis de asma.

La inyección de un antígeno puede producir reacciones, las cuales son habitualmente una confirmación de lo acertado del tratamiento. Es natural que una dosis pueda resultar demasiado fuerte y entonces se produzca una reacción. No se debe suspender la vacuna, solo debe hacerse una adecuación de la dosis.

Hay tres clases de reacciones:

Reacción local. Al tornarse el extracto más fuerte puede aparecer una roncha en el sitio de la inyección y quizás algo de inflamación o enrojecimientos locales que desaparecen en 24 hrs. La reacción local es excesiva cuando dura más de un día o si la primera excede de 5 centímetros de diámetro o 0.5 cm. de alto. Una

reacción local excesiva puede impedirse si se disminuye la dosis en una décima de centímetro cúbico o más, cambiar el sitio de la inyección, aplicar la inyección más profundamente y comprimir el sitio durante segundos. Si el sitio es doloroso, dar aspirina. Si hay tumefacción intensa aplicar hielo. Si la molestia es rubor y prurito usar un antihistamínico.

Reacción general. Cuando las molestias originadas por la aplicación del antígeno no se circunscriben al lugar de la inyección sino que se extienden a otras partes del cuerpo. Estas molestias suelen aparecer dentro de las 24 o 48 horas siguientes a la aplicación y se caracterizan por decaimiento, dolor de cabeza, escalofríos, irritabilidad o fiebre. Para impedir una reacción general hay que disminuir la dosis en una décima de centímetro cúbico o más, aplicando la inyección más superficialmente si es posible, administrando aspirina, aminofenol o novalgina cada 6 horas a partir del momento de la inyección y durante 24 o 48 horas.

Reacción sintomática. Es excepcional en los niños. Es un poco más común cuando se administran antígenos de pólenes. Los antígenos bacterianos prácticamente no dan reacción sintomática. Las manifestaciones aparecen inmediatamente por lo general dentro de la media hora siguiente a la inyección y habitualmente consisten en la aparición de síntomas alérgicos en la piel y el aparato respiratorio. Si se actúa rápidamente la reacción nunca alcanza gran intensidad. La reacción sintomática se puede impedir controlando esmeradamente el aumento de las dosis en cualquier tipo de antígeno, pero con mayor cuidado si se trata de un extracto de polen de concentración avanzada. Repitiendo las dosis que producen reacción general hasta que se toleren, pues una dosis mayor puede provocar reacción sintomática. Si aparecen síntomas mayores inmediatamente debe aplicarse una inyección que contenga corticoide y antihistamínicos. Por lo regular, a los pocos minutos los síntomas han desaparecido. Convendrá llamar al médico y no deberá aplicarse una nueva dosis sin consultar al pediatra alergista tratante.

1.5.2 TRATAMIENTO DE FACTOR INFECCIOSO.

El Dr. Guillermo J. Bustos dice que la inmunología es una ciencia que entre otros temas estudia la resistencia a la invasión de agentes infecciosos.

El niño durante nueve meses ha estado viviendo en un ambiente estéril, el vientre de su madre de pronto ingresa en un mundo plagado de gérmenes. Hoy se sabe que hay un sistema inmune, un sistema defensivo, que madura y se estrena progresivamente ante cada agresión infecciosa. El timo, los ganglios, el bazo, las amígdalas y hasta el apéndice forman parte de ese sistema, siempre listo para actuar a través de sus soldados: los glóbulos blancos y las gammas globulinas.

Las infecciones comunes de los primeros años de la vida son una experiencia inmunológica necesaria. Pero con el niño asmático sucede algo diferente. Las infecciones son demasiado frecuentes y tan rebeldes que hacen imprescindible el empleo de medicamentos antibióticos, con una reiteración que alarma a los padres.

Además las amígdalas y todos los órganos del sistema inmune suelen estar aumentados de tamaño, en los niños asmáticos. De hecho la infección en el niño asmático, asienta con frecuencia en las vías aéreas superiores (amígdalas y adenoides) tentando a los padres y no a pocos médicos a extirparlos en un esfuerzo por eliminar los focos de infección y obstrucción.

El estudio del factor infeccioso implica los siguientes pasos:

- a) Análisis comunes del laboratorio. Además de los análisis de rutina: sangre, parasitológico de materia fecal, orina, es necesario hacer un estudio de las secreciones del aparato respiratorio en busca de gérmenes y células especiales.

b) Análisis especializados de inmunología. Estos estudios permiten dosar cada una de las distintas gammas globulinas, tanto en sangre como en secreciones y los laboratorios ofrecen nuevos datos para aclarar donde se encuentra la falla. Eso permite una adecuada corrección de las carencias defensivas, que se logra con la aplicación de la gamma globulina, solamente cuando hay bajos niveles de la misma. La aplicación de vacunas bacterianas tienen por objeto la estimulación de la inmunidad anti-infecciosa. Hay que tener presente que mientras los antibióticos tratan al germen agresor, las vacunas actúan sobre el paciente creando progresivamente un estado de resistencia. Las vacunas no tienen efecto en el momento pero pueden generar las defensas del futuro.

c) Exámenes otorrinolaringológicos por el especialista. El especialista de nariz, garganta y oído busca a través del interrogatorio a los padres, del examen minucioso de las vías aéreas superiores del niño y de la ayuda radiológica, focos de infección y procesos alérgicos en ese nivel investigando:

Nariz. Existencia de rinitis alérgica, se caracteriza por nariz tapada, muchos estornudos, abundante secreción acuosa, picazón de la nariz y a veces del paladar y los ojos. También investiga infección sobre-agregada, pólipos y la capacidad nasal para respirar.

Senos paranasales. Busca sinusitis alérgica que acompaña a la rinitis y que con frecuencia se infecta haciendo que la secreción nasal se espese y cambie de color, tornándose blanca, amarillenta o verdosa.

Faringe. Es aquí donde se encuentran las amígdalas y las vegetaciones adenoideas, estos son órganos defensivos colocados a la entrada del aire y de los alimentos, posibles portadores de gérmenes. En algunas ocasiones hay clara evidencia de operar en un niño asmático y con más razón en un pre-asmático, siempre y cuando se efectúe un tratamiento inmunológico previo y posterior a la operación.

1.5.3 TRATAMIENTO DE FACTOR EMOCIONAL.

El diagnóstico del factor emocional implica la evaluación de las causas psicológicas que pueden incidir en la aparición de la enfermedad o complicar su evolución.

El psicólogo, a través de la entrevista con los padres y la observación del niño, evaluará la presencia de hechos que pueden haber contribuido a crear el clima emocional para que la enfermedad se desencadene. Además procura detectar situaciones concretas que contribuyen a la aparición de las crisis. Analizar el clima emocional de la familia, las características de comportamiento de cada miembro y su relación con el niño, las situaciones de sobreprotección o de superseparación, provocadas por la dinámica familiar, las relaciones de pareja, los criterios educativos, la presencia de problemas de conducta que pueden acompañar a la enfermedad.

Cuando la gravitación de los factores emocionales es evidente, se hace necesario un tratamiento que por una parte sea de origen psicológico para el niño y por otra para el grupo familiar.

Deformación torácica.

Es detectada por el pediatra en el primer examen físico a que es sometido el niño. En esta deformación se pierde la elasticidad de las paredes. Los hombros se propulsan hacia delante. La espalda se encorva y aumenta su diámetro, todo esto hace más ineficaces y lentos los movimientos de la respiración ante una crisis asmática.

Frecuentemente se requiere la ayuda de un médico fisiatra o traumatólogo para una evaluación más especializada. El estudio radiográfico del tórax, además de proveer buena información sobre el estado de los órganos contenidos en la caja

torácica, especialmente los pulmones, bronquios, corazón. También revela la conformación ósea.

Si las deformaciones ya están instaladas, una terapia kinésica especializada y prologada, dirigida por un médico fisiatra o traumatólogo o ejercida por fisioterapeutas capacitados, puede ayudar a corregirlas total o parcialmente.

1.5.4 MEDICAMENTOS.

Todo niño asmático debe ser estudiado en forma integral y lo más rápido posible. Como consecuencia de este estudio el pediatra alergista debe armar un plan de trabajo global para el mejoramiento del paciente, dicho tratamiento requiere de años para ser coronado como exitoso y, durante ese tiempo, las crisis pueden presentarse y la necesidad de tomar calmantes se vuelve inevitable.

Existen buenas razones para pensar que no es justo mantener a un niño asmático exclusivamente con calmantes, sin llevar a cabo un estudio integral y un tratamiento de fondo.

Existen principios que se deben de tomar en cuenta para la medicación sintomática, dice el Dr. Guillermo J. bustos.

La Dra. Nelly Ramírez habla sobre dos importantes medicamentos que son el zaditen, ketotifeno y cromoglicato, los cuales actúan impidiendo la liberación de las sustancias que provocan el cierre de los bronquios, mejora la función respiratoria y disminuye las secreciones, estos medicamentos deben administrarse antes del inicio de los síntomas y durante un tiempo prolongado (3 a 9 meses); así logra una acción preventiva que permite llevar a cabo una vida normal.

Los medicamentos broncodilatadores sirven para vencer la obstrucción bronquial, es decir, drogas que tiene la capacidad de aumentar el calibre de los bronquios,

permitiendo así una respiración más normal. Hay muchas clases de medicamentos pero entre los más frecuentes se encuentran la adrenalina, la efedrina y los derivados de la aminofilina. Todos ellos eficaces y usados en dosis correspondientes no ofrecen peligro.

Estos medicamentos pueden ser administrados por vía oral o inhalados.

En presentación oral:

Aminofilina (Aminofilin)

Salbutamol. (Ventolín)

Teofilina (Talotren)

Clenbuterol (Aspiropent-novegan)

Fenoterol (Berotec)

Tolbuterol (Bremax)

Terbutalina (Bricany)

En los últimos años han proliferado broncodilatadores que se administran en forma de aerosol, que son de cómoda administración, rápida eficacia y cuya acción se ejerce directamente sobre los bronquios, sin pasar por el aparato digestivo ni la sangre. Sin embargo, algunas personas tienden a hacerse adictos a estos aerosoles ya que ayudan en forma preventiva a evitar nuevos ataques ante situaciones que habitualmente les produce asma. Esto puede provocar alguna intoxicación ya que hay un límite de aplicaciones diarias y el envase normalmente dura varios meses.

Los broncodilatadores en forma de inhalador son:

Bromuro de Ipratropium (Atroven)

Bromuro de Ipratropium y Fenoterol (Berodual)

Fenoterol (Berotec)

Sabutamol (Ventolín)

El Dr. Guillermo J. Bustos cuenta con reglas para el uso de broncodilatadores. Con frecuencia no son administrados en forma adecuada, la Dra. Nelly Ramírez da algunas recomendaciones:

- a) Agitar el inhalador previo a su uso.
- b) Colocarlo en la boca y apretar los labios.

Es necesario sincronizar el disparo del inhalador y la inspiración profunda, que debe ser sostenida por unos segundos. El número de inhalaciones debe ser por prescripción médica, pero en general no deben ser más de dos disparos en cada ocasión, según frecuencia indicada por el médico.

Los efectos secundarios pueden ser: temblores, nerviosismo, aumento de la frecuencia cardiaca, dolor de cabeza, dolor o ardor de estómago y dependencia psicológica en algunos casos.

El inhalador puede usarse con un espaciador (dispositivo que guarda el medicamento hasta que es inhalado). Si usa un espaciador, coloque la apertura en su boca y siga los pasos ya mencionados.

Expectorantes: Con frecuencia los padres recurren a bebidas comunes para la tos (jarabes) las que en general son poco efectivas para aliviar las crisis. La mejor forma de fluidificar las secreciones bronquiales, es dar a beber agua al niño cuantas veces lo requiera.

Corticoides o corticosteroides. (Antiinflamatorios): Son probablemente los medicamentos más efectivos para controlar una crisis de asma. No obstante, su uso prolongado o demasiado frecuente provoca efectos secundarios como: retención de líquidos, lo que da al niño un aspecto de gordo y una cara típica de luna llena; aumento de vello corporal, especialmente en cara y miembros; detención del crecimiento; mayor susceptibilidad para adquirir ciertas enfermedades como diabetes, tuberculosis y descalcificación de los huesos con mayor tendencia a fracturas. No obstante, ningún niño con una crisis severa de

asma, después de haber fracasado los broncodilatadores comunes, debe ser privado de los beneficios de un corticoide. En efecto, su administración debe ser breve y esporádica para que no afecte la salud general del niño. Dentro de este tipo de medicamentos encontramos:

| | |
|---------------|--------------------|
| Beclometasona | Triamicinolona |
| Fluisolida. | Fluticasona. |
| Prednisona. | Metilprednisolona. |
| Prednisolona. | |

Antihistaminicos: Son medicamentos que actúan bloqueando una de las sustancias liberadoras de las células que participan en los problemas alérgicos, en particular en el asma y provocan el cierre de los bronquios. Su mayor es al iniciarse los síntomas tales como lagrimeo, obstrucción nasal, estornudos, secreción de moco, comezón de la nariz, etc. El manejo oportuno de estos medicamentos muchas veces previene el desencadenamiento de la crisis asmática.

Sedantes nerviosos: La excitación que suele presentar el niño durante una crisis asmática tienta a menudo al uso de medicamentos tranquilizadores del sistema nervioso. Hay que tener en cuenta que muchos de éstos son depresores del centro respiratorio y no pocos accidentes fatales se han ocasionado debido a su uso imprudente.

Antibióticos: Con Frecuencia el pediatra se ve en la necesidad de administrar antibióticos cuando una infección se ha sobre-agregado a la crisis asmática. Los antibióticos son un arma maravillosa de la medicina moderna. Ellos destruyen la mayoría de los microbios invasores causantes de enfermedades, los cuales usados en dosis adecuadas, siempre indicadas por el pediatra, son de gran utilidad para controlar la infección respiratoria que con frecuencia acompaña a la crisis.

1.5.5. INHALOTERAPIA.

La terapia respiratoria constituye un recurso más en el tratamiento del niño asmático. Es una serie de procedimientos a base de elementos naturales como agua y oxígeno principalmente, que pueden combinarse con medicamentos broncodilatadores para disminuir el espasmo o cierre del bronquio y hacer que las secreciones se eliminen más fácilmente. Estos métodos de tratamiento respiratorio pueden usarse en el hogar u hospital. Los recursos en el hogar pueden ser la humedad de la regadera u ollas que proporcionan vapor o nebulizadores.

La humedad con temperatura mayor a la ambiental (tibia o caliente) es útil durante las noches y en épocas de invierno, teniendo los siguientes cuidados: (Dra. Nelly Ramírez).

- a) Evitar que la humedad se esparza por toda la habitación.
- b) Condicionar la temperatura para evitar cambios bruscos.
- c) Lavar el equipo con detergentes y enjuagar con una solución de vinagre blanco.
- d) Cuando se usen humidificadores o nebulizadores caseros colocarlos sobre un plástico que cubra 60 cm. alrededor del aparato.
- e) Mantener el agua hasta el nivel indicado en el depósito.
- f) Tenerlo siempre al alcance.
- g) Mantener los aparatos secos y empaquetados.

El tratamiento en el hospital se reserva para los períodos de crisis o en aquellos pacientes que no mejoran totalmente a pesar de recibir tratamiento médico adecuado.

El tipo de tratamiento que reciben en el hospital es:

Fisioterapia pulmonar, ejercicios respiratorios, percusiones, relajación muscular, nebulizaciones y respiración con presión positiva.

Con todos estos medios, se pretende practicar en el niño una limpieza bronquial y eliminar el espasmo; aumentar la cantidad de oxígeno y reforzar la función pulmonar.

En el niño asmático el proceso respiratorio suele dificultarse razón por la cual la medicina física juega un papel importante: el paciente asmático debe aprender a respirar en forma adecuada y esto se logra bajo los objetivos de una buena respiración:

- a) Usar adecuadamente los músculos respiratorios.
- b) Ayudar al aumento de la capacidad y de la función respiratoria.
- c) Mejorar la condición física general del niño.
- d) Corregir la postura.
- e) Favorecer el desarrollo normal de las actividades de la vida diaria del niño en el hogar y en la escuela.
- f) Contribuir a un mejor estado emocional.

CAPITULO II

2.- LA FAMILIA DEL NIÑO ASMÁTICO.

“El estudio y tratamiento precoz de un niño asmático, llevado a cabo por un equipo de médicos especialistas, habitualmente conduce a la curación del niño. Sin embargo, cuando esto no ocurre alguien tiene la culpa: o es el médico que no tiene los conocimientos actualizados o carece de tiempo y dedicación o, por el contrario, son los padres quienes, por falta de información adecuada, no realizan el tratamiento a fondo con perseverancia ó no son capaces de corregir los factores emocionales (actitudes equivocadas) que interfieren en una normal evolución del tratamiento”⁹

El alivio de los padres es cuando entregan al niño al equipo de médicos especialistas para su curación. No obstante esta curación no se logra si los padres no tienen una participación activa en el tratamiento, esto es, no solamente cumpliendo al pie de la letra con las prescripciones médicas, sino creando un clima emocional adecuado que ayude a la resolución de las crisis y el normal desarrollo y maduración del niño.

El apoyo que el niño recibe de su familia es crucial para enfrentar los cambios ambientales, su plan de alimentación, sus cambios sociales,, económicos y sobre todo brindar comprensión pero nunca excediéndose ya que todos van a ser responsables del control de esta enfermedad y no se debe permitir que el niño utilice su asma como una excusa para obtener atención y beneficios. Es de suma importancia la comunicación familiar, el discutir ideas y sentimientos para buscar alternativas en conjunto y lograr un control del asma y una relación más sana. En el tratamiento integral del niño asmático deben participar en forma activa los padres y la familia con la que convive el niño, además de otorgar un tratamiento farmacológico.

⁹ Bracamonte, Francisco. “El niño asmático”. Libro para padres p. 95

2.1.- DEFINICIÓN DE FAMILIA

La familia es la institución humana esencial en toda la sociedad y es la que acompaña al hombre en toda su historia.

Para poder entender su desarrollo, es necesario explicar a grandes rasgos las diferentes etapas por las que ha pasado el hombre en sus formas de matrimonio o de llevar vida en común con personas de diferente sexo:

EL SALVAJISMO, aquí prevalecía el matrimonio por grupos, los cuales se separaban por generaciones: en primer lugar los abuelos y abuelas (marido y mujer entre sí) en seguida los padres y las madres (hijos de los abuelos) en seguida los hijos de estos (los nietos) y por último los bisnietos, quienes llevaban vida marital en común.

LA BARBARIE en donde el matrimonio era sindiásmico. El hombre vive con una mujer, aunque la poligamia y la infidelidad es un derecho exclusivo de los hombres. Mientras que a la mujer se le exige fidelidad ya que el adulterio es severamente castigado.

LA CIVILIZACION, aquí empieza la monogamia, se exige una paternidad verdadera ya que los hijos han de ser los herederos de los bienes paternos. En esta misma etapa existen diversas concepciones más, acorde a la era en la cual estamos inmersos, por ejemplo, la familia poligámica, poliándrica, etc.

Los diferentes grupos sociales incorporan distintos tipos de rituales y adoptan sistemas de creencias de acuerdo a su ideología, es decir, la familia actúa como agente ideológico que transmite y perpetúa las acciones y las normas sociales. Se relaciona con la transmisión de las actitudes que adoptan en este caso, los padres con hijos asmáticos.

Por otro lado es importante contemplar los dos tipos de familia que responden a dinámicas distintas: la familia conyugal y la familia consanguínea. Los principios básicos que rigen a una, se convierten en secundarios y hasta accidentales para la otra.

La conyugal es el primer tipo que surge en la historia humana. Está constituida por un grupo íntimo y de los cuales se derivan los descendientes inmediatos.

La familia consanguínea está constituida por un grupo más amplio en el que predominan las normas derivadas del parentesco consanguíneo, es decir, todos deben actuar de acuerdo a las normas establecidas en su comunidad.

La familia está compuesta por individuos genéticamente relacionados o no que han desarrollado relaciones entre sí o que viven juntos como si fueran parientes. Por otra parte, a las relaciones que se dan en la familia se les denomina dinámica familiar. Su estudio permite observar el interior de las familias y sus relaciones; observar el desarrollo de los individuos en forma conjunta e individual y su desarrollo a través del tiempo.

Cuando en la dinámica familiar se expresan las interacciones de una manera armónica y en donde cada individuo tiene claro su rol, así como su relación psicoafectiva, se dice que se comporta como una familia funcional. Por otra parte, a los desajustes o desequilibrios en la dinámica familiar se les denomina familia disfuncional, más aún cuando estos desequilibrios o falta de armonía que se dan en el seno familiar, pueden llegar a provocar crisis. Un ejemplo frecuente es el que se refiere a una familia funcional en la cual un miembro, en este caso un niño asmático, inicia su padecimiento y da como resultado un desequilibrio por la carga familiar y social que esto acarrea, además de la carga psicoafectiva en la que la familia se ve inmersa. Lo anterior implica una demanda de mucho afecto, desgaste físico, emocional y hasta económico por parte de la familia del enfermo, lo que da como resultado agobio o colapso de los padres y, no pocas veces, crisis familiares.

2.2.- QUE SIGNIFICADO TIENE EL ASMA PARA LA FAMILIA.

Cuando a los pequeños se les diagnostica asma, la primera impresión de los padres y del grupo familiar, en general, es de angustia además de conmoverlos y movilizarlos a la sobre protección ya que esta palabra da una impresión de incurabilidad e invalidez. Hay quienes sufren más que otros pero lo indudable es que va a marcar un antes y un después en la vida de la familia y su entorno. Esto implica la necesidad de adaptarse: cambiar hábitos, adquirir otros y modificar varios más. Sin embargo, la adecuada información y esclarecimiento del proceso implica un alivio y un principio de aceptación hacia el término. Esta aceptación se va dando conforme la enfermedad se prolonga ya que la familia se ve obligada a informarse sobre todo lo referente a la enfermedad de su hijo.

En esta transición de aceptación de la enfermedad es frecuente que se altere el clima emocional de la familia y al mismo tiempo se desequilibre la economía debido a la búsqueda de otras opiniones y alternativas de tratamiento a seguir. La actitud que se toma ante la situación de factores relacionados con la personalidad de los integrantes de la familia y la magnitud de la dolencia que produce en cada individuo, ya que cada uno cuenta con características particulares y enfrentan la situación de manera diferente.

En algunas familias, dice el Dr. Guillermo J. Bustos¹⁰, el niño enfermo es como el elemento “clave” de equilibrio ante situaciones conflictivas conyugales; todas estas situaciones y otras más que se pueden presentar en el núcleo familiar no solo complican el proceso de la enfermedad sino que además influyen en la personalidad en formación del niño y ello no permite establecer el tratamiento adecuado para el niño.

¹⁰ Ibidem. Pág.96

2.3.-. EL SISTEMA FAMILIAR DEL NIÑO ASMATICO.

Como ya se ha mencionado, el asma bronquial es un padecimiento de las vías respiratorias y es causada por una gran variedad de factores, y tiende a ser crónica, surgiendo como consecuencia las siguientes situaciones:

- a) Dificultad respiratoria que ocasiona gran ansiedad en el niño y en sus familiares.
- b) Las crisis asmáticas enfrentan al sistema familiar a experiencias no gratas y abrumadoras: hospitalizaciones, medicamentos, actividades, cuidados, etc.
- c) La cronicidad del problema origina cambios en la estructura y desarrollo emocional del sistema familiar y de cada uno de sus componentes.

Estos cambios surgen, según el Dr. José Valle Burián, como un intento de evitar las crisis de asma bronquial, o para resolverlas una vez que se presenten manifestándose en conductas que, las más de las veces, distorsionan el desarrollo y perpetúan el problema. Algunas conductas observadas son: restricción de las actividades físicas del niño, abrigarlo en exceso, imponer reglas de “no contrariarlo”, la solícita intervención de abuelos y otros familiares en el “cómo cuidar al niño”; quién debe acudir siempre con él a los servicios de urgencias, etc.

Las alteraciones emocionales de los padres y de sus hijos surgen ante la crisis, afirma el Dr. Y Psiquiatra José Valle Burián, hablando entonces de un niño asmático dependiente, inseguro, deprimido, egoísta, demandante e inmaduro, y que los padres son fríos, rechazantes, conflictivos, perfeccionistas, que culpan al otro cónyuge para no asumir responsabilidades. Sin embargo, se debe tomar en cuenta que todos estos aspectos ya existían previamente y que, ante la enfermedad, se hacen más aparentes y disfuncionales observándose la modificación que sufre el Sistema Familiar antes estas crisis asmáticas.

De tal manera que el Dr. José Valle Burián menciona algunas de las características que presenta el sistema familiar donde hay un niño asmático.

AGLUTINACIÓN. La familia se “amontona”, perdiendo límites y confundiendo “quién hace qué, quién manda a quién” o en qué, y el que unos piensen o sientan por los otros. (Aquí se pierden los roles familiares)

SOBREPROTECCIÓN. Centrada en el niño enfermo y actuada por todos los miembros de la familia, aún los abuelos. Estas actitudes son causa de la angustia familiar que se está viviendo.

RIGIDEZ. “No tenemos ningún otro problema, somos una familia normal, el único problema es la enfermedad del niño”. Que se traduce: “todos estamos bien”, nuestras reglas, relaciones, costumbres, cómo pensamos, el tiempo libre, etc. no nos toquen en esos aspectos, sólo curen el asma. La familia piensa que todo esta en función de la enfermedad.

NO SOLUCIÓN DE CONFLICTOS. “Nunca discutimos. Si acaso surge una discusión, yo me callo, o me pongo a ver la tele, o me salgo de la casa o de lo contrario, el niño empieza a toser”.

INVOLUCRACIÓN DEL PACIENTE EN LOS CONFLICTOS. “Dile al Dr. Cómo se pone tu papá cuando toma”, o bien: “cuéntale al Dr. Cómo deja tu mamá que el polvo se junte porque no asea la casa”. En ocasiones el niño llega a presentar crisis de asma cuando los padres inician una discusión involucrándolo como testigo o juez y esto a su vez, le provoca que sienta poco valor afectivo o que él sea el centro de las discusiones.

Son frecuentes los distintos criterios educativos, por ejemplo. El padre puede estar comprometido en la educación del niño por falta de tiempo en casa, pero protesta porque se le abriga mucho o no le dejan jugar como a los otros niños.

Es importante mencionar que con todas estas actitudes no es raro que algún hermano del niño enfermo se sienta desplazado y poco entendido por los padres y a veces secretamente le gustaría también estar enfermo para que lo atendieran y se ocuparan de él.

2.4.-. COMO INFLUYE LA FAMILIA EN LOS NIÑOS ASMÁTICOS.

El hogar de un niño asmático presenta características muy especiales. El clima afectivo y los comportamientos predominantes están centrados de una manera directa o indirecta en el pequeño.

Este clima tan especial comienza desde el primer momento en que los padres son sorprendidos por aquél respirar ruidoso del niño. El hecho de notar que alguien no puede respirar normalmente causa mucho miedo, más aún, cuando se trata de un ser querido. Al principio los padres no saben lo que está pasando ni mucho menos saben hasta donde puede llegar, así es que su desesperación es normal ante el temor de que el niño se asfixie.

El momento crítico es resuelto con la llegada del médico y la medicación adecuada, pero lo que no se resuelve es el ambiente emocional que comienza a estructurarse e instalarse en casa, con distintas características de intensidad, de acuerdo a cada persona, ya que por lo general se trata de evitar la repetición tan dramática de la primera crisis. Para ello se trata de proteger al niño de todo aquello que pueda enfermarlo.

Es habitual que los padres de los niños asmáticos traten de tener el control sobre la respiración del niño, especialmente cuando duerme y la manera más fácil y

cómoda es tenerlo cerca, es decir, si ya dormía solo o con sus hermanos se le pasa a la habitación de los padres e incluso duerme con ellos.

El frío es una de las grandes preocupaciones entre los padres de niños asmáticos y es por ello que suelen llegar a restricciones exageradas como el sobre abrigo para evitarles así que vivan situaciones de frío. Son frecuentes los problemas de escolaridad en los niños asmáticos, no por falta de inteligencia, sino por inasistencia provocada por el temor al frío o la lluvia, e incluso al enfriamiento provocado por el baño.

La actividad física también es limitada, ya que es temida como causa de enfermedad; por ello se les prohíbe a los niños los juegos que impliquen demasiados movimientos como el correr, jugar fútbol y otros más.

Algunos alimentos son temidos, lo que implica a veces a someter al niño a ciertas dietas, sin indicación médica y lo único que logran es debilitarlo.

Todos estos temores y restricciones implican que la enfermedad siempre esté latente y de alguna manera se le está educando como un enfermo que no puede hacer tal o cual cosa. “Sabemos que un niño que crece con el sentimiento de ser un enfermo se siente distinto. Sus carencias y necesidades no satisfechas van determinando una actitud pasiva y dependiente y sobre todo, se instala el miedo a enfermarse. Y es muy claro que no hay mejor manera de enfermarse que tener miedo a la enfermedad”¹¹.

El niño que crece en este ambiente de limitaciones y temores se hace inseguro, le cuesta trabajo enfrentarse a situaciones no conocidas, siempre va a querer la presencia de la madre o alguien que le brinde apoyo.

Toda esta inseguridad provocada en el niño se va configurando gracias a algunas circunstancias familiares y a la enfermedad. Estas circunstancias familiares pueden ser de dos tipos:

¹¹ Bustos, Guillermo J. “El niño asmático, libro para padres” p. 100

SUPER-SEPARACIÓN. La familia contemporánea se caracteriza por vivir apresurada en cuanto a que el padre siempre se encuentra ocupado en una actitud competitiva, la madre trabaja fuera o en la casa atendiendo varios hijos y las tareas domésticas. Lo cierto es que ninguno de los dos tiene tiempo para platicar con sus hijos.

Otra razón, se altera la relación con los hijos a consecuencia de los conflictos en pareja: un padre y una madre que se agraden con frecuencia o no se hablan o permanecen siempre serios o simplemente tienen distintos criterios educativos, etc. el niño vive estas situaciones con gran preocupación y la manera de protestar y llamar la atención es la crisis asmática ya que con ella exige la presencia de la madre o alguna actitud consoladora o de apoyo para él, entendiéndose de esta manera el trasfondo afectivo que existe en la enfermedad.

SOBRE- PROTECCIÓN. La aparición de la enfermedad asmática complica la relación entre padres e hijos debido a la inseguridad que surge y que por lo regular se trasmite como sobre-protección.

Los padres de un niño asmático pueden presentar rasgos de inmadurez en su personalidad, como consecuencia de su propia educación. Regularmente las madres sobre-protectoras son hijas de otras madres sobre-protectoras. Si a esta inmadurez básica se suma una mala información sobre el asma y se ignoran las verdaderas causas, riesgos y correcto manejo de la enfermedad, es probable que se instale una actitud insegura con rasgos de exagerada ansiedad. Este estado emocional permanente genera conductas sobre-protectoras, las cuales a su vez producen niños súper-dependientes¹².

La mejor manera de eludir responsabilidades y evitar situaciones conflictivas, es estar enfermo. Las crisis de asma son frecuentes cuando se tiene que vivir la situación comprometedoras, es decir, las emociones que estas situaciones

¹² Ibidem, pág. 104-106

generan, actúan orgánicamente creando las condiciones para que la enfermedad aparezca con más facilidad.

2.5.- EL NIÑO ASMATICO FRENTE A SU FAMILIA.

Cuando el niño por primera vez se enfermó y no pudo respirar normalmente, tuvo miedo y el ver los rostros angustiados y aterrorizados de su familia, su miedo fue mayor, esa emoción al actuar sobre su respiración ya alterada, la hizo más dificultosa.

El miedo es una emoción muy contagiosa y muchas crisis asmáticas que se pudieron haber resuelto fácilmente, se complican por el contagio de miedo que le transmiten al niño los que le rodean. Pero a medida que la crisis se va controlando y pasando, el niño comienza a analizar algunas situaciones importantes como: el que lo mimen, se satisfacen todos sus caprichos, tiene todo el tiempo a su madre cerca, puede volver a dormir en la habitación de sus padres, se le atiende de una manera distinta, etc.

El niño siempre está aprendiendo lo que su conducto provoca en las personas que le rodean. “Si observa que al toser o enfermar obtiene muchos cuidados y privilegios puede llegar a utilizar sus síntomas o provocárselos para conseguir lo que desea”¹³. El niño sin darse cuenta, es condicionado por sus familiares quienes de alguna manera tratan de evitarle contrariedades o un disgusto una vez que ya salió de su crisis y le dan lo que pide e incluso hasta lo que no ha pedido.

Las crisis de tos nocturnas son frecuentes ya que el niño requiere ser atendido. Algunos niños hasta amenazan a sus padres con “si no me das tal cosa me agito y toso o me da el asma”. La actuación de este mecanismo complica la enfermedad y en su momento puede ayudar a que se postergue la resolución del problema.

¹³ Valle Burián, José. “Asma infantil, guía para el paciente asmático”. P. 39

En alguna ocasión el niño y sus padres terminarán en el consultorio médico porque él tiene que probar su poder con el de los padres, y si con todo esto no consigue salirse con la suya, aprenderá también que quienes ponen las reglas, y las cumplen, son sus padres y no con su pequeña personalidad, ante la cual se sentirá aliviado por que vive con personas dignas de toda su confianza que buscan lo mejor para sus hijos.

2.6.-. ETAPAS DE ADAPTACIÓN EMOCIONAL EN LA FAMILIA.

Es posible hacer un esquema del proceso de adaptación emocional de la enfermedad por la que atraviesan los familiares. Estas etapas no son temporalizables ni siguen un mismo orden; muchas veces se alteran, se avanza y retrocede de una a otra; en la cual influyen las diferencias individuales, el apoyo otorgado y los conflictos previos que se hayan dado en el seno familiar y la manera en como estos se hayan manejado.

Las etapas de este esquema son una explicación general de algunas respuestas que se dan de manera natural y espontánea en los familiares para adaptarse psicológicamente al problema del asma. Este involucramiento a la enfermedad lleva mucho tiempo y es muy doloroso. Por ello es importante que el familiar reciba todo el apoyo necesario y de alguna manera cuente con alguna persona que esté dispuesta a escuchar durante el proceso de la enfermedad, tener algún confidente o una mano amiga en quien apoyarse y desahogar sus sentimientos de angustia, desesperanza, miedo, incertidumbre y conflicto. Es en esta parte donde los grupos de apoyo cumplen su función tan importante.

Al mismo tiempo, debe buscar el apoyo de alguna persona profesional que ayude a superar la crisis tanto familiar como personal de los familiares de los niños asmáticos.

Las etapas de adaptación emocional por la que atraviesan los familiares son¹⁴:

Desconcierto. Esta primera etapa suele ser larga; frente a los acontecimientos, surge el aturdimiento, el asombro, el no comprender la realidad, además de tener sembrada la duda ante qué es, si se volverá a presentar, cómo controlarla, etc.

Negación y angustia. Cuando los familiares reciben el diagnóstico del médico, la reacción inmediata por lo general es: “no es cierto”, creen que el médico pudo haberse equivocado o confundido con alguna otra enfermedad, etc. Muchas veces buscan la opinión de varios médicos para cerciorarse que el diagnóstico es el correcto. Desgraciadamente la mayoría de las veces se caen en manos de “charlatanes” que prometen una curación rápida y efectiva sin haber proporcionado una orientación previa sobre lo que es la enfermedad, su tratamiento y la importancia que tiene el tiempo para su curación. Cuando la negación se prolonga por un largo tiempo, el efecto es negativo ya que impide que se hagan los planes necesarios para la atención y cuidado del niño y prepararse por si vuelve a presentar otra crisis.

Además, la negación tiene una acción secundaria que es la angustia familiar, la cual se presenta como miedo al futuro: ¿qué vamos a hacer? ¿Cómo podemos controlarlo? ¿Cómo lo evitamos? ¿Es hereditario? Es en esta etapa donde la familia debe de conseguir la información necesaria acerca del asma e informarse sobre los grupos de apoyo existentes para que les orienten y al mismo tiempo puedan expresar sus sentimientos, preocupaciones y temores.

Enojo, culpa y frustración. Cuando la familia se enfrenta a la evidencia irrefutable de que su niño es asmático, entonces aparecerá esta etapa ya que sienten rabia, coraje contra los médicos por el aseguramiento de tal noticia porque la curación requiere de tiempo, contra los padres por no brindarle el cuidado que requería, porque sufre el niño estando en crisis; envidia de ver a los niños de su misma

¹⁴ Llanos, Mary Pily. “Procesos de afrontamiento en personas con enfermedades endocrinas”. P 17-18

edad, sanos y jugando. Estas reacciones son debidas al duelo por el que están pasando.

Esto puede llevar a interpretar la enfermedad como castigo por no haberle dado la atención necesaria al niño cuando la necesitaba.

Depresión, tristeza y soledad. Conforme se van repitiendo las crisis, la depresión y tristeza van aumentando debido a que se cree que no se está controlando la enfermedad correctamente, no saben si está fallando el médico o los padres. La soledad se agudiza porque la familia junto con el niño se comienza a aislar debido a que hay varios factores que ayudan a desencadenar la crisis y por lo tanto se mantienen a distancia de amistades, parientes y sobre todo salidas de diversión. Acudir a los grupos de apoyo les ayuda a no sentirse tan solos ante esta situación al encontrar personas que están viviendo los mismos que ellos. Esta depresión es coraje o rabia no expresada que se va quedando en el interior de la persona y el grupo es una ayuda profesional que brinda la oportunidad de poder expresarse verbalmente además de ayudarles a manejarlo y brindar el apoyo emocional que requieren durante el proceso de adaptación a la enfermedad.

Aceptación, reconocer. Una vez que los familiares han ido enfrentando las etapas anteriores, que han comprendido la realidad de la enfermedad y han hecho planes en cuanto a como tratarlas y como se va a desenvolver el niño socialmente; se llega a la etapa de aceptación que implica también perdón, si hay culpa, uno mismo y al otro.

Aceptación porque ahora comprenden lo que implica tener un niño asmático, lo aceptan y lo presentan como tal, ahora sienten con la preparación, tiempo y disponibilidad necesaria para enfrentar a la enfermedad y combatirla.

Recuperación. Aquí ya se canaliza toda la energía hacia el bienestar del niño, se desarrollan recursos internos y siguen viviendo pero ahora con armonía y paciencia. La recuperación va a depender de varios factores, uno de ellos es

cuando el niño ya ha sido adecuadamente controlado, es decir, aunque siga teniendo sus crisis pero estas se presentan de una manera más esporádica y no tan fuertes como para llegar a la hospitalización.

Otro factor importante es la asimilación de que al niño se le deba tratar de la manera más normal posible y evitar sobre-protección que lejos de ayudarlo, sólo lo perjudica más. El hecho de que ambos padres hayan creado conciencia de la gravedad de la enfermedad, en cuanto los invade el pánico y el poco avance del niño frente a la misma, al buscar soluciones que sólo logran la pérdida de tiempo. Todo esto es logrado de una manera eficaz y poco tardía cuando la familia decide acudir a los grupos de apoyo en donde asisten personas con la misma problemática (algún hijo asmático) y se otorga la oportunidad de ayudarles brindándoles apoyo, confianza y se orienta e informa sobre la enfermedad de sus hijos, bajo la coordinación de profesionales capacitados para ayudar a que la familia se vaya recuperando poco a poco de todos sus sentimientos de culpabilidad que no les permite ayudar a la curación de sus hijos.

2.7.-ORIENTACIÓN A PADRES DE FAMILIA.

La orientación a los padres es una medida social moderna sobre planteamientos educativos de la paternidad y vida familiar. También se utilizan expresiones como: Escuela para padres, Educación para padres, Educación parental, Educación para la vida familiar, Enseñanza de normas y actividades para padres.

La orientación a padres es la educación que estos en forma de reglas empíricas e información práctica con lo cual se trata de originar un cambio de actitud haciendo que los padres adviertan que un niño no es un ser aislado, al mismo tiempo considerando la crianza del niño dentro del seno familiar del que son responsables.

A la orientación de padres se le concibe como una información en el plano de lo no formal de la educación ya que trata de los conocimientos utilizados en la cotidianidad de la vida familiar con la finalidad de que los padres aprendan de las experiencias de los demás y las propias para lograr cambiar sus actitudes. El aprendizaje de los integrantes de la familia es llevado en la interacción con las familias de los niños asmáticos que asistían a cursos de orientación donde entran en contacto con problemas que se identifican y producen una sensación de libertad y así logran enfrentar la enfermedad y progresar junto con ella.

Esta educación es concebida como un mejoramiento de las relaciones sociales, de adaptación y confianza. La primera relación social que tiene un individuo es la de los padres, por lo que es la más importante, ya que conduce al niño a la adquisición de hábitos, de confianza en sí mismo y en los demás. La mayoría de los padres manifiesta la necesidad de ser guiados por una consecuencia del constante desarrollo social, que desestabiliza la base tradicional de su función.

Por ello, la educación de los padres consiste en ayudarlos, guiándolos en el sentido de mejorar sus relaciones tanto en el seno familiar como en los grupos sociales de los que forma parte. Los métodos empleados son de tipo grupal, con el objetivo de modificar sus comportamientos sociales, para lograr que los padres comprendan y cumplan su papel como punto esencial de su educación.

La orientación a padres es una práctica educativa informal, que pretende dar elementos a los padres de familia para potenciar un buen desarrollo de la personalidad de sus hijos.

Esta concepción abarca tres tendencias; ya que informa al transmitir conocimientos y experiencias constantemente por diferentes instituciones: civiles, públicas, etc. que dedicadas a la observación de la realidad, renuevan continuamente los contenidos brindando elementos más significativos para la práctica familiar. Estos elementos concluyen al ser interiorizados, en pautas de conducta que tienden a modificar la personalidad parental lo que necesariamente

tendrá que influir para mejorar el desarrollo de la personalidad de los hijos. Este proceso implícitamente dotará a los individuos de mejores estrategias para enfrentar la problemática de su tiempo, armonizando finalmente las relaciones tanto familiares como sociales.

CAPITULO III

3.- LA DIDACTICA EN LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD.

La didáctica surge en el siglo XVII y trata de establecer una relación permanente entre la teoría y la práctica que viven cotidianamente los docentes y educadores para la salud, además de conocer acerca de las determinaciones institucionales. “Se considera que el aspecto metodológico, el cual plantea ‘Cómo’ va a ser enseñado el contenido de las diferentes disciplinas en lo particular”¹⁵. Esta manera de enseñanza se logrará de acuerdo a la relación del alumno con el objeto de conocimiento y el método que se utilice en este proceso, por parte del profesor podrá ser desde la perspectiva de la didáctica tradicional, la tecnología educativa y la didáctica crítica.

En la educación tradicional, el aprendizaje se entiende como la capacidad de retener y repetir información; es fundamentalmente memorístico.

En la tecnología educativa, el aprendizaje se centra en las conductas observables; se pone énfasis en la manera de llevar a cabo la enseñanza (sistematización a través de cartas descriptivas y técnicas didácticas).

Para la didáctica crítica el aprendizaje es el resultado de la interacción: todos aprenden de todos, el grupo es visto como sujeto de aprendizaje y objeto de enseñanza.

Educación tradicional

Se remonta al siglo XVII y es la forma más antigua de enseñar. Coincide con la ruptura del orden feudal y con la Constitución de los estados nacionales y el surgimiento de la burguesía.

¹⁵ Bellido Castañeros, Ma. Esmeralda. “Didáctica y formación de docentes”. Tópicos de postgrado. FEZ Zaragoza. P. 44

“Los pilares de la escuela tradicional”... son el orden (del tiempo, espacio y actividad) y la autoridad... que se personifica en el maestro, dueño del conocimiento y del método”¹⁶ . Además de ser el personaje central del proceso enseñanza-aprendizaje. Aquí el educador es el que educa, es quien disciplina, el que prescribe, el que habla y elige los contenidos del programa y el educando es el disciplinado, el que sigue la prescripción, el que escucha y el que recibe los contenidos. De tal manera que nada se deja al azar, el método garantiza el dominio de situaciones y al mismo tiempo se refuerza la disciplina ya que se trabaja con modelos intelectuales y morales ya establecidos.

De ahí que esta educación tradicional tenga una concepción receptivista del aprendizaje ya que solo se debe retener y repetir la información, logrando así, únicamente, la memorización.

Los “rasgos distintivos de esta escuela son: verticalismo, autoritarismo, verbalismo, intelectualismo; la postergación del desarrollo afectivo, la domesticación y el freno al desarrollo social son sinónimos de disciplina” ¹⁷ quien tiene la mayor jerarquía es quien toma las decisiones, el alumno está al final de esta cadena autoritaria, carece de poder. La exposición es verbal y sólo por parte del profesor.

El enfoque tradicional de educación tiene su correspondencia con el concepto de educación para la salud, como conducta, el cual se caracteriza por la relación médico-paciente tradicional que se establece con exceso de autoridad de parte del médico, experto y dominante, que ordena lo que hay que hacer, frente a un paciente dependiente y casi siempre considerado como ignorante, que debe acatar las órdenes médicas recibidas. El médico, poseedor absoluto del conocimiento, pretende “iluminar”, educar a sus pacientes, y en su discurso utiliza términos técnicos que sus pacientes no comprenden, por tanto no existe una verdadera comunicación. El médico argumenta no dar información por lo que los

¹⁶ Panza González, Margarita. Et al. “Fundamentación de la didáctica”. P. 53

¹⁷ Idem. P. 53

pacientes no entienden, porque son ignorantes, por no se educados o por pertenecer a otra cultura. La retención de información es una manera por medio de la cual el médico conserva y ejerce su poder ante el paciente.

Tecnología Educativa.

Esta corriente surge en los Estados Unidos y se ubica en los países de América Latina en relación s los procesos de modernización, teniendo auge en México hasta la década de los 70's.

La tecnología educativa es solamente la modernización de la escuela tradicional, pero con la perspectiva de la eficiencia y el progreso y poner al día a la educación en adelantos tecnológicos"... en la práctica se circunscribió al cómo de la enseñanza, sin cuestionarse el qué y para qué del aprendizaje"¹⁸ . El aprendizaje modifica la conducta ya que tiende a ser observable y particularizado, susceptible de ser provocada y controlada. El conocimiento va a ser el dato obtenido de la ejecución de acciones predeterminadas.

El poder del profesor estará basado en el dominio de las técnicas que le sigan permitiendo el control de la situación educativa "el profesor es un ingeniero conductual que controla estímulos, conductas y reforzamientos... dispone los eventos para lograr la conducta deseada... las más sofisticada tecnología pretende llegar a prescindir del profesor..."¹⁹

Una de las aportaciones de la tecnología educativa es que rechaza la improvisación y considera al salón de clases como un espacio donde se pueden experimentar técnicas, recursos, experiencias de aprendizaje, etc., es decir, lleva a cabo una rigurosa planeación y estructuración de la enseñanza pero son tomar en cuenta las condiciones particulares en las que ocurre cada proceso educativo.

¹⁸ Ibidem. P. 179

¹⁹ Bellido Castaño, Ma. Esmeralda. "Didáctica y formación de docentes". P. 48

Sin embargo, la práctica docente se reduce al plano de la intervención técnica, se recalca el carácter instrumental de la didáctica; el docente hace uso de una serie de técnicas que pueden ser aplicadas a varios ámbitos educativos e independientemente del contenido que se maneje.

Esta concepción de educación corresponde al concepto de educación para la salud como proceso en donde interesa más el control, de las técnicas que se aplican que todo el proceso en sí, en donde la labor del técnico se limita al establecimiento y control de las conductas consistentes en diseñar y llevar a cabo programas de condicionamiento y la aplicación oportuna de los reforzadores.

Lo que le importa al médico en sí, es que el paciente repita los pasos de la demostración que acaba de dar; no le interesa saber si en su casa cuenta con los utensilios necesarios para llevarlo a cabo. Se dan pláticas sobre algunos temas de interés para los pacientes y se considera que esta es exitosa por el hecho de que se prepararán videos, diapositivas o películas, esto para fortalecer la acción educativa en salud.

3.1.- CONCEPTO DE EDUCACION PARA LA SALUD

Para estructurarse como tal la educación para la salud tuvo que apoyarse de otras ciencias, particularmente de educación, socioantropológicas, psicológicas y las sanitarias. Sin embargo, la educación higiénica como transmisión de conocimientos y conducta que sirve para evitar la enfermedad y fomentar la salud ha existido desde siempre como una actitud inherente al hombre.

La educación para la salud es una disciplina que estudia y desarrolla los procesos que permiten generar pautas de conductas individuales y colectivas favorables para la salud, a través de distintos niveles de acción que van desde la transmisión de información hasta la reflexión y participación conjunta de los integrantes de dicho proceso educandos-educadores.

Es una disciplina por que es un conjunto específico de conocimientos susceptibles de ser enseñados y que tiene sus propios antecedentes en cuanto a formación, procedimientos, métodos y áreas de contenido.

Estudia y desarrolla porque es una disciplina teórico-práctico: necesita sus propios fundamentos teóricos para desarrollar la práctica y a partir de esta generar su teoría.

Hace referencia a los procesos porque la educación en cualquier ámbito requiere de un proceso, es decir, de frases sistematizadas para llegar a un objetivo.

Busca pautas de conducta, de acuerdo con Bleger (1982), la conducta del ser humano es siempre molar, es decir total. En ella el individuo se expresa en todo momento como un ser integrado (área de la mente, del cuerpo y del mundo externo).

Favorables a la salud. En la práctica es lo más difícil de unificar ya que hablar de un tema de salud y de la conducta que se espera la favorezca, no significa lo mismo para todos. Y el contenido educativo para explicar la etiología, la prevención y su tratamiento de una enfermedad debe ser diferente de acuerdo con la posición del educador.

Se aplica a distintos niveles. La transmisión de información por medio de los medios masivos de comunicación a la población abierta, la orientación específica y sistematizada a algunos grupos de la población. El objetivo de su aplicación práctica es lograr en la población:

- A) El concepto de salud en su escala de valores
- B) Acepte y coopere con la enseñanza que le facilita el aprendizaje de mejores conductas, para conservar y mejorar su salud.
- C) Haga uso oportuno y adecuado de los servicios de prevención y restauración de la salud.

El logro de estas metas pone la necesidad de preparar personal, de investigar nuevos procedimientos de enseñanza (curso-taller) y la experimentación de formas más eficaces de utilización de los materiales educativos (rotafolio, proyector), así como de los canales de transmisión del mensaje (charlas vivenciales, lluvia de opiniones).

La educación para la salud²⁰ es, por tanto, el conjunto de acciones que se realizan para influir favorablemente en los conocimientos, actitudes y hábitos de las personas en relación con su salud y para impulsar su participación activa en la prevención y curación oportuna de las enfermedades, y principalmente en el fomento de las condiciones de salud.

Estas acciones se realizan en dos grupos: la población escolar y la extraescolar: En la primera los profesores son los responsables (siguiendo los programas de la SEP y en coordinación con la secretaría de salud) de propiciar un aprendizaje de

²⁰ García G J J, Alonso. Educación para la salud. p.84

hábitos higiénicos y alimenticios, mientras que, a la parte restante de la población se le desarrollan diversos programas que van desde la detección de casos mediante visitas domiciliarias, hasta el diseño y desarrollo de acciones educativas de cobertura nacional en materia de salud.

3.2.- ALCANCES Y LIMITACIONES DE LA EDUCACION PARA LA SALUD

La educación para la salud inducirá un proceso de enseñanza-aprendizaje en el ámbito individual y colectivo entre los trabajadores de salud (y otros profesionales) y la comunidad, para que esta adquiera conocimientos sobre factores que condicionan y determinen su salud ó enfermedad de acuerdo al contexto histórico, social y desarrolle actitudes reflexivas que se manifiesten en conductas favorables para la prevención y el control de la enfermedad.

Este proceso debe fundamentarse en la comunicación que se establece entre unos y otros; la conducta de un ser humano, consciente o inconsciente actúa como estímulo (en forma intencional o no) de la conducta de otro u otros seres humanos, es decir que la comunicación incluye todo cambio de mensajes, transmisión de significaciones entre personas o grupos y requiere de un emisor, un mensaje y un receptor ya que todo mensaje lleva un contenido significativo y una función. La actitud de apertura, de trabajo conjunto, de enseñar y de aprender mutuamente, debe llevar a la búsqueda de soluciones viables de acuerdo con la naturaleza de los problemas existentes y vislumbrar el hecho de actuar sobre factores causales y no únicamente sobre consecuencias, es decir, que debe promover la readecuación de la comprensión de la realidad para transformarla.

Para abordar un tema de salud, es necesario que el mensaje educativo además de describir las características clínicas del padecimiento y de enseñar sus causas; se debe plantear como riesgo potencial o real para la población que participa en el proceso de enseñanza; debe señalar la existencia de medidas de prevención o de

control; y, por último, debe indicar los mecanismos precisos para tener acceso a tales medidas.

Esta secuencia en los contenidos permite ir de un conocimiento abstracto de carácter impersonal, al conocimiento de la posibilidad de resultar afectado, y de éste al planteamiento de soluciones o sugerencias que se concretan en su disponibilidad. Para lograr esta secuencia es necesario conocer las condiciones socioeconómicas y culturales de la población ya que estos influyen en el comportamiento y cuidado de su salud. Así, pues es importante dar el justo valor a las acciones educativas, estas en su sentido más profundo y real, deberá trascender en los individuos hasta su concientización; es decir que deberán fomentar el conocimiento y la crítica de los factores que condicionan y determinan su nivel de vida, para que así puedan tomar decisiones que le permitan mejorar su estado de salud y el del medio en que habitan. Pero dada la complejidad de la génesis de los problemas sanitarios, las acciones tendentes a su prevención y control deben tener un carácter organizado de la sociedad que permita abordarlos integralmente; es decir, tomando medidas dirigidas a los individuos, a los agentes patógenos y al medio ambiente en cualquier fase del proceso salud-enfermedad, donde la terapéutica farmacológica, física, dietética, quirúrgica, el control del ambiente y la administración de servicios, entre otros aspectos, sean apoyados por la educación para la salud. Además es necesario contar con personal profesional, técnico auxiliar capacitado para realizar adecuadamente las funciones designadas; con mejores métodos de prevención, de diagnóstico, y de tratamiento desarrollados en trabajos de investigación biomédica, clínica y socio médica, y con el apoyo de la legislación sanitaria para hacer más eficiente el trabajo realizado en forma conjunta.

3.3.- EL PEDAGOGO COMO EDUCADOR PARA LA SALUD

“La tarea más importante de un promotor de salud es la de enseñar, la de animar, la de compartir conocimientos, habilidades, experiencias e ideas. Las actividades

del promotor como educador pueden tener un efecto de mucho mayor alcance que todas sus actividades preventivas y curativas” (Werner D Bower B 1984).

Para ubicar y explicar a la educación para la salud es necesario partir de los dos conceptos que son su esencia: educación y salud. Este último se forma por un proceso de enfermedad y salud el cual se debe a una connotación histórica y social.

Cada formación social genera su propia patología por lo que hay que identificar los procesos presentes en ella. En una formación social las condiciones generales de vida varían de acuerdo con el tipo de inserción que los grupos humanos tienen en la producción .Estas condiciones generales de vida determinan las posibilidades que tienen los diferentes grupos sociales de acceder a una serie de bienes y servicios que tienen impacto directo y/o indirecto en la presentación social del proceso salud enfermedad.

La práctica médica está condicionada por el desarrollo histórico de una formación social, la cual estructura la manera en que la sociedad se organiza para responder a la enfermedad. La atención médica es considerada una práctica social y no un proceso de trabajo ya que comprende la interacción entre el personal de salud y los grupos sociales dentro o fuera de los marcos institucionales; hablamos de instituciones estatales y privadas, pero además existen acciones como formas paralelas de curar, tales como la denominada medicina tradicional, la medicina casera y la automedicación que esta respondiendo a las necesidades de amplios sectores de la población.

Si bien el médico tiene la jurisdicción para definir que es la enfermedad y como curarla, la conducta del enfermo varía de una cultura a otra y de un nivel socioeconómico a otro. Por todo lo anterior deberíamos considerar a la educación para la salud como uno de los aspectos del proceso educativo global, del cual debería formar parte como objetivos específicos.

En cuanto al concepto de educación, señala que es un proceso dinámico permanente e inacabado de experiencias de aprendizaje intencionales e incidentes entre el individuo y su entorno biopsicosocial, que ejercen influencia en su manera de pensar, sentir y actuar y lo convierten en un producto de su cultura con capacidad de reproducir o transformar el ambiente que lo rodea²¹ .

De esta definición lo importante es precisar las características de la educación, las cuales se refieren a que:

Es un hecho social. La práctica educativa se verifica en todas las sociedades; en cada formación social y época, presenta caracteres peculiares y cumple funciones específicas.

Los hombres en su relación con la naturaleza y entre sí mismos logran transformaciones tanto de objetos naturales como culturales, de los cuales se tiene como resultado ciertos productos.

Es un proceso. Porque la educación no se da de facto, requiere de tiempo y fases, sistematizadas o no, para llegar a su objetivo.

Es permanente. Se da constantemente de manera dialéctica e inagotable, por lo tanto dura toda la vida.

Reproduce. La manera de pensar, sentir y actuar de los individuos. a educación garantiza la continuidad de la cultura.

Capacita. A los individuos para transformar el ambiente que los rodea.

Por los ámbitos donde se desarrolla se considera que hay dos tipos de educación: formal y no formal.

²¹ Compendio de educación para la salud 1987

Como un hecho social la educación para la salud se adquiere en todos los ámbitos; en la familia se adquiere lo referente a hábitos, creencias y costumbres, en sí, el estilo de vida.

3.4.- DIDÁCTICA CRÍTICA.

Esta corriente surge a mediados del siglo XX y “es una propuesta que no trata de cambiar una modalidad técnica por otra, sino que plantea analizar críticamente la práctica docente, la dinámica de la institución, los roles de sus miembros y el significado ideológico que subyace en todo ello”²².

Toma conceptos que habían sido evadidos, como el autoritarismo, el ideológico y el poder, además declara que el problema de la educación no es de carácter técnico sino político. Incorpora elementos del psicoanálisis en las explicaciones y analiza las relaciones sociales en el proceso de enseñanza-aprendizaje. Propone el vínculo de educador-educando y un educando-educador, es decir, una cooperación entre ambos para fomentar el aprendizaje grupal en donde se tienen dos tareas principales: los objetivos de conocimiento que se propongan y la elaboración de un vínculo no dependiente. Aquí se analizan los fines educativos con la intención de que el educador fundamente de manera teórica su quehacer y se responsabilice de la eficaz aplicación de procedimientos para un mayor rendimiento académico. Busca la formación integral del educador y el educando y los vé como los únicos actores involucrados en el proceso enseñanza-aprendizaje.

La didáctica crítica²³pretende que las innovaciones didácticas responden a objetivos claros, precisos y a valores asumidos conscientemente, además de considerar a la instrumentación didáctica como una realidad que comprende comportamientos éticos, didácticos, administrativos, económicos y filosóficos. El factor humano al igual que las interrelaciones personales son elementos fundamentales del proceso.

²² Bellido Castaño, Ma. Esmeralda. Op. Cit. P. 49

²³ Villalobos Marveyla. Didáctica integrativa y el proceso de aprendizaje. p.67

En esta corriente se deben ofrecer diversas estrategias de aprendizaje²⁴ con la finalidad de desarrollar habilidades superiores del pensamiento, así como incluir métodos y técnicas de trabajo individual o pequeños grupos y sesiones, además de favorecer la transferencia del aprendizaje a nivel de madurez, experiencias previas y características del grupo, generando actitudes para seguir aprendiendo.

Todos aprenden de todos y primordialmente de aquello que se realiza en conjunto, ya que se promueven las relaciones interpersonales, contemplando al grupo como sujeto de aprendizaje y no como objeto de enseñanza. Aquí el sujeto (educando) inicia determinado aprendizaje, no es un sujeto abstracto sino un ser humano que participa con su experiencia. Al igual que el educador. De esta manera cuando el sujeto habla sobre su experiencia y objeto de conocimiento provoca una modificación, no solo en el objeto, sino también en sí mismo y esto ocurre gracias a que el profesor selecciona experiencias de aprendizaje, para que sean significativas entonces el profesor deja de ser un transmisor de información y se convierte en un promotor de aprendizaje significativo en una relación de cooperación “El profesor asume un papel de orientador, de promotor de cambio de roles... hace señalamientos tanto en el terreno de lo conceptual como en el de la interacción... con respecto a logros, avances, desvíos... puede aportar para estimular el desarrollo de la tarea grupal, pero son bloquear ni sustituir los procesos de indagación del grupo ni su actividad productiva²⁵.

Se considera que este enfoque corresponde al concepto de educación para la salud como disciplina científica, siempre y cuando se lleve a cabo la práctica y se proporcione a la educación para la salud elementos para que se desarrolle como tal y pueda llevar a cabo investigación educativa y con esto forme su propio cuerpo de conocimientos, sistematización y metodología.

La educación para la salud recibe gran influencia de la educación formal escolarizada y bajo las orientaciones de esta es que propone sus alternativas.

²⁴ Idem. p.68

²⁵ Bellido Castaño, Ma. Esmeralda Op. Cit. P.49

Los grupos de apoyo tienen características que corresponden a este último enfoque de educación para la salud, ya que estos grupos reúnen todos los elementos arriba mencionados; los grupos de apoyo no podrían tener una connotación de educación tradicional, por ejemplo. En los grupos de apoyo todos los integrantes participan, hablan sobre sus problemas y entre todos piensan como pueden resolverlos; el coordinador es un facilitador que ayuda a todos a buscar las respuestas juntas.

En la didáctica crítica se exige actualizar constantemente la selección y organización de los contenidos, además de contextualizar todos y cada uno de ellos con una dimensión histórica, presentando la realidad como una totalidad concreta y coherente.

La metodología debe ofrecer diversas estrategias de aprendizaje con la finalidad de desarrollar habilidades del pensamiento así como incluir métodos y técnicas de trabajo individual, de grupos y sesiones, además de ayudar a la transferencia del aprendizaje acorde a la madurez, experiencia y características del grupo, generando actitudes para seguir aprendiendo; aquí el educador valora las cuestiones de aprendizaje como generadoras de experiencias que ayudan a la participación de los integrantes del grupo en su proceso de adquisición del conocimiento. También el educador debe promover un pensamiento divergente y convergente²⁶ con predominio en ambos hemisferios (lógico-izquierdo, holístico-derecho) para ello es necesario seleccionar experiencias que permitan ayudar a entender el conocimiento, con base en la verdad, además el educando debe promover su propio proceso de aprendizaje por medio de una relación cooperativa.

Para la didáctica crítica la tarea de la evaluación debe trascender de la simple asignación de calificaciones a una evaluación educativa, entendiendo por evaluación “al proceso de valoración del buen desempeño”, es decir, se debe considerar el análisis del proceso de aprendizaje en su totalidad, incluidos los

²⁶ Villalobos Marveya, Op. Cit p. 68

factores que favorecen u obstaculizan el proceso de aprendizaje así como las situaciones o vicisitudes que se dieron en el grupo, considerando la función que desempeñan las emociones del proceso de aprendizaje.

3.5.- ESTRATEGIAS DIDACTICAS

La educación para la salud involucra un proceso de enseñanza-aprendizaje, a nivel individual y colectivo, entre los trabajadores de la salud y la comunidad, para que esta adquiriera conocimientos sobre los factores que condicionan y determinan su salud o enfermedad de acuerdo con el contexto histórico y social, y de desarrollo de actitudes reflexivas que se manifiesten en conductas favorables para la prevención y el control de la enfermedad.

La participación de la comunidad en las acciones educativas, a nivel individual y a nivel colectivo, es el resultado de un proceso educativo logrado a través de la comunicación y de la readecuación de la forma de comprender la realidad; con la población en una actitud de enseñar y aprender de ella y de buscar conjuntamente sus causas y las soluciones posibles a los problemas de salud, comunicación que debe ser lograda fundamentalmente a través de la relación interpersonal y apoyada por el empleo de las diversas técnicas y medios auxiliares; y readecuación de la comprensión de la realidad, que implica el ubicarse en el momento histórico y social, identificando los factores determinantes del proceso de salud- enfermedad.²⁷

El término estrategia era utilizado para proyectar y dirigir grandes movimientos militares. La actividad del estratega consiste en proyectar, ordenar y dirigir las operaciones militares con el único fin de conseguir la victoria y los pasos o peldaños que forman una estrategia son llamados “técnicas o tácticas”.²⁸

²⁷ García G JJ Alonso Educación para la Salud . p. 67

²⁸ Villalobos P. Elvia Marveya. Estrategias didácticas para una conducta ética. p.16

Las estrategias son conscientes e intencionales, dirigidas a un objetivo relacionado con el aprendizaje, donde se toman decisiones, se eligen y recuperan conocimientos para cumplir un objetivo, el cual consiste en aumentar la conciencia del estudiante sobre las operaciones y decisiones mentales que realiza el aprender, es decir, reflexiona de una forma consciente e intencionada.

Las estrategias didácticas se diseñan para promover el aprendizaje en los estudiantes y los lleve a:

- a. Aprender a formular cuestiones, es decir establecer hipótesis, fijar objetivos y problemáticas con un orden lógico y metodológico.
- b. Aprender a planear, que el estudiante determine tácticas y consecuencias con la intención de que aprenda a reflexionar, autorregularse y a monitorear su trabajo.
- c. Estar vinculado con el control del aprendizaje. Que desarrolle estrategias y descubra tácticas para alcanzar el aprendizaje significativo.
- d. Facilitar la reflexión sobre los factores e inconvenientes de progreso en la tarea del aprendizaje. El estudiante debe reconocer sus avances, resultados y obstáculos que le permiten realizar un auto monitoreo de un aprendizaje.
- e. Conocer procedimientos para la comprobación de resultados obtenidos y esfuerzos empleados. Se perfeccionan los procesos con el propósito de comprobar el fin educativo.
- f. Utilizar métodos y procesos que ayuden a mediar la diversidad de situaciones donde se requiera aplicar.

Por todo lo anterior el educador para la salud debe conocer y manejar algunas técnicas didácticas para aplicarlas en su trabajo educativo.

Las técnicas didácticas son maneras, procedimientos sistematizados de organizar y desarrollar la actividad durante el proceso de enseñanza aprendizaje. También son considerados como elementos subordinados a la utilización de la estrategia.

Es importante conocer las técnicas que permitirán asegurar y conducir la acción individual y del grupo. Todas las técnicas están concebidas para informar o para

estimular a la acción y se aplican en sesiones únicas o a una parte de dicha sesión y en combinaciones. A pesar de esto último, es necesario conocer cada técnica en su forma original ya que: evitará confusiones en cuanto a la naturaleza de muchas técnicas, las combinaciones dependen de los elementos de las diferentes técnicas que han de mezclarse, basándose en ellas se desarrollan otras modalidades.

La elección de una técnica debe responder a tres preguntas básicas:

¿Por qué?, es decir, el objetivo a lograr.

¿Cuándo?, condiciones o situaciones en que pueden utilizarse.

¿Cómo?, La secuencia de pasos para su aplicación.

Deben considerarse las características de los otros elementos del proceso enseñanza –aprendizaje: los recursos disponibles y el tamaño del grupo, las características de los miembros y la capacidad del conductor.

Las diversas técnicas de grupo poseen características variables que las hacen aptas para determinados grupos en distintas circunstancias. La elección de la técnica adecuada en cada caso corresponde generalmente al conductor del grupo, salvo cuando el grupo es suficientemente maduro para decidir por sí mismo al respecto.

Para seleccionar la técnica más conveniente en cada caso, habrá que tomar en consideración los siguientes factores, que Cirigliano y Villaverde consideran indispensables para la elección de dichas técnicas.

Según los objetivos que se persigan. Las técnicas de grupo varían en su estructura de acuerdo con los objetivos o metas de que un grupo pueda fijarse. Así pues, la elección ha de hacerse considerando los requerimientos propios de la finalidad que se busca, para lo cual es necesario que dicha finalidad haya sido claramente establecida con anticipación.

Según la madurez y entrenamiento del grupo. Las técnicas varían en su grado de complejidad y en su propia naturaleza. Algunas son fácilmente aceptadas por el grupo y otras provocan al principio ciertas resistencias por su novedad, por ser ajenas a los hábitos y costumbres adquiridos, por promover actitudes poco desarrolladas, etc. Para los grupos nuevos, no experimentados en la actividad grupal, convendrá, pues, seleccionar aquellas técnicas más simples, más acordes con las costumbres de los miembros del grupo.

Según el tamaño del grupo. El comportamiento de los grupos depende en gran medida de su tamaño. En los grupos pequeños se da mayor cohesión e interacción, existe más seguridad y confianza, las relaciones son más estrechas y amistosas, se llega más fácilmente al consenso, y los miembros disponen de más oportunidades y tiempo para intervenir. En los grupos grandes, en la medida de su amplitud, se dan las características opuestas a las mencionadas: menor cohesión e interacción, mayor intimidación, etc. Por ello la conducción de un grupo grande exige mayor capacidad y experiencia por parte del conductor. Este deberá comenzar por elegir aquellas técnicas más adecuadas para este tipo de grupo.

Según el ambiente físico. Cuando se elige una técnica debe tenerse en cuenta las posibilidades reales del lugar y del tiempo.

Según las características del medio externo. Existen ciertas circunstancias externas al grupo en sí, de tipo humano y generalmente difuso, que de alguna manera influyen sobre el éxito o el fracaso de una técnica. Se trata del ambiente, clima psicológico del medio donde ha desarrollarse la tarea del grupo . Cualquier innovación, cualquier actividad que venga a romper con hábitos y costumbres establecidos, o con la rutina, necesita lograr imponerse contar con la aprobación o la aceptación del medio en el cual se pretende introducir.

Según las características de los miembros. Los grupos varían, claro está, de acuerdo a las características de sus miembros: edades, nivel de instrucción, intereses, expectativas, experiencias, etc. Los grupos serán distintos en el nivel

primario, secundario y superior; en la educación de adultos o en cursos de capacitación.

Según la capacitación del conductor. El uso de las técnicas de grupo requiere el estudio analítico de las mismas y el entrenamiento o experiencias en su aplicación. Es importante conocer bien el valor y el mecanismo de la técnica y actuar con prudencia en los comienzos de su aplicación siguiendo las normas establecidas para el procedimiento. Luego la propia experiencia irá indicando los eventuales cambios que convenga hacer para adaptarla a determinadas situaciones. Por otro lado, se requiere un buen conocimiento del grupo, de sus miembros, sus intereses, modalidades, necesidades, valores y objetivos.

Las técnicas más utilizadas en educación para la salud y que pueden ser aplicadas también en grupos de autoayuda: entrevista, plática, conferencia, taller, debate, foro, seminario, discusión en grupos pequeños, discusión y análisis de videos, interrogatorio, lluvia de ideas, lectura comentada, demostración, socio dramas (role-playing o desempeño de roles), proceso o incidente, proyectos de visión futura.

3.6.- UBICACIÓN DEL CURSO TALLER DENTRO DE LA DIDACTICA

El éxito de todo programa, en este caso, de educación para la salud, depende de la manera en que se lleve a cabo, es decir, de los métodos, técnicas y recursos empleados.

Un método se refiere a l enfoque conceptual de carácter general que se adopta con respecto a la manera en que un conjunto particular de metas y objetivos deberá ser alcanzado²⁹.

²⁹ Harol, Luis. “Estudio y enseñanza”. p.210

Las técnicas por su parte, se refieren a las estrategias operativas, específicas incorporadas en el método. Las técnicas de enseñanza son muchas y pueden variar de manera extraordinaria, según la disciplina, las circunstancias y los objetivos que se tengan en vista. La validez de la técnica estriba, en la manera, en el espíritu que la impregna cuando se utiliza, además de la selección premeditada para el desarrollo de una clase en un momento determinado. Estas técnicas como trabajo individual y grupal tienden a descentrar la actividad educativa de la figura del maestro, de tal forma que los alumnos pueden trabajar la información, objeto de estudio, de una manera diferente y dirigida hacia un aprendizaje ya planeado.

Se conocen diferentes y variadas técnicas de enseñanza, dentro de ellas tenemos:

- a. Entrevista
- b. Panel
- c. Grupo de cuchicheo o diálogos simultáneos
- d. Exposición
- e. Discusión en grupo
- f. Taller
- g. Demostración
- h. Entrevista
- i. Dramatización
- j. Mesa redonda
- k. Lluvia de ideas, entre otros.

En este caso específico haremos hincapié en el taller.

Taller: Es una estrategia docente que permite, con distintas técnicas, la participación activa de docentes y alumnos en un proyecto de trabajo.³⁰

Las características de un taller son las siguientes:

- a. El aprendizaje será el resultado de una integración entre reflexión (pensar los hechos y datos de la realidad basándose en elementos teóricos) y práctica (que da origen a la reflexión y la enriquece).

³⁰ Lucareli A. Elsa. Cómo hacemos para enseñar a aprender. p. 65

- b. La alternativa entre trabajo grupal e individual, tarea guiada o semi guiada, como partes de una sucesión de actividades, tendrá como resultado un proyecto común.
- c. La capacitación del padre de familia para seleccionar instrumentos, medios de trabajo y criterios de acción.

Son condiciones para su activa participación:

- a. La necesidad de llegar a un producto es distintiva del taller. El origen de la palabra Taller es la idea de construir algo, tener un resultado. Por ejemplo: armar un acuario para la escuela, o puede ser un taller “para escribir cuentos”.
- b. Las formas de organización del taller son las que siguen: taller total, en el que participan todos los docentes y alumnos; taller vertical, que incluye alumnos de distintos grados; y horizontal, solo para los alumnos de un grado o curso.

Para trabajar con la técnica de taller se deben seguir los siguientes pasos:

- 1) Actividad inicial, para preparar al grupo, asesorándolo en la formulación de un problema o la elaboración de un proyecto.
- 2) Desarrollo de experiencias: el alumno incorpora los conceptos instrumentales que le servirán para seguir construyendo el conocimiento. El alumno debe realizar tareas individualmente; por ejemplo búsqueda de información, elaboración de conclusiones, lecturas, etc. Estas pueden constituir la base para un trabajo en grupo (discusión, mesa redonda, etc.) Una vez que los alumnos hayan trabajado de esta manera y cada vez que el tema lo requiera es importante la comparación, es decir, que cada alumno o grupo exponga sus conclusiones o el resultado de su trabajo al resto de la clase. El maestro deberá tomar nota para ayudar a los alumnos a hacer síntesis y conclusiones.

- 3) Actividades de afianzamiento: son las experiencias que contribuyen a la consolidación de los conceptos que requieren la elaboración del conocimiento.

Un taller necesita desarrollarse previendo un tiempo suficiente para que sus integrantes se puedan concentrar, se sientan cómodos, sin apuro.

El taller puede durar una semana, un mes, con una frecuencia semanal o algo más.

Actividades docentes previas a la ejecución.

El maestro tendrá en cuenta:

- a. Los propósitos que persigue al organizar un taller.
- b. Las características de los participantes.
- c. Las condiciones institucionales (aceptación de la escuela, infraestructura disponible, materiales y equipos, etc).
- d. La necesidad de planificar la totalidad de las actividades del taller teniendo en cuenta la distribución de las tareas, el tiempo, las secuencias...
- e. La importancia de seleccionar con cuidado el problema o situación que lleva a realizar el taller, así como las actividades iniciales (éstas permitirán al maestro verificar lo que los alumnos saben, lo que desean saber y, en síntesis, captar el interés de todos los educandos).
- f. Lo importante es que las actividades estén calculadas y que, al final de la jornada, se hagan cierres parciales, evaluando lo producido hasta el momento.

Actividades posteriores a la ejecución de la técnica.

Cuando concluye un taller, los alumnos pueden continuar usando las mismas operaciones que ejercitaron en otras actividades de aprendizaje autónomo. Esto puede concretarse en la búsqueda bibliográfica, elaboración de fichas,

planteamiento de problemas, participación en grupos, armando otros proyectos y tal vez generando un nuevo taller.

CAPITULO IV

LA COORDINACION DE LOS GRUPOS DE AUTOAYUDA

Un grupo de apoyo es el integrado por personas que mutuamente se brindan ayuda para enfrentar los problemas que se presentan ante la enfermedad del asma en un miembro de la familia. Estos grupos están orientados por un coordinador o facilitador, el cual se encarga de planear, programar, dirigir e implementar estrategias didácticas para lograr un ambiente de confianza e intercambio de opiniones y que el taller logre ser un éxito con el apoyo de un equipo interdisciplinario del ámbito médico. En el cual los familiares se reúnen para discutir un problema en común, así como aportar información sobre la enfermedad. Es un espacio para aprender, donde enseñar a otros narrando la propia experiencia es la mejor forma de hacerlo. Con reglas claras que lo hacen un lugar apropiado para escuchar con atención y para expresarse con la confianza del respeto y resguardo de lo que se comenta.

Aquí se narran las vivencias y se describe lo que ha sido útil ante la enfermedad del asma, el objetivo es lograr soluciones y un cambio de actitud en cada persona.

4.1.- LOS GRUPOS DE AUTOAYUDA

En este sentido podemos hablar de la terapia de grupo o grupos de autoayuda, el cual ofrece demostrar a las personas que asisten a el, que sus problemas no son únicos. La interacción entre sus miembros se considera la principal fuente de mejora y el trabajo del facilitador consiste en controlar y facilitar (como la palabra lo dice) las interacciones que se van generando en el transcurso de estos grupos de ayuda.

La terapia de grupo comenzó a principios del siglo XX, en Europa. El primero en emplearla fue Jacob Levy Moreno, su psicodrama se extendió rápidamente a otras partes del mundo. Un tratamiento grupal especial es la terapia de familia. Alfred Adler trabajaba con familias en 1930, pero 20 años después comienza a trabajar

con ellas, donde se trabajaba con el supuesto de que las relaciones familiares cotidianas se ven afectadas por los problemas psíquicos de cualquiera de sus miembros.

Algunos de los antecedentes históricos sobre grupos de autoayuda o apoyo se tienen en algunas agrupaciones bajo el principio de la ayuda mutua:

1819 Sociedad Judía contra la Ceguera.

1920 Asociación de Veteranos de Guerra

1928 Liga contra la Ceguera y la Sordera

1935 Alcohólicos Anónimos.

La ayuda mutua es intrínseca y consustancial a nuestra constitución como seres sociales. Es natural reconocernos en otro cuando vemos que se encuentra en una similar situación a la nuestra, especialmente cuando se trata de algo difícil y que nos hace sufrir. El carácter fundamental del ser humano se expresa en nuestra capacidad de vincularnos e involucrarnos en relaciones de colaboración y ayuda **recíproca**. El inicio de una amistad tiene generalmente este carácter.

El intercambio que implica la ayuda mutua ocurre cuando personas que tienen un mismo problema o situación de vida se reúnen para hacerle frente, apoyándose simultáneamente unos a otros. Con el tiempo, esto se hace parte de una filosofía y modo de abordar situaciones. Al cabo de años, cada grupo genera incluso una propia cultura, misma que hace posible su permanencia. Haciéndolo en compañía de otros, con el medio social que los rituales y tradición del grupo generan, cada participante puede llegar a lograr transformaciones importantes en su vida y persona.

El grupo se basa en un principio de hacerlo todo nosotros mismos que no descalifica el saber especializado ni el trabajo del profesional. Brinda una identidad colectiva, por ser una forma de organización social en mucho similar a la familia. Es un lugar para aprender, donde enseñar a otros narrando la propia experiencia es la mejor forma de hacerlo. Una premisa fundamental de la teoría de

Rogers es la superposición de que la gente utiliza sus experiencias para definirse así mismas.³¹

En realidad, la vida social no sería posible sin la ayuda mutua, comprendida en su sentido amplio como:

- a. Definición autónoma de objetivos y formas de organización;
- b. auto-administración;
- c. auto-financiamiento.
- d. auto-gobierno; y finalmente
- e. *autogestión*.

Son ayuda mutua las formas de organización social autónomas, con las cuales pequeños grupos de personas colaboran para el logro de fines y la superación de situaciones problemáticas que les son comunes.

Un grupo de autoayuda es un conjunto de personas que tienen un problema común y buscan mejores formas de manejar su situación, hablando entre sí y ofreciéndose apoyo. Con reglas claras que lo hace un lugar especialmente apropiado para escuchar con toda atención y para expresarse con la confianza del respeto y resguardo de todo asunto personal que se comenta, el grupo de autoayuda se hace un medio poderoso y constructivo para que las personas se ayuden al participar. Éste tipo de grupo es especialmente útil para personas que están pasando por un periodo de transición y requieren de un cambio con respecto a roles y colocaciones sociales, porque permite reconocer en cada uno de los otros distintos aspectos del proceso y situación, así como alternativas y estrategias que pueden llegar a ser útiles.

Se define como un grupo de autoayuda al integrado por personas que mutuamente se brindan ayuda para solucionar o bien subsanar los problemas que afrontan por tener en su familia un enfermo de Asma. El apoyo que se dan los

³¹ Ramírez Pantoja Ana M. Tesis La motivación en los alumnos de la maestría en Pedagogía de la ENEP Aragón: una perspectiva psicopedagógica desde un enfoque humanista. P.73

miembros del grupo está orientado por un coordinador o facilitador. Los familiares se reúnen para discutir problemas en común, así como aportar información técnica relativa a la enfermedad del Asma.

De esta manera los componentes educativos y de apoyo se combinan para ayudar a los miembros de la familia a enfrentar el cuidado del paciente con asma

Los grupos de autoayuda son necesarios para apoyar a los miembros de las familias que cuidan a un niño con asma a ellos se les denomina cuidadores primarios, por ser quienes están directamente al cuidado del pequeño. Algunos de estos cuidadores, aunque gozan de buena salud física, sufren los efectos emocionales de la soledad, el aislamiento, el excesivo agobio así como, las más de las veces, dificultades económicas.

La dinámica de grupos se refiere a las fuerzas que actúan en cada grupo a lo largo de su existencia, y que lo mueven a comportarse en la forma en que lo hace, que puede ser movimiento, acción, cambio, interacción, reacción, transformación, etc.

La interacción recíproca de estas fuerzas y sus resultantes sobre un grupo dado constituyen su dinámica (Cirigliano F J Villaverde G 1976).

Se dice que en la dinámica de grupos, el grupo puede tener varios efectos:

- a. Efecto de ayuda. Se dice que todo grupo que tenga condiciones adecuadas tiende a mejorar a sus miembros al brindarles la posibilidad de desarrollar sus capacidades y superar sus problemas, por el solo hecho de compartir con otros sus vivencias e inquietudes.
- b. Efecto educativo. Cuando existe un objetivo en común, el grupo es visto como un espacio para el aprendizaje.

Cuando se organizan grupos con el fin de tomar decisiones o resolver problemas específicos, como sería el caso de los grupos de autoayuda, están siempre presentes el efecto de ayuda y el educativo.

Los grupos de apoyo o autoayuda para padres de familia o familiares son una opción educativa y de asistencia que ayuda a compartir el efecto de vivir con un niño con asma. Aunque los grupos de apoyo han ganado popularidad, el entrenamiento o capacitación para los coordinadores o facilitadores de estos grupos de apoyo no se ha desarrollado a la par. En nuestro país existe poco material educativo para personas que desean dirigir un grupo de apoyo a los padres de familia que tienen en casa un niño con Asma.

La capacitación de las personas que coordinen los grupos de apoyo es un punto relevante, por la ayuda que los dichos grupos proporcionan a los familiares en cuanto a información y orientación, propuestas de acciones para enfrentar en familia el problema que significa tener un niño enfermo de asma.

La acción del pedagogo en esta fase es importante. En su formación, éste adquiere elementos para elaborar programas de capacitación, dirigir los grupos de apoyo, preparar el material didáctico idóneo para el medio familiar, así como sistematizar las propuestas en educación para la salud.

Las experiencias que generen dichos grupos puede ser la base para sistematizar y hacer propuestas en el campo de la educación para la salud, que nos permitan, plantear nuestras estrategias de manejo de acuerdo con los recursos y creatividad que surgen de cada grupo, además de impulsar la investigación educativa y social en este campo.

Lo anterior se centra en la educación no formal, la cual se refiere a los programas organizados, no escolares, que se proponen brindar experiencias de aprendizaje a personas con problemáticas en común como pueden ser los alcohólicos y en este caso los padres con hijos asmáticos.

La coordinación de grupos de apoyo se ubica dentro de la educación no formal; pero requiere que esta sea sistematizada.

Por otro lado es importante señalar algunas características importantes de la educación para adultos ya que nos hemos dado cuenta que la mayoría de las personas que acuden a estos grupos de ayuda son personas adultas.

Normalmente los adultos necesitan compatibilizar el estudio con otras responsabilidades familiares y laborales, a la vez que aportan una gran diversidad de experiencias a sus estudios y estudian o se organizan en grupos de autoayuda de manera voluntaria.

Algunas características importantes de la educación para adultos son:

1. Debe ser un proceso de formación
2. Se debe planificar a largo plazo y para todas las edades.
3. Debe crearse un sistema de educación abierta, capaz de alentar las innovaciones y la disposición de los alumnos a cambiar su actitud dentro de la sociedad.
4. Reconocer que el progreso está ligado a constantes cambios de condiciones de trabajo y de vida.

En la educación para adultos lo que más interesa es el cambio de actitudes , de patrones de comportamiento, que dependerá de manera decisiva de la motivación del alumno, ya que la educación no formal depende en primer lugar de la voluntad propia del estudiante y de su interés particular; sin embargo hay que distinguir entre condiciones subjetivas, objetivas e interpersonales o fenomenológicas del proceso de enseñanza- aprendizaje organizado.

Dentro de las condiciones subjetivas que se dan dentro del proceso de enseñanza –aprendizaje organizado tenemos que el alumno debe tener conocimientos previos, cuenta con un potencial de reacción, emplea materiales didácticos. Es importante asegurar que el material de aprendizaje esté ligado a los conocimientos previos y a las experiencias de los alumnos. También se debe incorporar ejercicios de transferencia para facilitar que lo aprendido se pueda aplicar a nuevas situaciones.

En lo que se refiere al conocimiento o condiciones objetivas podemos decir que es una forma de corroborar las hipótesis, las especulaciones y conjeturas, en comparación con marcos de referencia externos.

Y la tercera condición que es la interpersonal o fenomenológica, es la práctica del entendimiento empático: penetra el mundo privado y subjetivo de los demás para ver si el entendimiento de su punto de vista es correcto, no solamente si es objetivo o si esta de acuerdo con nuestra propia opinión, sino correcto en el sentido de comprender la experiencia ajena cuando los demás lo experimentan. Esta concepción empática se puede verificar retroalimentando lo que uno ha entendido, preguntándole a la otra persona si los demás han sido escuchados correctamente.

Otro de los conceptos que es importante destacar y se relaciona con la enseñanza-aprendizaje es la congruencia e incongruencia. La primera se define como el grado de exactitud entre la experiencia de comunicación y el conocimiento, se relaciona con las discrepancias entre experiencia y conocimiento. Las observaciones propias y las de un observador externo deben ser compatibles.

La incongruencia se presenta cuando hay diferencias entre el conocimiento, la experiencia y la comunicación de la experiencia, cuando la incongruencia se presenta entre el conocimiento y la experiencia obstaculiza en un alto grado el

aprendizaje. La incongruencia puede presentarse en forma de tensión, ansiedad o en circunstancias extremas, como una confusión interior.

Una razón para que el adulto se interese por algún tipo de aprendizaje puede ser el deseo de adquirir algún oficio o habilidad que le permita obtener beneficios para enfrentar alguna situación de su vida en forma inmediata. En esta categoría se puede ubicar el aprendizaje informal que se da en los grupos de apoyo.

La función de los grupos de autoayuda parte del principio de la gente que tiene los mismos problemas provee un gran nivel de entendimiento; por tanto, los beneficios de un grupo de autoayuda son percibidos como ayuda a los miembros del grupo por sí mismo.

En el marco del grupo, la forma de relacionarnos con otros llega a tener un efecto terapéutico. Conociendo en detalle el sentido emocional de la experiencia de otros, es posible analizar la propia experiencia, para darle un giro a lo que a cada uno lo tiene atorado. Las difíciles experiencias de vida se transforman en recursos y sabiduría, valiosa también para otros.

El proceso pasa generalmente primero por **(1)** la catarsis, "*escupiendo y vomitando*" en un torrente de palabras todo lo que se siente; reviviéndolo. Luego es común que en otras participaciones **(2)** se hable muy libremente, asociando una cosa con otra, una y otra vez. En la tranquilidad del grupo, junto con la cuidadosa escucha de las vivencias y sentimientos descritos, se suele luego **(3)** pasar a una situación de apertura, con la que se hace posible que en un momento dado le "*caigan veintes*" a cada uno. Lo que otros dicen y el proceso de participación permiten **(4)** reconocer cosas, especialmente las que estaban muy escondidas, muy negadas. Es entonces que se logra pasar a **(5)** un análisis de la propia situación, sentimientos y constitución subjetiva. Esto último es lo que permite transformar aquello que generaba sufrimiento. Se trata de un trabajo arduo, difícil y profundamente liberador.

En un grupo de autoayuda el liderazgo es asumido por un facilitador, el cual tiende a ser más flexible e informal que un coordinador.

4.2.- EL PAPEL DEL FACILITADOR EN LOS GRUPOS DE AUTOAYUDA

El papel del facilitador es central para el éxito de un grupo de autoayuda, hay ciertas funciones que debe asumir para que el grupo cumpla con sus propósitos.

1. Dar información.

Aunque los padres de familia han recibido indicaciones por parte de su médico, frecuentemente buscan información adicional acerca de la enfermedad del asma a través de un grupo de autoayuda. Así, al facilitador del grupo se le solicitará que proporcione información precisa sobre aspectos médicos y no médicos de la enfermedad durante las sesiones del grupo por que en todos los grupos existe una necesidad de estar informados acerca de la enfermedad, sus características, sus principales síntomas, su origen .

Además es esencial que los facilitadores animen a los integrantes del grupo a hacer preguntas cuando quieran saber más acerca del tema de discusión o cuando un tema no quede claro.

Es frecuente que los padres de familia esten ansiosos por saber las causas y el tratamiento, y si la enfermedad es hereditaria. Las preguntas con el porque de ciertos comportamientos o precauciones también son frecuentes en las sesiones.

2. Fomentar apoyo

Una función de los grupos de autoayuda es dar a los padres de familia la oportunidad de compartir experiencias y así ayudarse unos a otros con sus problemas.

El facilitador tiene la función de facilitar este proceso. Deberá alentar a los participantes a hablar entre sí, a demás de ayudarlos a movilizar sus propios recursos y la de otros para auxiliarse mutuamente. No debe seguir recetas, sino más bien lograr una comprensión adecuada de la conducta de los padres de familia, creando un clima de respeto y dando oportunidad a todos ellos para que logren desarrollarse plenamente y alcancen así un aprendizaje significativo vivencial.

Esto puede alcanzarse indicando que cada uno posee información y experiencias relacionadas con el cuidado de los enfermos de asma; y cuando esta información se comparte el conocimiento queda a disposición de todos los miembros para su beneficio. El intercambio dentro del grupo probablemente generará soluciones a problemas enfrentados por varios miembros de la familia.

Al principio de las reuniones, los integrantes del grupo tienden a dirigirse más al facilitador para buscar consejo, que hacerlo entre sí; sin embargo, conforme se van conociendo esta situación cambia.

3. Fijar las normas del grupo.

El facilitador del grupo de autoayuda juega un papel importante al fijar las normas por las que operará el grupo.

Establecerá cuándo y cómo se reunirá el grupo.

Establecerá reglas básicas de asistencia y de puntualidad, además de verificar que los miembros del grupo convoquen y respeten las convenciones sociales importantes. Por ejemplo, los participantes necesitan saber que se espera que mantengan en confidencia las discusiones que se den dentro del grupo “lo que se dice en el grupo, se queda en el grupo”, este acuerdo de secreto y resguardo se conoce como “anonimato” y el no juzgar a los demás (hay que hablar en primera

persona para no emitir juicios de valor ni generalizar y solo referirnos a su propia experiencia), evitar a toda costa el dar consejos y tratar de no interrumpir al que esté hablando además de que nadie debe dominar las intervenciones(aprender a respetar escuchando).

El facilitador debe vigilar que estas normas sean discutidas al principio de las sesiones y que sean respetadas a través del tiempo que dure el programa.

4. Mediación en el proceso grupal.

En los grupos de apoyo el papel del coordinador cambia conforme se desarrollan las sesiones. Al principio es usualmente el foco de atención, este tiende a ocupar una posición menos prominente conforme el apoyo mutuo crece entre los participantes. Aunque tiende a cambiar de ser una figura de autoridad a una de facilitador, debe estar siempre atento para intervenir cuando el grupo se enfrente a una situación difícil. Por ejemplo cuando un miembro del grupo comience a llorar, el coordinador no solo debe consolarlo sino que también debe tratar de ayudar al grupo a enfrentar la situación que puede ser incómoda.

El coordinador debe intervenir cuando un integrante domina al grupo o cuando está siendo demasiado crítico con respecto a otro participante.

El coordinador debe intervenir cuando algún miembro no se integre al grupo, y evaluar si la falta de participación obedece a tensión o reserva excesiva.

Es probable que el método utilizado para intervenir, varíe de acuerdo con el problema y el propio estilo del coordinador. Sin embargo todos los coordinadores deben tener tacto y discreción cuando respondan a un comportamiento problemático dentro del grupo.

El coordinador del grupo de apoyo debe responder a lo que se dice en el grupo. Debe cuidar que no se divulgue información inexacta entre los miembros del

grupo. Cuando se hacen aseveraciones incorrectas, es responsabilidad del coordinador corregir el rumbo. Esto debe ser hecho con tacto y en una relación de respeto con los integrantes del grupo, para así poder crear y fomentar un clima social básico que permita que la información tanto académica como emocional sea exitosa³².

El coordinador responderá a los sentimientos exhibidos por los miembros del grupo; deberá tranquilizar al padre de familia desconcertado.

Debe propiciar que se busque ayuda profesional y no profesional para que los integrantes del grupo aprendan a entender el comportamiento problemático y traten de entender el entorno del paciente de asma de acuerdo con sus necesidades.

Otra situación es cuando el padre de familia siente que su situación es única y que no puede beneficiarse de la participación del grupo. En este caso tendrá que explicar que las diferencias no deben evitar que alguien que asiste a las reuniones se beneficie de las interacciones, ya que todos comparten un problema en común.

Los esfuerzos didácticos del facilitador deben encaminarse a lograr que las actividades que se realicen en los grupos con los padres de familia sean auto dirigidas y fomenten el auto aprendizaje y la creatividad.

4.3.-CUALIDADES DE UN FACILITADOR DE LOS GRUPOS DE AUTOAYUDA

Para que una persona pueda asumir el papel de facilitador de manera adecuada, necesita poseer ciertas características personales. Debe ser sensible a las

³² Hernández Rojas Gerardo.” Paradigmas en Psicología de la educación” . p. 110

necesidades de los otros; ser un comunicador efectivo e identificar problemas serios en los participantes, así como ser capaz de responsabilizarse del grupo.

a. Sensible a las necesidades.

El facilitador necesita ser sensible al estado emocional de cada participante que asiste a reuniones a través del conocimiento de sus circunstancias de vida. Necesita detectar cual de los padres de familia tienen dificultad para aceptar la enfermedad de su hijo y cual de ellos está encarando sus responsabilidades. Debe determinar qué miembros están listos para hablar y cuál solo quiere escuchar.

Si los facilitadores se mantienen al pendiente de las emociones y sentimientos de los integrantes del grupo, podrá ajustar el programa; responder a la necesidad común, de los padres de familia, que es la de ser atendidos por los demás.

Las personas que tienen dificultad para separar sus problemas de los problemas de los otros, no son los más indicados para ser facilitadores de grupos de autoayuda.

b. Buen comunicador

Es importante que el facilitador del grupo de apoyo sea un comunicador efectivo. Donde cree y fomente un ambiente social básico que permita que la comunicación sea exitosa. Debe ser capaz de transmitir información a los miembros del grupo de tal manera que esta no se vea simple pero tampoco compleja. Sus esfuerzos didácticos deben encaminarse a lograr que las actividades sean auto dirigidas y fomenten el auto aprendizaje y la creatividad³³. Para conseguir esto, el facilitador debe primero evaluar el nivel de conocimiento de la problemática (en este caso del asma) de los integrantes del grupo y adaptar su información al nivel del grupo.

Adicionalmente, el facilitador debe ajustar su estilo de presentación, de modo que sea adecuado a los integrantes del grupo y al tema a tratar; así, que el humor es

³³ *Ibíd.* Pág. 110

una forma afectiva de comunicar un mensaje a un grupo, o puede ser totalmente inapropiado para otro grupo con el mismo tema. Debe saber escuchar; los buenos comunicadores saben que las personas asisten a este tipo de grupos cuando tienen necesidad de hablar acerca de sus emociones y sentimientos sin recibir consejos. Por tanto los padres de familia que tengan buena comunicación con el grupo saben cuando aconsejar y cuando no hacerlo.

c. Identificar problemas serios

Un buen facilitador de grupos de autoayuda puede identificar fácilmente cuando un miembro del grupo esta seriamente afligido. Su capacidad para reconocer la angustia nace de escuchar activamente a lo que los padres de familia están diciendo y en algunos casos, lo que no esta diciendo. Una persona que no pronuncia ni una sola palabra, puede estar tan angustiada como alguien que repetidamente habla de sus problemas.

Un facilitador perceptivo cuenta con indicios verbales y no verbales para determinar si algún miembro del grupo está teniendo serias dificultades.

Observando detalles tales como las expresiones faciales, un coordinador sensible puede detectar señales de angustia. De alguna manera, un buen facilitador es alguien que puede "leer" a las personas.

De la misma manera un facilitador efectivo reconoce las limitaciones de los grupos para ayudar a una persona particularmente sobrecargado por estar asumiendo el papel de cuidador del niño asmático. A su vez, conoce los recursos disponibles para ayudarlo a superar las dificultades.

d. Capacidad de liderazgo

El facilitador debe asumir la responsabilidad del liderazgo del grupo para lo cual debe poseer características de líder:

1. Una persona que destaca dentro del grupo
2. Capaz de propiciar que las personas hablen de sus problemas
3. Capaz de fijar reglas y vigilar que estas se cumplan
4. Una persona con capacidad para promover y dirigir la discusión
5. Un miembro más del grupo, que este en él.
6. Conocimientos del comportamiento grupal

Un buen facilitador es aquel que entiende cómo funciona un grupo. Conoce las fuerzas que lleva a las personas de un grupo a comportarse de cierta manera y utiliza este conocimiento para facilitar la experiencia de aprendizaje.

Con frecuencia el comportamiento grupal esta formado por dos dinámicas centrales. Primero, los participantes necesitan aceptar al facilitador y al material que se presenta; segundo, ellos mismos necesitan experimentar una sensación de pertenencia.

La aceptación o rechazo de un facilitador de grupos ocurre usualmente durante las primeras reuniones; sin embargo a veces, puede llevar más tiempo. Junto con la aceptación del coordinador, los miembros del grupo deben también aceptar el contexto de aprendizaje de las sesiones.

e. Pertenencia al grupo

La necesidad de identificarse dentro del grupo es particularmente importante al principio de las reuniones, ya que es cuando los miembros de este esconden sus puntos vulnerables mientras buscan atención y reconocimiento. El sentido de

pertenencia incluye su propio reconocimiento como parte del grupo, así como el reconocimiento de los “otros” como integrantes del grupo.

La necesidad de pertenecer al grupo puede llegar a llevar a algunos miembros a exhibir comportamientos que limitan el proceso de aprendizaje.

f. Facilitación del proceso grupal

Como su palabra lo dice el facilitador es el que aplica algunas técnicas y facilita los procesos de aprendizaje:

1. Iniciar la integración del grupo
2. Involucrar a los miembros del grupo
3. Estructurar las reuniones
4. Mantener la participación
5. Propiciar la discusión. Manejar técnicas didácticas de aprendizaje.

4.- TEORIA HUMANISTA DE CARL ROGERS

Los humanistas consideran que la práctica terapéutica clínica y la actividad educativa forman un continuo, es decir, se acepta que el proceso terapéutico es un trabajo de formación, reestructivo y de “aprendizaje” y que tiene mucho en común con los actos educativos que ocurren en las instituciones escolares.³⁴

El humanismo nació en Estados Unidos poco después de la mitad del presente siglo; a consecuencia de la inmigración de muchos europeos durante el dominio nazi ya que fue un apoyo para la renovación cultural y humanística que empezaba.

³⁴ Hernández Rojas Gerardo. “ Paradigmas en psicología de la educación” p.99

De esta manera se intensifica la preocupación por las cuestiones filosóficas existiendo un interés por la filosofía existencialista, que en Europa estaba en sus inicios y que los científicos inmigrantes llevaban consigo.

La tesis fundamental del existencialismo es que la existencia precede de la esencia, es decir, el hombre no posee la esencia como algo determinado, sino que la va construyendo durante su existencia a través de su libertad (García y García 1996).

Durante la década de los 50s en Estados Unidos predominaban dos paradigmas: el conductismo y el psicoanálisis; el primero interesado en el estudio de los determinantes ambientales de la conducta y el segundo sustentaba una propuesta idealista y pesimista basada en el análisis de la problemática del inconsciente y de cómo los instintos biológicos influyen en el desarrollo del psiquismo.

En este contexto la psicología humanista se constituye como la “tercera fuerza”, como una alternativa a estas dos posturas psicológicas (Maslow 1978). Con el humanismo se pretendía desarrollar un planteamiento anti-reduccionista en las explicaciones de los procesos psicológicos atribuidos a factores externos (conductismo) o concepciones de carácter innato (freudismo) y que se postulara el estudio de los seres humanos como totalidades dinámicas y autoactualizantes en relación con un contexto interpersonal; es decir, una postura alternativa en psicología dado su interés por el estudio psicológico del hombre y el ofrecimiento de un marco propicio para su desarrollo.

El movimiento humanista creció aceleradamente desde finales de los años 50s y los 60s, influyo no solo en el ámbito académico de la disciplina sino en las características sociales y los valores culturales; es su condición de movimiento filosófico y socio-cultural más que de estricta escuela científica.

En 1961 se construye la Asociación Americana de Psicología Humanista (AAHP) y al parecer el primer número de Journal of Humanistic Psychology (revista

humanista). La AAMP que cambiará su nombre en 1969 por el de asociación de Psicología humanista, fue fundada por Abraham Harold Maslow (1908-1970).

Algunos promotores y divulgadores de la corriente humanista fueron: Maslow, Aiiport, Moustakas, Murphy, Bugental, May y ROGERS.

La psicología humanista representa una matriz disciplinar no monolítica con diferentes tendencias internas. El campo de estudio principal de la psicología humanista se sitúa en el ámbito de la psicología clínica, pero también han desarrollado aplicación en áreas como la psicología del trabajo y la educación.

La teorización de los psicólogos humanistas, es el que se refiere al estudio y la promoción de los procesos integrales de la persona. Para los humanistas la personalidad humana es una organización o totalidad que esta en continuo proceso de desarrollo. Para explicar y comprender apropiadamente a la persona, esta debe ser estudiada en su contexto interpersonal y social. No obstante, el sujeto o persona es la principal fuente de desarrollo integral (procesos integrales).

El humanismo se inserta en las corrientes filosóficas, que se han preocupado por entender la naturaleza y la existencia humanas, como el existencialismo y la fenomenología.

Del existencialismo se ha dado la idea que el ser humano va creando su personalidad a través de las elecciones o decisiones que debe tomar ante las situaciones y dilemas que se van presentando en el transcurso de la vida. Citando a Jean Paul Sartre “ser libre no es sinónimo de éxito, sino de poder elegir”. El hombre es un ser en libertad, independientemente de las condiciones en que viva. Morris afirma que esta postura existencialista se puede resumir en tres puntos:

- a) El ser humano tiene la capacidad de elegir.
- b) El ser humano es un agente libre
- c) El ser humano es un agente responsable.

La fenomenología tiene por objeto de estudio los hechos mismos que se manifiestan en la realidad. Los seres humanos se dejan llevar a través de sus percepciones subjetivas y la gente responde no a un ambiente objetivo, sino al ambiente que ellos perciben y comprenden; para estudiar al otro es necesario comprender su problemática desde su punto de vista y no desde el punto de vista de un externo o ajeno que lo pretende estudiar objetivamente.

Prontamente surgieron dentro de la psicología humanista diferentes enfoques teóricos y terapéuticos, así que los psicólogos humanistas tuvieron que desarrollar un marco teórico e integrativo, que de acuerdo con Bugental (1965), Martínez (1981) y Villegas (1986) se resume en algunos postulados fundamentales y comunes a la gran mayoría de los humanistas:

- a. El ser humano es una totalidad que excede a la suma de sus partes. Funcionamos como un organismo total, en que el cuerpo es una fuente válida de mensajes acerca de lo que somos, hacemos y sentimos, así como medio de expresión de nuestras intenciones y pensamientos.
- b. El hombre posee un núcleo central estructurado. Este núcleo central (persona, yo, sí mismo) es el elemento estructurador de todos los procesos y estados psicológicos y de su interacción, sin este no hay adaptación y organización.
- c. El hombre tiende en forma natural a la autorrealización y la autodeterminación. La tendencia hacia el desarrollo de las potencialidades se verá favorecida.
- d. El hombre es un ser en un contexto humano. El ser humano vive en relación con otras personas y esto lo hace inherente a su naturaleza.
- e. El hombre es consciente de sí mismo y de su existencia.
- f. El hombre tiene facultades para decidir, es decir goza de libertad y conciencia propia para elegir y tomar sus propias decisiones, por lo tanto es un ente activo y constructor de su propia vida.

- g. El hombre es intencional. Sus actos son intencionales y se reflejan en sus propias decisiones o elecciones estructurando una identidad personal que lo distingue de los demás.

Las aplicaciones de la psicología humanista a la educación nacen bajo el clima de protesta contra los currículos del sistema educativo de Estados Unidos, estos no tomaban en cuenta las características de los estudiantes como personas y se escribían y aplicaban en un tono deshumanizador, los hacían fracasar en los aspectos académicos y de paso en su vida social posterior.

Miller (1976) clasifica cuatro tipos de modelos de educación humanista:

- a. Modelos de desarrollo psicosocial de Erickson
- b. Modelos de auto concepto
- c. Modelos de sensibilidad y orientación grupal
- d. Modelos de expansión de la conciencia orientados a desarrollar el lado intuitivo de ésta.

Carl Rogers es el principal representante del enfoque humanista y dice que la educación desde este punto de vista gira en torno al logro de una educación integral y subraya el desarrollo de la persona (autorrealización) y la educación de los procesos afectivos.

Para los humanistas la educación se debe centrar en la ayuda a las personas para que decidan lo que son y lo que quieren llegar a ser, además de basarse en la idea que todos los alumnos son diferentes y ayudarlos a ser más como ellos mismos y menos como los demás; considera necesario ayudarlos a explorar y comprender que es su persona y los significados de sus experiencias, en lugar de tratar de formarla de acuerdo con cierto modo predeterminado. El logro máximo de las personas es la autorrealización en todas las esferas de la personalidad y la

educación es el medio idóneo para el desarrollo de esta tendencia, la cual debe ser potenciada de acuerdo a las necesidades personales de cada uno para ayudarles al autoconocimiento, crecimiento y decisión personal.

En la teoría humanista se señalan las siguientes características de acuerdo con Hernández Rojas:

1. Retoma las necesidades de los individuos como la base de las decisiones educativas.
2. Fomenta el incremento de las opciones del individuo.
3. Concede al conocimiento personal tanto valor como al conocimiento público.
4. Tiene en cuenta que el desarrollo de un individuo no debe fomentarse si ello va en detrimento del desarrollo de otro individuo.
5. Considera que los elementos que constituyen un programa educativo debe ayudar a crear un sentido de relevancia, valor y merecimiento en cada persona implicada.

Rogers define a la educación democrática centrada en la persona como la que “consiste en conferir la responsabilidad de la educación al alumno” y tiene las siguientes características:³⁵

- a. La persona es capaz de responsabilizarse y de controlarse a sí misma en su aprendizaje.
- b. El contexto educativo (curso-taller) debe de crear las condiciones favorables para facilitar y ayudar a liberar las capacidades de aprendizaje que existen en cada individuo; así la persona aprende a través de sus propias experiencias.

³⁵ *Ibídem.* P.107

- c. En la educación se debe ver de la persona: lo intelectual, lo afectivo y lo interpersonal.
- d. Por último el objetivo principal de la educación es crear o desarrollar personas con iniciativa y autodeterminación, que colaboren de manera solidaria con sus semejantes sin que olvide su individualidad.

Los humanistas señalan la postura de la educación centrada en el alumno o las personas, donde se promueve una enseñanza flexible y abierta, la cual involucra a las personas como una totalidad y les permite aprender y conocer como pueden lograr nuevos aprendizajes valiosos en situaciones futuras.

Roberts (1978) escribe cinco objetivos educacionales que promueven los programas de tipo humanista:

- a. Centrarse en el crecimiento personal de los estudiantes (en este caso serán padres de familia), es decir tomar en cuenta la importancia de sus ideas de autoconciencia y reflexión sobre su identidad educativa.
- b. Fomentar la originalidad, la creatividad y la imaginación en cada uno de ellos
- c. Promover experiencias de influencia recíproca interpersonal entre los estudiantes y en este caso entre los padres de familia de niños asmáticos, para lograr experiencias de procesos de grupo y comunicación interpersonal.
- d. Provocar en nuestros padres de familia sentimientos positivos hacia el curso-taller.
- e. Inducir aprendizajes de contenidos (en este caso sobre asma) vinculándolos con aspectos vivenciales.

Rogers se refiere a la educación en un sentido amplio orientada hacia el desarrollo integral y armónico de las personas ya que el ser humano es digno de confianza y

respeto. Este sistema educativo es un proceso dinámico en el cual el estudiante participa activamente en el proceso de su propio aprendizaje y desarrollo integral.

El estudiante que participa en este proceso educativo desarrolla la facultad creadora, se descubre como ser libre y comprende su propio ambiente al comprometerse con él. Todo lo que una persona aprende en el sentido visual de otra no tiene influencia sobre su comportamiento. Si se quiere que el aprendizaje tenga importancia en el desarrollo de la personalidad, tiene que ser un aprendizaje de autodescubrimiento, adecuado a uno mismo. Lo decisivo es la actitud que el que enseña tiene respecto a el que aprende; los conocimientos especializados son secundarios, es decir, lo importante no es el aprender sino, cómo, porqué y cuándo aprende el alumno de cómo se representa el aprendizaje desde el lado de la experiencia y qué sentimientos genera, a esto Rogers llamó potenciar el cambio y facilitar el aprendizaje.

El punto de vista de Rogers es que las personas se sienten más cómodas diciendo por sí mismas lo que deben hacer con el apoyo de los demás, que haciendo lo que otros han decidido que hagan; la persona es una totalidad y debe aparecer tanto en su modalidad cognitiva como afectiva.

CAPITULO V

PROPUESTA PEDAGOGICA “CURSO-TALLER” PARA PADRES DE NIÑOS ASMATICOS.

PROGRAMA PARA PADRES DE FAMILIA CON NIÑOS ASMATICOS

Introducción: Los procesos de aprendizaje desempeñan un papel importante a través de ello la persona humana se adapta. Aprender de manera permanente la vertiginosa información para construir conocimientos y transmitirla de una manera entendible y lograr una participación activa nos ofrece la posibilidad de construir una visión de la realidad en la que vivimos.

Esta visión cambia cuando hay un factor de enfermedad que se presenta y altera la vida familiar, no por ella misma sino, por la falta de información y de personal dedicado a la educación que sea quien organice y coordine proyectos de ayuda mutua con el respaldo teórico necesario para sustentar la cotidianidad que se presenta en las diferentes familias.

Objetivo: Los padres de familia con niños asmáticos encuentren un espacio donde intercambien experiencias y adquieran conocimientos no solo de la enfermedad, sino de los conflictos que van surgiendo en los ámbitos personal, emocional, social y económico con el fin de que cada uno de los miembros de este curso puedan enfrentar, sobrellevar y superar estas situaciones.

CONTENIDO TEMATICO

| TEMA | TECNICAS | ACTIVIDAD |
|-------------|--|---|
| Bienvenida | Dinámica “la telaraña” Objetivo: conocerse entre los participantes, fomentar la integración del grupo y | El facilitador estará recibiendo a los padres de familia en la entrada otorgándoles un gafete al cual le colocará cada asistente su |

| | | |
|--|---|---|
| | <p>aprender a escuchar a los demás.</p> | <p>nombre para poder empezar la dinámica de presentación.</p> <p>1.- El facilitador invitará a los participantes a formar un círculo.</p> <p>2.-El facilitador comienza la dinámica lanzando la bola de estambre a alguno de los participantes sin soltar la punta.</p> <p>3.-El que recibe la bola tiene que presentarse por su nombre y compartir algunos rasgos de su personalidad, o detalles de su vida (por qué esta presente en este taller). Cuando termina, lanza a su vez la bola a otra persona, sin soltar el hilo. Así sucesivamente hasta que todos los participantes queden enlazados en una especie de telaraña.</p> <p>4.-El facilitador propiciará una reflexión sobre el símbolo de la telaraña: solidaridad, unión, importancia de cada persona, como afecta al grupo si alguien suelta el hilo, saber escuchar, ser discretos (abandona el grupo, no cumple con su parte, no respeta</p> |
|--|---|---|

| | | |
|-------------------------------|---|---|
| | | <p>opiniones, críticas destructivas) y los invita a expresarse sobre lo aprendido y el sentido de que todos tienen un fin en común que es : un niño asmático.</p> |
| <p>Generalidades del asma</p> | <p>Preguntas en una lluvia de ideas</p> <p>Objetivo: que todas las personas participen con su opinión</p> | <p>Se lanzarán preguntas al aire para que la intervención sea voluntaria, de caso contrario, se hará de manera dirigida:</p> <p>¿Qué entienden por asma?</p> <p>¿Qué es el asma?</p> <p>¿Qué saben acerca del asma?</p> <p>¿Cuáles son algunas de sus características?</p> <p>¿Qué síntomas presenta un niño asmático?</p> <p>¿Qué debemos hacer cuando nuestro niño comienza con una crisis asmática?</p> <p>¿Existen distintos tipos de asma?</p> <p>Al término de esta lluvia de ideas se formarán equipos de 4 a 6 parejas, se les proporcionará papel bond y plumones para que hagan las anotaciones de sus conclusiones sobre las generalidades del asma y posteriormente las expongan ante todo el grupo.</p> <p>Anexo (1)</p> |

| | | |
|-------------------------|---|---|
| <p>La vida familiar</p> | <p>Por medio de equipos se contestarán preguntas y se compartirán conclusiones y vivencias.</p> | <p>Cada equipo tendrá que inventarse un nombre que tenga alguna relación con el asma, se nombrará un jefe, el cual deberá tomar un papel de la caja que está en medio del salón, sin mirar dentro de ella y su equipo tendrá que contestar la pregunta que al azar les corresponda. Sus conclusiones y vivencias serán anotadas en hojas de rotafolio y se expondrán ante el grupo para formar un debate, además de un intercambio de vivencias y soluciones o actitud que ayudaron a enfrentar su situación.</p> <p>Las preguntas que habrá dentro de la caja en hojas dobladas son las siguientes:</p> <p>¿Cómo convivo con mi familia desde que se presento el asma en mi hijo?</p> <p>¿De qué modo he modificado mi vida social?</p> <p>¿Cómo ha modificado mi hijo su desarrollo dentro de la familia, escuela y sociedad desde que tiene asma?</p> <p>¿Qué diferencias de trato veo de mi familia hacia mi hijo desde que tiene asma?</p> <p>¿Cómo me siento como padre y</p> |
|-------------------------|---|---|

| | | |
|--|--|---|
| | | <p>pareja al enfrentar esta enfermedad?</p> <p>¿Mi hijo cómo ha enfrentado la aparición de esta enfermedad y que tanto le ha influido en su vida?</p> <p>Anexo (2)</p> |
| <p>Alternativas y recomendaciones para enfrentar la enfermedad del asma.</p> | <p>En un círculo a manera de plenaria.</p> | <p>Se compartirán las alternativas que han tomado cada pareja para enfrentar la enfermedad, además de proponer y recomendar situaciones vivenciales que ayuden como ejemplo y den alternativas de cambio.</p> <p>Posteriormente por parejas anotarán en una hoja de papel alguna vivencia significativa y la manera en como la enfrentaron, además de dar alguna otra alternativa. Se colocarán las hojas dobladas en una caja y se intercambiaran de manera aleatoria, posteriormente se irán leyendo caso por caso y todos opinarán si la alternativa que tomaron fue la más adecuada o si tienen alguna otra propuesta para comentar en la plenaria.</p> <p>Posterior a la plenaria se trabajará con las siguientes preguntas:</p> <p>¿Tiene alguna importancia la medicina física para el</p> |

| | | |
|--|--|---|
| | | <p>mejoramiento del niño asmático?</p> <p>¿Son útiles los ejercicios de relajación para los asmáticos?</p> <p>¿De qué manera les ha ayudado la inhaloterapia?</p> <p>¿Cómo puedo tener un control de los desencadenantes de asma en mi hijo?</p> <p>¿Qué medidas preventivas debo de tener en casa para evitar crisis asmática en mi hijo?</p> <p>¿Los medicamentos pre-escritos en cuestión preventiva, han ayudado a que las crisis asmáticas se presenten con menos frecuencia o por lo menos con una intensidad mínima?</p> <p>¿Cómo han actuado las vacunas en sus hijos asmáticos?</p> <p>¿Cómo o cuando se detecta a un niño antes de una crisis asmática?</p> <p>¿Cuáles son las señales que indican que se debe buscar ayuda de inmediato?</p> <p>¿Qué se debe hacer si las medicinas no surten efecto?</p> <p>¿Qué se hace si se presenta una crisis asmática a media noche?</p> <p>¿Cuál momento es el indicado para llevar al niño al hospital?</p> <p>¿Cómo ayuda el deporte a un niño asmático?</p> |
|--|--|---|

| | | |
|-------------------------------------|---|---|
| | | <p>¿Qué tipo de deporte es el indicado para nuestros hijos?</p> <p>Anexo (3)</p> |
| <p>Lugares o sitios de atención</p> | <p>Por medio de participación voluntaria.</p> | <p>Sentados en un círculo y de manera voluntaria se irán mencionando los sitios a donde se acude cuando el niño asmático está en crisis o el lugar donde pueden ayudar a prevenir sus crisis.</p> <p>Se nombrará un secretario para tomar nota de los lugares y posteriormente hacer un directorio y enviarlo vía correo, de manera personal o correo electrónico, lo importante es que los padres de familia de este taller sigan en contacto posterior a la terminación del mismo.</p> <p>Anexo (4)</p> |

6.- CONCLUSIONES.

La enfermedad del asma ha estado presente durante todo el tiempo que tiene la humanidad, solo que no se conocía con este nombre, sus síntomas han sido a través del tiempo los mismos y los médicos de una u otra forma la han enfrentado con medicinas alternas, que en su momento funcionaron y las cuales aún se siguen tomando como referencia para los tratamientos actuales. Sin embargo el apoyo a padres no se hace notar en esos tiempos y se vive con la creencia de que solamente el médico lo puede curar.

En la actualidad podemos darnos cuenta que la mejoría de una enfermedad no solo depende de las indicaciones médicas sino también del trabajo multidisciplinario que se realice con el niño asmático, es decir, se necesita un trabajo en conjunto con el equipo de salud, aquí hablamos del médico, el especialista, padres de familia, la enfermera, el pedagogo. Este último es la persona idónea para realizar el trabajo de elaborar un programa donde interactúen padres de familia que a través de comentar sus experiencias y disipar sus dudas médicas (con el apoyo de un equipo de salud) obtengan una retroalimentación de aprendizaje para entender más acerca de la enfermedad de su hijo y la importancia que tiene el estar en tratamiento no solo médico sino de ayuda en la dinámica familiar. También el pedagogo tiene la facultad de dirigir dicho programa ya que cuenta con la formación didáctica, humana y psicológica, además de estar formado con las características necesarias que requiere un facilitador para que pueda transmitir y lograr la empatía necesaria en un ambiente de respeto y confianza para lograr la organización de un programa con el objetivo de autoconscientización para padres de familia.

Mi propuesta es que se planee y lleve a cabo un curso-taller que este apoyado por los lineamientos de los grupos de apoyo para padres de familia con niños asmáticos ya que es una opción educativa y de asistencia en donde compartir con otros padres de familia ayuda no solo en el crecimiento personal y de pareja sino

que al mismo tiempo crece el grupo ya que se encuentran estrategias y alternativas a su problema por medio del aprendizaje grupal.

Los grupos de apoyo pueden nutrirse y crecer y es un lugar donde los padres de familia que tienen el mismo factor común que son niños con asma, encuentran respuesta a grandes interrogantes y una mano amiga que los ayuda no solo en el aspecto teórico del asma , sino también en el aspecto emocional ya que todos comparten situaciones difíciles en forma verbal y sin miedo o vergüenza a ser criticado y esto abre el panorama de los demás y de ellos mismos, por que de alguna manera los ayuda a que su carga no sea tan pesada.

La capacitación de los facilitadores es un punto importante por la participación que tiene del pedagogo, el cual cuenta con la suficiente formación para desarrollar programas de promoción de salud, de capacitación y formación, así como de coordinación de grupos además de la elaboración del material educativo y de generación y participación en proyectos de investigación educativa, así como formar parte del equipo multidisciplinario en el área de salud.

El facilitador debe asegurarse que su comunicación sea lo más efectiva posible, para evitar diversas interpretaciones. El proceso de enseñanza inicia cuando el facilitador despierta el interés en los individuos y esto provoca que se pongan en juego sus sentidos para captar mejor la información. El pedagogo conoce los principios y elementos del aprendizaje y esto al momento de diseñar y ejecutar el curso le ayudará a alcanzar los objetivos planteados y propiciar cambios de comportamiento y visión ante una problemática como es el asma de sus hijos, recordando que el aprendizaje no es un proceso simplemente intelectual, sino también emocional. Cada individuo tiene un campo de experiencia diferente incluyendo sucesos, percepciones, sensaciones y los impactos que la persona recibe y no logra conocer.

La presencia de la enfermedad del asma en el seno familiar hará que los padres de familia enfrenten situaciones complejas ya que la manifestación de esta

enfermedad y sus diferentes etapas son impredecibles y requieren de atención y cuidado todo el tiempo, así mismo plantea retos desde el punto de vista social ya que el desarrollo y convivencia con los demás se va deteriorando y llega hasta perderse, el aspecto económico se ve afectado de sobremanera debido a que empiezan a buscar diferentes alternativas de cura para el niño al igual que el psicológico y moral.

Es bien sabido que la familia se sostiene de un clima de amor, confianza y diálogo, sin embargo al estar presente la enfermedad del asma en un miembro de la familia todo este sistema de seguridad se comienza a perder. Los sentimientos de culpa no se hacen esperar, aparece la permisibilidad, la sobreprotección y la poca comunicación entre los padres de cómo manejar esta enfermedad de tal manera que no surjan discusiones entre ambos, y comienzan las dudas sobre si lo están haciendo bien y se logra perder de vista que los hijos deben ir madurando paulatinamente además de lograr ser independientes y responsables ayudándoles obviamente a controlar y prevenir sus ataques, y saber que hacer o a quien acudir en caso de una crisis. Los niños al igual que los padres deben aprender a vivir y desarrollarse con su asma y todo lo que ello implica.

La integración de equipos multidisciplinarios en el área de la salud desde que los alumnos están en formación hará que dicha integración sea más productiva y formativa, ya que se puede ir delimitando cada uno de los campos de acción profesional y a su vez complementándose. La incorporación de pedagogos en este campo puede darle un mayor dinamismo al equipo incorporando en las acciones de educación para la salud sus conocimientos de didáctica e instrumentos educativos, así como impulsar la investigación educativa en este campo.

ANEXO (1)

El asma es un padecimiento de las vías respiratorias que en los niños casi siempre es crónico y se caracteriza por dificultad respiratoria la cual se debe a que los bronquios se estrechan produciendo rudeza a la entrada y salida del aire. El aire pasa a mayor velocidad y a mayor presión provocando una respiración ruidosa y sibilante que en algunas ocasiones se puede escuchar a distancia. Para ayudara los bronquios el niño pone en juego otros músculos respiratorios, y es aquí cuando el abdomen se contrae y se dilata al igual que los músculos intercostales y músculos del cuello.

Este esfuerzo de querer abrir sus bronquios, produce en el niño una tos seca y un aumento de secreciones bronquiales (flemas). Si se coloca la mano en la espalda o pecho del niño se sentirá la presión del aire pasando por los bronquios inflamados y se escucharán unas sibilancias cuando se apoye el oído sobre la espalda del pequeño.

Todo el cuadro anterior genera en el niño ansia, nerviosismo e irritación y algunos tienden a quedarse quietos o a mostrar una inquietud mayor a la normal.

La mayoría de las veces los niños inician con diferentes tipos de alteraciones como son:

1. Decaimiento o irritabilidad
2. Falta de apetito
3. Palidez
4. Síntomas nasales:
5. Comezón en la nariz
6. Estornudos frecuentes
7. Salida de moco transparente y en ocasiones verde y/o amarillento
8. Obstrucción nasal
9. Tos de intensidad variable, flemosa y en ocasiones produce vómitos nocturnos o en las madrugadas

Todos estos síntomas se ven aumentados o más notables con el ejercicio, la risa, el llanto o los cambios bruscos de temperatura.

Las crisis asmáticas pueden alcanzar distintos grados de severidad; algunos simples se manifiestan con una leve dificultad respiratoria con sibilancias mínimas y tos seca. Hay otras que obligan a la internación hospitalaria para la administración de oxígeno y líquidos intravenosos.

El asma se puede presentar por diferentes factores:

FACTOR ALERGENICO: Cuando en un individuo su organismo reacciona de manera normal ante determinadas sustancias con las que se pone en contacto: polen, polvo, animales domésticos, hongos, alimentos, entre otros mismos que no afectan a otras personas.

FACTOR INFECCIOSO: El primer cuadro de asma que presenta un niño es por origen infeccioso (viral), incluso un simple cuadro gripal puede desencadenar una crisis. El niño asmático se infecta con mucha facilidad, de anginas (amigdalitis), adenoides, oído (otitis), catarro en repeticiones (resfriado común). Y siempre una marcada dificultad para liberarse de cada infección, lo que hace el uso frecuente de antibióticos.

La infección provoca la aparición de una crisis y produce complicaciones en una crisis no infecciosa, sensibiliza el aparato respiratorio además de parecer que el niño asmático tuviese sus defensas disminuidas lo que provoca la susceptibilidad a contraer infecciones respiratorias.

FACTOR EMOCIONAL: Las emociones repercuten sobre las funciones orgánicas. Todas las emociones tienen relación con la respiración, ante una situación de riesgo se altera el ritmo respiratorio, el contener por momentos la respiración como si fuera un ataque de asma.

Los conflictos emocionales pueden desencadenar enfermedades a las cuales se les llama psicósomáticas. Las emociones actúan sobre los bronquios al igual que los alérgicos o las infecciones ya que cualquier dificultad en la familia o en la escuela vividas con intensidad pueden provocar una crisis o crear las condiciones para que otros factores actúen con facilidad.

Los tipos de asma son conocidos por el gráfico de una pirámide y en este sentido hablaremos de escalones:

Primer escalón o pre-asmático. Es un conjunto de factores que habitualmente preceden a la aparición del asma ya sean antecedentes alérgicos, infecciones respiratorias repetitivas o alergias nasales.

Segundo escalón. Asma por infección en niños entre 2 y 5 años, estos niños ya han tenido crisis respiratorias desencadenadas por infección.

Tercer escalón. Asma no infecciosa y es más habitual por niños de edad escolar. Se presenta al momento que el niño se expone a una sustancia a la cual es muy sensible.

Cuarto escalón. Asma permanente, aquí el niño vive tomando broncodilatadores o se habitúa al uso constante de aerosoles o calmantes. El esfuerzo físico, los juegos, la risa le produce espasmo y vive en un estado de equilibrio bronquial inestable.

Quinto escalón. Asma de alto riesgo, es el niño con asma que depende de antiinflamatorios del tipo de los corticoides y que con frecuencia son internados, ya hay deformación torácica apreciable y algunos casos de muerte.

ANEXO (2)

Cuando a un pequeño se le detecta asma los padres y el grupo familiar se angustian además de conmoverse y movilizarlos a la sobreprotección; con el tiempo y la adecuada información, la aceptación se va dando conforme la enfermedad se prolonga. Es en este periodo en el cual el clima emocional de la familia se ve alterado, al mismo tiempo que desequilibra la economía en busca de otras opciones y alternativas de tratamiento a seguir.

Las crisis asmáticas enfrentan a la familia a experiencias no gratas y abrumadoras como suelen ser las hospitalizaciones, medicamentos, actividades, cuidados, entre otros. La cronicidad de esta enfermedad origina cambios en la estructura y el desarrollo emocional de la familia y en cada uno de sus componentes. Estos cambios surgen del querer evitar una crisis y por lo tanto los padres de familia optan por restringir las actividades físicas, abrigarlo en exceso, no contrariarlo, solicitan la intervención de otros miembros de la familia para “cuidarlo”.

Las alteraciones emocionales de los padres no se dejan esperar ya que ellos se vuelven fríos, calculadores, rechazantes, conflictivos y perfeccionistas además de culpar al otro cónyuge para no asumir responsabilidades en consecuencia el niño se vuelve dependiente, inseguro, deprimido, egoísta, demandante e inmaduro. El sistema familiar presenta algunas características cuando tiene como miembro de la familia un niño asmático, estas son algunas de ellas:

1. La familia se aglutina o amontona perdiendo límites y confundiendo los roles familiares.
2. Sobreprotección hacia el niño, lo cual causa angustia familiar.
3. Negación de problemas familiares, solo quieren que desaparesca el asma.
4. No resolución de conflictos en la familia debido a que al niño le puede dar el asma si discuten los padres.
5. El niño puede llegar a presentar una crisis si los padres inician una pelea o lo involucran como testigo o juez.

Las actitudes anteriores traen como consecuencia padres “demasiado” comprometidos con el asma de sus hijos e incluso los hermanos del niño enfermo se sienten desplazados y poco entendidos.

Es habitual que los padres de familia traten de controlar todo en el niño, incluyendo su respiración, duermen con él, llegan a restricciones exageradas como el sobre abrigo, hay demasiada inasistencia escolar provocada por la “lluvia o el frío”; las actividades físicas son limitadas, algunos alimentos son prohibidos e incluso llegan a someter a los niños a dieta sin control médico.

Todas estas restricciones logran en los niños crecer en un ambiente de inseguridad, temores y limitaciones además que la relación familiar se ve alterada por los conflictos en pareja que comienzan a surgir y es aquí donde el niño vive las situaciones con angustia y preocupación, una manera de protestar o llamar la atención es por medio de crisis.

Cuando se habla de sobreprotección sabemos que el ambiente familiar es inseguro y ansioso, estos estados emocionales producen en los niños una súper-dependencia y la mejor manera de eludir responsabilidades es evitar situaciones conflictivas es estar enfermo.

Sin embargo el niño siempre está aprendiendo lo que su conducta provoca en las personas que lo rodean y es así como puede obtener lo que desee con facilidad.

Todas las familias pasan por etapas de adaptación emocional cuando resulta que uno de sus hijos tiene asma; estas etapas no son temporales ni siguen un orden, muchas ocasiones avanzan o retroceden de acuerdo al apoyo y la resolución de conflictos que logra resolver la familia. De ahí la importancia de formar grupos de apoyo.

Las etapas de adaptación son:

a. Negación y angustia, suele ser larga, surge el aturdimiento, asombro, el no comprender la realidad además de tener sembrada la duda ante qué es, si se volverá a presentar, como controlarla, quien o quienes pueden ayudarlos. Cuando la negación se prolonga el efecto se vuelve más complicado debido a que la angustia familiar crece y se torna un miedo hacia el futuro. Es en esta etapa donde la familia debe conseguir la información necesaria y buscar grupos de apoyo para que los oriente.

b. La segunda etapa es la del enojo, culpa y frustración, aquí la familia tiene la certeza de que su niño (as) asmático, surgen sentimientos de coraje contra los médicos, culpa por que sienten que debieron de haber cuidado más a su hijo, envidia por que todos los demás niños juegan y el suyo no lo puede hacer como todos.

c. La depresión, tristeza y soledad. Las dos primeras aumentan debido a que el niño se sigue enfermando y no saben si se va a controlar o no su asma y la soledad se agudiza por que la familia y el niño empiezan a aislarse por que son varios los factores que desencadenan la enfermedad y prefieren poner distancia de por medio con la familia, amigos y parientes.

d. Aceptación, reconocer. Es donde la familia ha comprendido la realidad de la enfermedad y sabe como tratarla y combatirla.

Ahora comprende lo que implica tener un niño asmático y lo comprende.

e. Recuperación, aquí se canaliza toda la energía hacia el bienestar del niño, se desarrollan recursos para que la recuperación sea más eficaz con paciencia y esporádica.

La familia debe asimilar que al niño se le debe tratar de la manera más normal y evitar la sobreprotección. Cuando los padres crean conciencia de la gravedad de

la enfermedad ya no se dejan llevar por el pánico, por que saben como controlar la crisis y la manera en como le van a hacer frente.

ANEXO (3)

En el niño asmático el proceso respiratorio suele dificultarse; es por ello que debe aprender a respirar en forma adecuada; ha de evitar o corregir vicios posturales y practicar ejercicios que contribuyan al desarrollo físico y emocional.

El niño asmático debe aprender a usar correctamente los músculos respiratorios ya que esto le va a ayudar al aumento de la capacidad y de la función respiratoria además de mejorar la condición física general. El corregir su postura es de suma importancia para una buena respiración.

Los niños deben aprender a relajarse o saber algunas técnicas de relajación debido que en el momento de la crisis estos ejercicios son de suma importancia para que no altere más su respiración y emociones; este control, aunado a una inhaloterapia ayudan de manera considerable al mejoramiento y control de una crisis. La inhaloterapia es una serie de procedimientos a base de elementos naturales como agua y oxígeno que algunas veces se puede combinar con medicamentos para disminuir el espasmo además de complementarse con una terapia fisiopulmonar, ejercicios respiratorios, percusiones, nebulizaciones y respiración con presión positiva. Con todo lo anterior se logra en el niño una limpieza bronquial y se elimina el espasmo además de aumentar la cantidad de oxígeno y reforzar la función pulmonar.

Un recurso en el hogar de terapia respiratoria puede ser la humedad de la regadera u ollas que proporcione vapor o nebulizadores.

La humedad con temperatura mayor a la ambiental es útil durante las noches y en épocas de invierno.

Es importante poner atención en los desencadenantes de los síntomas de asma y tomar las medidas necesarias de acuerdo a ellos. Si hablamos del clima diremos que hay que cuidar los cambios bruscos y extremos de temperatura, evitar hacer actividades físicas al aire libre o cuando hace demasiado frío además de cubrirse la boca y nariz con una bufanda.

En cuanto a las infecciones es necesario ponerse la vacuna contra la gripe cada año, lavarse muy bien las manos antes de comer y después de ir al baño para evitarlas.

Por el lado de los alimentos hay que asegurarse que en las etiquetas venga especificado que no tienen sulfitos (cerveza, vino y fruta secas).

En relación a los medicamentos, el médico debe proporcionar una lista de las medicinas que NO deben tomar como la aspirina, ibuprofen y los bloqueadores betas (los cuales se usan en los tratamientos de la presión arterial alta, glaucoma y migraña). También se debe evitar el contacto con sustancias químicas, gases, polvos y humos.

Las emociones no causan el asma, pero llorar, suspirar y reír pueden cambiar el ritmo de su respiración. El stress puede empeorar la irritación de los pulmones.

Las medidas preventivas que se deben tomar en casa cuando el asma es desencadenado por alérgenos es decir sustancias a las que son alérgicas algunas personas con asma, lo primero es mantener fuera de casa las mascotas y bañarlos una vez por semana o en su defecto regalarlos.

Los ácaros se encuentran en colchones, almohadas, ropa de cama y muebles tapizados; es necesario lavar la ropa con agua caliente y cubrir el colchón y las

almohadas con cubiertas de plástico o vinil a prueba de polvo. Otro aspecto importante es el de quitar las alfombras y cortinas lavables, cambiarlas por linóleo, azulejo, pisos de madera o persianas.

Hay que lavar con frecuencia las áreas húmedas como regadera y lavabos. Si es alérgico al polen no secar la ropa al aire libre y utilizar el aire acondicionado del automóvil.

El humo del tabaco, chimenea o estufa puede ser un desencadenante además de los olores fuertes como perfumes; cuando cocine utilice el extractor para sacar los olores. Hay que evitar polvos o talcos, cuando se hagan tareas como barrer o sacudir hay que utilizar una mascarilla y sobre todo hay que llevar consigo los medicamentos de acción rápida y utilizarlas antes de entrar a un lugar con altas concentraciones de contaminantes.

El médico es el único autorizado para recetar medicinas de control a largo plazo o de acción rápida u otro tipo de medicamentos. Las primeras se usan para lograr mantener controlada el asma persistente, mientras que las segundas se usan para tratar los síntomas agudos y los ataques; es importante estar en contacto con el médico para saber el plan de control que se va a llevar a cabo, este debe indicar como evitar los desencadenantes, como responder a las primeras señales de un ataque y como tomar sus medicinas, aquí es importante saber usar el espaciador de flujo como parte de la rutina.

Cuando el asma es por alergias es necesario que el médico identifique que sustancia esta provocando la crisis, una vez detectadas estas sustancias se preparan las vacunas, las cuales se aplican vía subcutánea y se inicia con dosis pequeñas que van aumentando de manera gradual, mediante la constancia del niño va creando anticuerpos o defensas que le permiten ir tolerando el contacto con sus alérgenos.

Muchos niños presentan estigmas alérgicos como son irritabilidad, el niño se ve pálido, ojeroso, estornuda con frecuencia, presenta comezón en la nariz, escurrimiento de moco, tos, su lengua es “gráfica”, respira por la boca. Es importante administrar antihistamínicos, si la tos continúa y se escuchan ronquidos, dar bronco-dilatadores y si el cuadro persiste consultar al médico y sea él quien determine si es necesaria la hospitalización.

El ejercicio no causa asma, pero si tiende a tener síntomas de asma al hacerlo. Esto no significa que se debe evitar. El ejercicio es benéfico para el corazón, los pulmones y puede ayudar a sentirse mejor, hay que consultar al médico para que desarrolle un programa de actividades físicas de acuerdo a las necesidades y el estado de salud de cada niño.

El niño asmático debe tratar de hacer su vida lo más normal posible y llevar a cabo actividades recreativas propias a su edad. La natación es una actividad excelente y muy completa ya que el aire es cálido y húmedo por lo que es menos probable un ataque de asma. El famoso nadador Mark Spitz tuvo reconocimientos a nivel internacional por sus éxitos deportivos, y era asmático, al igual que el ciclista Miguel Indurain.

Caminar, jugar tenis e incluso tocar un instrumento musical de viento son aconsejables. Hay que comenzar los ejercicios con calentamientos ligeros así como administrar los medicamentos preventivos recomendados y tomar suficiente agua para evitar que el cuerpo se deshidrate. Es recomendable que el ejercicio únicamente se evite durante una crisis.

ANEXO (4)

DIIRECTORIO DE HOSPITALES DONDE SE ATIENDEN A NIÑOS CON ASMA

Distrito Federal y zona Metropolitana

Hospital General de México. Dr. Balmis No. 148, col. Doctores. Del. Cuauhtemoc.
Tel. 27892000

Hospital 1º. De Octubre. ISSSTE

Hospitales Pediátricos:

Av Azcapotzalco No. 713. Col. Azcapotzalco. Tel. 55 54 61 28 54 y 55 61 25 54

Coyoacan. Moctezuma No. 18 Col. Del Carmen Coyoacan. Tel 55 54 16 64 y 55
54 28 6 0

Iztacalco. Av. Coyuya y Terraplen del río Frío. Col. La Cruz. Tel. 56 57 93 75 y 56
50 24 06

Iztapalapa. Calz. Ermita Iztapalapa 780. Col. Granjas san Antonio. Tel. 56 85 41
37 y 56 85 69 12

La Villa. Av. Hidalgo y Av. Cantera s/n Del. Gustavo A. Madero. Tel. 57 81 20 69

Legaria. Calza. Legaria 347 Col. Pensil Sur. Tel. 55 27 14 48 y 53 99 46 52

Moctezuma. Av. Oriente 158 No.58. Col. Moctezuma 2ª. Sec. Tel. 55 71 40 57 y 55
71 17 37

Peralvillo. Tolnahuac y Pol Zarco No. 14 Col. San Simón. Tel. 55 83 39 49 y 55 83
41 80

San Juan de Aragón. Av 506 y 512. Col. San Juan de Aragón. Tel. 55 51 00 39

Tacubaya. Arq. Carlos Lozano y Gaviotas. Col. Tacubaya. Tel. 55 15 79 20 y 55
15 79 87

Xochimilco. Av. Nativitas Esq. Prolongación 16 de Septiembre Col. Xoltocan. Tel.
56 76 05 55 y 56 76 04 66

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER)

Instituto Nacional de Pediatría. Insurgentes sur 3700-C. Tel. (52) 560 649 81. Dr.
Jaime Ramírez Sub. Dir. De medicina. E-MAIL:JRAMAY/ @ YAHOO. COM.

Instituto Mexicano del Seguro Social. Centro Médico Nacional Siglo XXI.Col.
Doctores. Tel. 5519 49 25. Mex. D.F.

Instituto Mexicano del Seguro Social. Especialidades. La Raza. Circuito Interior
S/N

Salud Pública de México. www.insp.mx/rsp/articulos.

INTERIOR DE LA REPUBLICA

Centro regional de alergias e inmunología. Clínica del hospital Universitario “José Eleuterio González” en Nuevo León.

Centro Estatal de Información en Salud. Independencia Ote 903 1er. Piso. Col. Reforma. Toluca Mex. Tel. 01 (722) 2 15 52 44 y 21 4 86 80. Email: gemisemsei@mail.edomex.gob.mx

Clínica del asma y alergia de Hermosillo. Dr. Hector Stone Aguilar. hstone@rtn.uson.mx

Dr. Angel Gardida Chavarria. Calle Meleleucas No. 180-A. Lomas de Cuernavaca Morelos

Hospital para el niño Poblano. 3 sur 10, desp.605 Pue, pue. Tel. 01 (222)23 26 26 4. Periodico_digital.com.mx.

Hospital civil Dr. Juan Menchaca. inaugura el Centro Regional de Inhaloterapia, Neumología y Alergología en Jalisco.

Instituto Nacional de Salud Pública. Av. Universidad 655. Col. Sta. Ma. Ahuacatitlan. 62508 Cuernavaca, Morelos.

DIRECCIONES EN INTERNET

Agrupación “pulmoncito”

Asma infantil.com. Tienda del asmático.

Asma y EPOC. www.asmayvida.com

Asociación de asmáticos y alérgicos de Huelva. Asmaler Puebla de Guzman 7. 21003 Huelva. Tel 959 28 01 63. Web. www.airelibre.org

Asociación de asmáticos AIRE LIBRE. Apdo de correos 2094 de Granada. Tel. 958 44 12 40. Web. www.airelibre.org.

Asociación Gallega de Asmáticos y alérgicos ASGA. Calle Alcalde Abella 24 bajo. La coruña. Tel fax. 981 228008. Web. www.canalejo.org/externo/asociaciones/ASGA

Asociación de pacientes y familiares de asmáticos y alérgicos.

Comité de asma

Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica SEAIC. Apartado de correos 947 08080Barcelona. Tel. 93 43 188 33. www.seaic.es/fundación-amigos.htm

Sociedad Mexicana de Asma y Cirugía de Torax A.C.

Todoasma.com

TvotroMédico.com

SEAC. Sociedad Española de Alergología e inmunología Clínica

BIBLIOGRAFIA

Arista Martínez Alberto. CURSO DE INVESTIGACION EDUCATIVA. IMSS. Región la raza
México. Distrito Federal.1998.

Bauleo J. Armando. IDEOLOGIA, GRUPO Y FAMILIA. Edit. Kargieman . Buenos Aires
Argentina.1974

Bellido Castaño Ma Esmeralda. DIDACTICA Y FORMACION DE DOCENTES. Tópicos de posgrado FEZ Zaragoza 1998.

Bentata Sánchez Martha, et al. Compiladores. INSTRUMENTACION DE PLANES Y PROGRAMAS DE ESTUDIO: DOS PERSPECTIVAS: TECNOLOGIA EDUCATIVA Y DIDACTICA CRITICA. Antologías ENEP-ARAGON México. Distrito Federal 1990

Bustos J. Guillermo y Bracamonte Francisco. EL NIÑO ASMATICO CURSO PARA PADRES.
Edit. Galerna . Buenos Aires. Argentina.1987

Broadribb Violet. ENFERMERIA PEDIATRICA. Edit. Harla. México. Distrito Federal.1983

C. R. Rogers . EL PROCESO DE CONVERTIRSE EN PERSONA. Mi técnica terapéutica. Edit. Paidos.

Cirigliano F: J: Gustavo. DINAMICA DE GRUPOS Y EDUCACION. Edit. El ateneo. México. Distrito Federal.1990

Correo electrónico <http://www.cepvi.com/psicoge.htm>. Cepvi.comweb de psicología y medicina. RELACION ENTRE ENFERMEDAD FISICA Y ASPECTOS EMOCIONALES.

Communications Krames. ASMA: TOMANDO EL CONTROL DEL ASMA PARA UNA VIDA MAS SALUDABLE. Cortesía SMD. Folleto. México Distrito.Federal.1997

Communications Krames. EL ASMA Y SU NIÑO Y TODO SOBRE MI ASMA. Cortesía SMD. Folleto . México Distrito Federal.1997

Compendio de educación para la salud 1987

García G J J, Alonso. EDUCACIÓN PARA LA SALUD. Edit. SSA. México Distrito Federal 1982.

González Núñez de Jesús. DINAMICA DE GRUPOS TECNICAS Y TACTICAS. Edit. Concepto. México Distrito Federal.1978

Guir Jean. PSICOSOMATICA Y CANCER. Edit. Catálogos. Buenos Aires Argentina 1984

Harol, Luis. ESTUDIO Y ENSEÑANZA. Edit.Edecol. México Distrito Federal 1991

Hammerly A. Marcelo. MEDICINA PSICOSOMATICA. Enciclopedia médica moderna tomo 1.

Edit. Interamericana. E.U de N.A.1991

Hernández Rojas Gerardo. PARADIGMAS EN PSICOLOGIA DE LA EDUCACIÓN. Edit. Paidos educador

Hernández Sampieri, METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION EN CIENCIAS SOCIALES. edit. Mc. Graw Hill. Méx. Distrito. Federal. 2002

Karam Bechara José. NEUMOLOGIA PEDIATRICA. Edit. Francisco Méndez Cervantes .año 1993

Krupp A. Marcus y Catón. J. Milton. DIAGNOSTICO CLINICO Y TRATAMIENTO. Edit. Manual Moderno año 1991

Lucareli A, Elsa. COMO HACEMOS PARA ENSEÑAR A APRENDER. Edit. Santillana. México Distrito Federal 2003

Llanos Mary, Pily. PROCESOS DE AFRONTAMIENTO EN PERSONAS CON ENFERMEDADES ENDOCRINAS. Edit. SSA 2001

Mannoni Maud. LA PRIMERA ENTREVISTA CON EL PSICOANALISTA. Edit. Gedisa . Barcelona. España.1998

Pansza González Margarita, et al. FUNDAMENTACION DE LA DIDACTICA. Edit. Gernika S.A . México Distrito Federal.1987

Pilles Amado y Andre Guittet. LA COMUNICACIÓN EN LOS GRUPOS. Edit. El ateneo
México Distrito Federal.1978

Quesada Fox Catalina et al LA DIDACTICA EN LA EDUCACION PARA LA SALUD. UNAM.ENEO.. México Distrito Federal.1995

Ramírez Pantoja Ana M. Tesis: LA MOTIVACIÓN EN LOS ALUMNOS DE LA MAESTRÍA EN PEDAGOGIA DE LA ENEP ARAGON: UNA PERSPECTIVA PSICOPEDAGÓGICA DESDE UN ENFOQUE HUMANISTA. San Juan de Aragón Estado de México 2000

Ramírez Nelly et al ASMA INFANTIL: GUIA PARA EL PACIENTE ASMATICO. Edit. Impretel . México Distrito Federal.1991

Tópicos de Investigación y posgrado. DIDACTICA Y FORMACION DOCENTE. ENEP ZARAGOZA. . México Distrito Federal.1990

Valle Burian, José. ASMA INFANTIL. GUIA PARA EL PACIENTE ASMATICO. Edit. Impretel. México Distrito Federal 1991

Villalobos Pérez-Cortés Elvia Marbella. DIDACTICA INTEGRATIVA Y EL PROCESO DE APRENDIZAJE. Edit. Trillas. México. Distrito.Federal. 2004

Villegas Zavala Josefina Patricia. LA FAMILIA DEL NIÑO DEFICIENTE MENTAL: LA PARTICIPACION EN LOS PROCESOS DE DIAGNOSTICO E INTERVENCION. Tópicos de investigación y posgrado. FES ZARAGOZA. México Distrito Federal .1992