

Título: El niño y su familia ante el asma bronquial.

Autor: Lic. María Antonieta Rodríguez Arce - Psicóloga Jubilada,
(marian@crystal.hlg.sld.cu)

Palabras clave: Asma bronquial, niño, factores psicosociales

**PREMIO EN LA INSTANCIA PROVINCIAL DEL CONCURSO, AÑO 2013.
CATEGORÍA LIBRO**

Objetivos del Libro:

- Actualizar aspectos imprescindibles acerca del asma bronquial.
- Enriquecer la información de los pacientes, familiares y profesionales de la salud acerca de la influencia de los factores psicosociales en la aparición y evolución de las crisis de asma bronquial.
- Aportar actividades a los adultos que se relacionan con niños asmáticos para lograr la formación y desarrollo saludables de la personalidad.
- Aportar un Programa de rehabilitación física y respiratoria para los niños asmáticos para mejorar su calidad de vida.

Introducción

El asma bronquial es una entidad de alta prevalencia en Cuba y en el mundo; constituye la enfermedad crónica más frecuente de la infancia.

Es preciso comenzar desde temprano la promoción y la prevención de salud en el asma bronquial para enseñar a los niños a cuidarse, y para que si enferman, aprendan a vivir con su problema con afrontamientos adecuados, para evitar que se agrave su dolencia y para que el desarrollo de la personalidad sea saludable.

El libro tiene una estructura de cuatro capítulos que permitan responder las inquietudes fundamentales de los niños, adolescentes, familiares, profesionales de la salud y favorecer su manejo integral, además de estimular estilos de afrontamientos adaptativos activos, que redunden en mejor calidad de vida.

Excepto el tercer tema, todas las propuestas son aplicables a cualquiera edad, por lo que se invita a los adolescentes, jóvenes y adultos a leerlo para su beneficio personal; no obstante, muchas de las actividades recomendadas pueden ajustarse a los diferentes grupos atareos, según los objetivos.

Capítulo I

La palabra asma proviene del griego “asthama”, que significa “respiración difícil”. En nuestra población su prevalencia ha aumentado en las últimas décadas, a veces es mal diagnosticada y tratada, sobre todo por el manejo deficiente del paciente y su familia, por falta de información de los profesionales de la salud en la prevención y el tratamiento integral de la enfermedad, y más por los factores psicosociales.

El asma bronquial (AB) es una enfermedad inflamatoria crónica de las vías respiratorias, que provoca una obstrucción del flujo de aire. La inflamación condiciona la hiperreactividad de los bronquios en forma de episodios, por la provocación de los estímulos específicos (alérgenos) y no específicos.

Las manifestaciones clínicas son: tos seca, sibilancias (“silbidos en el pecho”), opresión torácica y disnea (falta de aire). Otros síntomas más sutiles son la disminución de la actividad física y la astenia (cansancio), que se incrementa por la falta de sueño. La sintomatología de la enfermedad se exhibe más por las noches y por las madrugadas.

Es una enfermedad multicausal, es poco probable que ocurra por una sola etiología, y en la mayoría de los casos los factores específicos o inmunológicos y los inespecíficos o no inmunológicos, están imbricados entre sí.

Los factores específicos o inmunológicos son los alérgenos: inhalables e ingestantes. Dentro de los inhalables están el polvo de casa, el ácaro, los hongos anemófilos, el polen, la caspa, el pelo, las plumas y la saliva de los animales; es preciso eliminarlos de los hogares y los centros escolares. Entre los ingestantes, los alimentos como la leche, el huevo, los cítricos, los granos, el maní, el chocolate, el pescado, los mariscos y otros. Es preciso aclarar que estos no resultan tan frecuentes como los inhalables, por lo que no se deben de crear tabúes alimentarios.

Los factores no inmunológicos o inespecíficos son las tensiones emocionales, el ejercicio físico violento, la risa mantenida, las infecciones virales, los cambios de temperatura, los olores fuertes, el humo del tabaco y del cigarro, la gasolina y el petróleo, entre otros.

El tratamiento actual se dirige a reducir la inflamación de las vías respiratorias mediante el uso de medicamentos antiinflamatorios “controladores” diarios, una menor exposición ambiental pro inflamatoria y el control de los trastornos coincidentes, que pueden empeorar la enfermedad.

El control ambiental está dirigido al dominio de los factores de riesgo causales y desencadenantes. Entre estos últimos es importante limitar o eliminar la incidencia de los psicosociales, donde el afrontamiento no adaptativo a la enfermedad y la vida se convierte en generador de estrés y este en factor contribuyente.

El tratamiento del niño asmático puede abordar diferentes maneras, pero en todas habrá una idea básica (estrategia terapéutica a largo plazo), una forma (plan integral de tratamiento) y una estructura (atención por etapas o por estadios clínicos). Centra su atención en la solución de las causas, el alivio de la intensidad y frecuencia de las crisis. También en la mejoría de la calidad de vida para evitar la obstrucción bronquial irreversible, la educación de los pacientes y sus familiares acerca de los cambios necesarios del estilo y modo de vida familiar, con afrontamientos adaptativos activos para librarlos de los efectos emocionales negativos y el estrés. Por ello, se resumirán las acciones a seguir:

- Tratar la inflamación de las vías aéreas.
- Reducir la hiperreactividad bronquial.
- Resolver o aliviar el broncoespasmo.
- Control ambiental para evitar los alérgenos.
- Aplicar la rehabilitación física general y respiratoria.
- Aplicar la rehabilitación psíquica y social.

Por la importancia que reviste el control ambiental para evitar los alérgenos, se precisarán los cuidados que al respecto se deben tener:

1. No fume en presencia del niño ni en la casa.
2. Elimine el polvo de casa, ya que contiene ácaros (pequeñísimos animalitos que viven en las alfombras, ropas y otras telas). Para ello se hará lo siguiente:
 - Recubra el colchón y almohadas con *nylon*.
 - Lave las sábanas, fundas y colchas semanalmente con agua caliente y póngalas al sol.
 - No duerma sobre muebles tapizados y cojines.
 - Suprima las cortinas, alfombras, sobrecamas gruesas, muñecos de peluche.
 - Dentro del cuarto, evitar libros, objetos antiguos u otros que conserven polvo.
 - Reduzca la humedad en la casa, manténgala ventilada.
 - No barra el piso, humedezca bien la frazada de trapear; baldee al menos una vez a la semana.
 - Limpie los muebles y otros objetos con paño húmedo, no use el sacudidor.
3. Evite la presencia de animales, no los tenga o que permanezcan fuera de la casa.
4. Evite las cucarachas y otros vectores, por lo que se extremarán las medidas higiénicas.
5. Elimine el moho dentro del hogar.
6. Evite el humo de cigarro o de otros objetos quemados, así como olores fuertes e irritantes.
7. Mantenga las plantas fuera de la casa, sobre todo alejadas del dormitorio del pequeño.

Capítulo II

El estrés constituye un factor no específico detonante del asma bronquial.

Es un estado de tensión mantenida o intensa en el que el individuo utiliza mecanismos neurohormonales de reserva; puede favorecer un estado patológico, es decir, tener un problema de salud o complicar una enfermedad que ya posee porque generalmente deja huellas en el organismo y en la psiquis. Es un fenómeno psicofisiológico de causa psicosocial. Es personal y subjetivo; la personalidad juega un papel mediador entre los estímulos del medio y las respuestas a estos.

Cuando el sujeto hace una valoración subjetiva de la demanda (situación de conflicto o emergencia a la que debe enfrentarse y actuar) y percibe y valora que no dispone de la capacidad y las posibilidades de enfrentarla, entra en estrés.

El estrés entraña respuestas fisiológicas y psicológicas que se convierten en un mecanismo de retroalimentación de la valoración personal. Los episodios cortos o infrecuentes de estrés representan poco riesgo, pero cuando las situaciones estresantes se suceden sin resolución, el sujeto permanece en un estado constante de alerta que aumenta el desgaste fisiológico, lo cual conlleva a la fatiga, a los daños físicos y psíquicos, y la capacidad para defenderse y recuperarse se pueden ver seriamente comprometidos. Como resultado, aumenta el riesgo de enfermedad.

La percepción y valoración de ineficacia se acompaña de un grado importante de miedo anticipatorio, pero cuando la intensidad de la eficacia aumenta, el miedo disminuye; entonces el estrés se atenúa o desaparece.

En suma, cuando las expectativas de éxito aumentan y se juzgan los recursos más adecuados para satisfacer las demandas que presenta la situación, la relación pasa a ser evaluada como más controlable y por consiguiente, menos amenazante. Como consecuencia de ello, el grado de miedo disminuye y se establecen las conductas de afrontamiento adecuadas.

Características psicosociales más frecuentes de los niños asmáticos, entre otras más:

- Padres y familiares inconsistentes (varían las exigencias, no se delimitan normas porque no se ponen de acuerdo entre ellos), inconsecuentes (exigencias no acordes con la edad, la salud y las características de los infantes), con mucho mimo pero pobre afectividad; sobre todo las madres, que pasan de mimarlos al castigo y “otros métodos educativos” (abuso del regaño, castigo físico, comparaciones, premios y algunos más).

- Actitudes pasivas de los familiares por valorar las causas genéticas de manera absoluta y no otras también importantes y controlables. Esta apreciación refuerza el uso de la medicamentación, ubicando a los fármacos como única solución para la enfermedad y para evitarse otras complicaciones y cambios. Por lo general, los pequeños y sus padres tienen desconocimiento acerca del papel de las emociones negativas y del estilo y modo de vida inadecuados. Ellos tienden a centrar la atención en los aspectos somáticos de la enfermedad y asociar esta con un mal funcionamiento interno de tipo orgánico, y no con la inadecuada forma de vivir.

Esta representación crea en el niño una actitud pasiva hacia su enfermedad, asume que es un enfermo y que su mejoría depende de la consulta médica y de los fármacos, fuera de toda acción individual hacia sí mismo. Por supuesto, también favorece la dependencia medicamentosa.

- Hogares disfuncionales: pobre comunicación entre la pareja, entre los demás miembros y con el enfermo; inadecuada distribución de las responsabilidades; el que manda no es el que ejecuta (estructura de la autoridad), menor frecuencia de actividades colectivas y otras peculiaridades.

- Relación de dependencia de la madre y el infante cargada de sobreprotección también de ambos padres: Cuando la relación de la madre con el hijo está impregnada de ansiedad porque el infante enfermo se convierte en el sentido de su vida, depende de él y de su bienestar para vivir. Después provoca que el niño sea dependiente de ella.

- El 100 % de los casos atendidos tiene una relación con la enfermedad de sobrevaloración, determinada por la percepción similar de sus padres y familiares, aunque no se evidencia siempre con la misma intensidad y características, yendo desde una forma ligera, moderada, hasta la severa. Existe una relación muy significativa entre el grado de sobrevaloración y la severidad del asma bronquial, es decir, que una causa muy importante en la aparición y seriedad de las crisis es el enfrentamiento inadecuado al problema

de salud por tener una concepción exagerada de este. Es el principal factor de riesgo dentro los factores psicosociales.

-El asma bronquial está rodeado de una serie de prejuicios y actitudes negativas de la población y hasta del propio personal de la salud, que lo agravan.

-Las crisis provocan cambios en el modo de vida familiar y en el desarrollo emocional de sus miembros. Ante una crisis de asma, la aparición de ansiedad en el asmático y en los padres interfiere en los esfuerzos del pequeño para enfrentarse a la situación, que percibe como amenazante; refuerza la noción de deficiencia de su capacidad de autocontrol y repercute en la intensidad y duración de la crisis.

- Las crisis de asma provocan que el sistema familiar enfrente una serie de experiencias perturbadoras: como hospitalización, medicamentos, actividades, cuidados, ausencias laborales y escolares y otras, que incrementan las tensiones.

- Dentro de los factores psicosociales que median la calidad de vida de los niños asmáticos es necesario destacar su percepción del impacto psicosocial que tienen los tratamientos, los que rechazan por el uso frecuente de medicamentos (condicionado por la severidad de la enfermedad); muchos hacen dependencia de algunos, sobre todo del *spray* de salbutamol, la mayoría muestra resistencia y angustia ante las pruebas dolorosas y las inyecciones; ante las visitas médicas, que les producen expectativas negativas de lo que ocurrirá, aburrimiento e irritabilidad por la espera; a todo ello se suman los regaños excesivos de los padres, que no los comprenden y desean que ofrezcan una buena imagen; hospitalizaciones en las que están privados de su medio habitual, limitados, rodeados de personas extrañas y con vivencias dolorosas.

Asimismo, el control ambiental, mucho más el exagerado, genera rebeldía de mayor o menor intensidad por las privaciones que entraña. Además, la

modificación del estilo de vida, con la pérdida o limitación de roles sociales habituales y de intereses en lo relativo a sus actividades fundamentales, pues los mayores tienden a privarlos de relaciones con otros pequeños, sobre todo en espacios abiertos; también les provocan rebeldía, irritabilidad, ansiedad, tristeza e impotencia. Lo mismo ocurre con el inadecuado apoyo social, dado en el pobre respeto a su autonomía y autoestima. Estas situaciones refuerzan su imagen de niño menor y enfermo y le crean inseguridad y dependencia.

-Aunque no existen enfermedades, sino enfermos, porque cada uno de ellos es una individualidad y su problema de salud tiene sus causas y maneras de debutar, en los niños investigados y atendidos se observaron características psicológicas frecuentes como: ansiedad, inseguridad, subestimación, dependencia, evasión de responsabilidades, timidez, poca tolerancia a las frustraciones, inmadurez emocional de acuerdo con la edad, pobres iniciativas y creatividad, búsqueda de ganancias secundarias a través del asma y débil sentido de pertenencia a la familia.

- La sobreprotección los hace más vulnerables a desarrollar trastornos emocionales, que empeoran la evolución de la enfermedad, lo cual, además, tiene un impacto en la adaptación a la escuela y a nuevas situaciones, y en su progreso académico.

En los dibujos de la familia realizados por los infantes se pueden apreciar las características más frecuentes de los niños, reflejan a los familiares ejecutando acciones heterogéneas, es decir, cada uno realiza acciones distintas, sin unirse en una labor común. Además, no se dibujan en la familia y cuando lo hacen se reflejan con figuras muy pequeñas o infantiles. Esto permite valorar la percepción inadecuada que tienen de sí mismos y de su familia, y su carencia de recursos para socializarse. Estas peculiaridades son consecuencias de los manejos educativos incorrectos y no de la enfermedad que padecen.

Manejo psicosocial en los períodos intercrisis y de crisis de asma bronquial

El asma bronquial tiene dos momentos esenciales: períodos intercrisis y de crisis.

Períodos intercrisis

1. El niño llevará una vida normal, evitando los factores desencadenantes, pero sin temerles.

2. El control ambiental es necesario para eliminar la influencia de los alérgenos en el hogar. No se barrerá para que el polvo no quede suspendido en el aire, se elegirá baldear y limpiar los muebles y objetos con paño húmedo. Esta prevención será manejada con naturalidad, sin que constituya un acto compulsivo que incremente las tensiones.

3. Es necesaria la rehabilitación física de acuerdo con su problema de salud, su edad y características. Es conocido que la ejecución de ejercicios fuertes puede desencadenar la crisis; no obstante, esto no los invalida para incorporarlos y realizarlos paulatinamente, teniendo en cuenta cómo los asimila. No se prohíben ni comenta nada al respecto. Si observan que son agotadores e intensos, se guía la atención hacia otra actividad más tranquila, sin regañarlos.

4. Entre los factores desencadenantes será preciso indagar y manejar los estados emocionales negativos. Las frustraciones y los conflictos familiares, escolares y sociales; los incorrectos manejos, la sobreprotección, la rigidez, las exigencias no acordes con la edad y las características del menor, el perfeccionismo a que lo someten, las situaciones nuevas; es preciso saber que los cambios en la vida del niño y en la familia generan tensiones.

5. El seguimiento del especialista no se decidirá por los padres, sino por el profesional de la salud que los cita para el chequeo y la orientación periódicos. Con frecuencia, se observa que al niño se lleva más al médico cuando tiene crisis y se “olvidan” las consultas cuando está bien. Recuerden: es mejor prevenir que recuperar salud.

Al respecto, también los padres apoyarán al especialista en la consulta, para que el pequeño sea el verdadero protagonista de la misma, claro, si su edad y características lo permiten. Es común que la madre exponga el problema y

reciba las orientaciones y el hijo solo se requiera para el examen físico. Los criterios del menor son importantes y se escucharán atentamente, para lograr su participación activa en el problema que es de él.

6. Cuidar la manera de comunicarse con el infante para evitar sugerirle las crisis y que se perciba enfermo.

Períodos de crisis

1. Cuando comienza una crisis existen síntomas que pueden alertar al niño: tos seca; picazón en la nariz, en la boca, en la barbilla; estornudo, lagrimeo, irritabilidad y otros. En ese momento, la ecuanimidad, tomar agua y distraerlo con actividades pasivas pueden evitar que esta continúe su debut.

Orientaciones al respecto:

- Mantener la calma. No alarmarse ni hacer comentarios que sugieran un problema y posibles complicaciones.
- Llevar al niño a un lugar ventilado para propiciar que respire con mayor facilidad. Además, cambiarlo de ambiente puede significar alejarlo de los alérgenos. Por ejemplo: terraza, patio, balcón, portal y hasta en la calle si el clima lo permite. No importa la hora del día.
- Tomar agua y decirle que “esa agua le limpiará sus bronquios, los baldeará”. De esta manera se provocará una sugestión indirecta, es decir, se induce una idea sencilla a través de uso del agua.
- Propiciar actividades pasivas o tranquilas que le interesen para que subordine el problema y sus molestias a ellas, y se relaje, no importa la hora del día. Por ejemplo: juego de parchís, juego de palabras, cuentos agradables, pintar, recortar, pegar, rasgar, contar y mirar las estrellas, y otras, según la edad.

2. El medicamento prescrito por el médico estará preparado para dosificarlo. Son muchos los menores en los que, con estas medidas rápidas, la crisis no llega a fructificar y no necesitan de los fármacos, y mucho menos asistir a un centro de salud. Es importante observarlo sin alarma y con discreción, para valorar su evolución y tomar otras decisiones en el momento oportuno.

Si continúan los síntomas deben llevarlo al médico que lo atiende u otro del servicio de urgencias.

3. Los menores que aprendieron a obtener ganancias secundarias de la enfermedad y exhiben las crisis para lograr lo que desean, se manejarán con

ecuanimidad, tomando los cuidados antes recomendados, sin complacer sus exigencias. No olviden que esta conducta es una forma de chantaje afectivo y puede generalizarla en diferentes situaciones de la vida actual y futura.

4. Asimismo, es importante valorar la incidencia de la comunicación inadecuada en la severidad del (AB): mientras más los padres se esmeren con advertencias constantes y sugestivas del brote de la crisis, la evolución del asma será peor. Es necesaria la conversación reconfortante, orientadora y nunca reiterada y negativa.

En el contexto familiar, siempre que sea bien conducida, la comunicación propiciará óptimas relaciones interpersonales entre los padres y los hijos, convirtiéndose en el eslabón esencial para relacionarlos con la cultura de su tiempo, y en la misma medida asegurar el surgimiento de formas de comportamiento que favorezcan una adecuada participación social de los infantes en la vida cotidiana y en el futuro.

Se profundiza en la sobreprotección y el juego y se ofrecen variadas recomendaciones para la conducción adecuada de la educación de los pequeños para lograr la formación y desarrollo de la personalidad saludable.

Capítulo III

No basta con las reflexiones aportadas hasta el momento, es necesario también agregar y precisar sugerencias de actividades y modos de conducirlas, que les permitan llevar la educación y formación por senderos apropiados y que los hagan sentir más seguros. Se trabajan diferentes esferas importantes de acuerdo con la edad, los intereses, las posibilidades y las circunstancias con ejemplos de actividades a ejecutar de manera individual y preferentemente colectiva con explicaciones y recomendaciones para su ejecución como: desarrollo de la comunicación, independencia, seguridad en sí mismo, valores morales, amor a la naturaleza, educación física, plástica, musical y expresión corporal.

Un ejemplo de ello es:

Desarrollo de la comunicación y el lenguaje de los niños.

Para desarrollar la capacidad de comunicación de los pequeños es importante estimular la percepción planificada o consciente, en la que se impliquen de manera activa todos los órganos de los sentidos, por el valor de las

sensopercepciones en la aprehensión de las características de los objetos, las acciones y los fenómenos del medio circundante que propicien la asimilación de nuevas palabras que enriquecerán su vocabulario.

La observación puede favorecer la introducción de la palabra o la frase correcta en el vocabulario infantil, la inclusión en su expresión oral de cualidades de los objetos, además permite realizar comparaciones entre los mismos, determinar sus características particulares y esenciales para, con posterioridad, poder expresar los resultados por medio del lenguaje.

Esta forma sirve de base al descubrimiento de las relaciones que se dan en el medio circundante, a través de la asimilación de la experiencia directa. Cuando se utiliza asociada al experimento, ofrece inmensas posibilidades a los niños para que hablen acerca de lo que hacen y de cómo son las cosas del mundo en que viven, aunque no se trata solo de que hablen, sino de que lo hagan sobre algo que se palpa, que se demuestra.

La observación puede ser una vía esencial de estimulación en la formulación de preguntas, por lo que esta debe ser bien orientada y guiada por el padre para que pueda servir como punto de referencia en este aspecto tan importante para la estimulación de la comunicación oral.

Al aplicar este procedimiento será muy oportuno provocar la expresión oral de los infantes con el planteamiento de preguntas u otras situaciones que los estimulen o insten a mostrar el resultado de la observación en la activación del lenguaje. Por ejemplo: “¿Cómo es...?”, “Cuéntame lo que sentiste...”, “¿Qué pasó en tu fiesta de cumpleaños?”, “¿Te sentiste bien en el paseo?” y otras.

Es importante que el adulto que sea un buen observador de las habilidades que va alcanzando el pequeño para comunicarse y esté atento al comportamiento de indicadores tan importantes como: la entonación utilizada al expresarse, la pronunciación y el vocabulario, pues le permitirán focalizar las potencialidades y necesidades del infante y en función de ellas, trazar estrategias de trabajo educativo.

La disminución del papel directivo del progenitor en el proceso de comunicación se sustenta fundamentalmente en dar la oportunidad a los pequeños de ser los protagonistas de la actividad comunicativa —lo que se evidencia en la cantidad de veces que toman la palabra para expresar no solo lo que saben, sino también para indagar sobre lo desconocido—, a modo de despertar su curiosidad, como un elemento esencial en su desarrollo cognoscitivo. Es común que la conversación resulte infructuosa por ser llevada solo por los mayores, con respuestas de monosílabos de los menores. Es por eso que no se interrumpirá al niño para corregir los errores de pronunciación y mucho menos hacerlos repetir de forma correcta en ese momento, sino después de concluida su intervención, para no coartar las ideas que expresa y evitar el surgimiento de una barrera sociopsicológica.

Es importante propiciar actividades con otros niños, en las que los adultos desempeñen su papel de guías considerando los diferentes momentos de una actividad: orientación, ejecución y control. La orientación tiene que caracterizarse cada vez más por la participación de los niños, de manera que desde este instante se asegure una interacción entre ellos y de estos con el adulto, con énfasis en los pequeños; se determinará qué van a hacer, cómo lo harán, lo que conducirá inevitablemente a elevar su motivación para ser entes activos en la creación de una situación comunicativa, lo que se reflejará en resultados satisfactorios durante la ejecución de la actividad; por otra parte, el control, en dependencia de las particularidades psicológicas, contribuirá a la formación de las premisas del autocontrol y la autovaloración de los pequeños en relación con las habilidades comunicativas que van alcanzando.

No se abusará de las preguntas para provocar respuestas de los infantes, ello no niega el valor educativo que tienen, sino que se refuerza la idea de utilizarlas con prudencia y bien formuladas. Se harán de manera clara, precisa y despacio. Es necesario tener presente que los pequeños deben poseer un tiempo para elaborar la respuesta, por tanto, se esperará con paciencia para repetir la pregunta.

Otro procedimiento que se puede utilizar para promover la comunicación oral es iniciarla con un planteamiento afirmativo o negativo: “¡Qué rica es el agua!” o “A mí no me gusta el agua”; la eficiencia de ello se basará en el principio de que los pequeños posean suficientes conocimientos para que puedan ofrecer sus juicios y opiniones.

La situación comunicativa se entenderá como aquella que genera la necesidad de comunicación. Se caracteriza por la interrelación de hablantes o interlocutores, quienes necesitan usar una forma de lenguaje para transmitir un mensaje, en un lugar y tiempo determinados, que satisfaga las demandas comunicativas de los receptores.

Estará sustentada en los conocimientos y experiencias personales de los niños, sin los cuales es imposible la expresión de las ideas.

También se tendrán en cuenta las particularidades individuales, sobre todo su estilo comunicativo y nivel de desarrollo intelectual. Esta máxima exige considerar sus intereses, gustos, motivos y necesidades; de esta forma se logra el respeto, se crea confianza y se les motiva en la actividad.

Es oportuno, además, evitar convertir la situación comunicativa en una serie de diálogos sucesivos entre el adulto y los niños. Para lograr tales fines se propiciará que los pequeños sean los interventores en las respuestas o los planteamientos que hacen los otros, lo que puede ser logrado con las preguntas: “¿Qué ustedes creen de lo dicho por...?”, “¿Cómo ustedes lo harían?”

En los preescolares (por las características de su atención involuntaria), se hace difícil mantenerlos por mucho tiempo escuchando solamente, por lo que se estará a la expectativa para controlar el intercambio comunicativo e interrumpirlo antes de que disminuya el interés y alternar la actividad verbal con otras de lenguaje en movimiento (cumplimiento de órdenes, juegos de desplazamiento y otros).

En cada situación comunicativa se hace necesario tener algo acerca de lo cual hablar, que responderá a una experiencia vivida, al cúmulo de impresiones que posean de los objetos y fenómenos del medio circundante y a la realización de múltiples actividades entre las que se pueden citar: preparación de exposiciones acerca de un tema determinado, confección de murales colectivos, realización de excursiones (incluso con carácter imaginario), organización de fiestas, trabajos con la naturaleza, entre otras.

En los momentos actuales se pueden promover situaciones comunicativas novedosas con la utilización de la TV y el video, ya que estas pueblan de imágenes la mente del infante y enriquecen sus experiencias. A partir de imágenes congeladas, estos pueden idear diálogos entre los personajes que observan, dar criterios y opiniones acerca de lo que pueden estar hablando los mismos si toman como referencia el contexto en que se encuentran; asimismo, pueden transferir escenas negativas a positivas a través de la palabra.

La mayor y mejor utilización de los medios de enseñanza, los objetos reales, las demostraciones de los fenómenos de la realidad, el empleo de láminas y grabaciones suplen en gran medida la carencia de vivencias personales y la experiencia social, lo que provoca el deseo de hablar en estas edades.

Se pueden utilizar láminas e ilustraciones, sobre todo en los más pequeños, para enriquecer su vocabulario. Por ejemplo: se quiere introducir el vocablo arboleda, basta con iniciar con el dibujo de un árbol y luego se les invita a ellos a que dibujen el suyo; posteriormente se introduce el vocablo, definiéndolo como un conjunto de muchos árboles, luego salen a las áreas exteriores y se les induce a que localicen si en esta o en sus alrededores pueden encontrar una arboleda; así puede suceder con otros vocablos. Pueden exponer sus impresiones: de esta manera se desarrolla la fantasía y la creatividad, lo que se exteriorizará a través del uso de la palabra.

Para el desarrollo del vocabulario es imprescindible la visualización del objeto e introducir la palabra en un contexto, de manera que esta pueda ser comprendida.

El conocimiento de la palabra está asociado a un determinado significado y hay que cerciorarse de que sea del dominio del niño para que esta no solo se comprenda, sino para que conozca bien la esencia de lo que se quiere expresar con ella.

Hay palabras que responden a conceptos abstractos, especialmente aquellas que están asociadas a las cualidades de las personas, como son: cariñoso, amable, Patria, generosidad y otras; para darles tratamiento se hará alusión a su significado y se relacionarán con personajes de historias reales y de ficción o se realizarán acciones de manera que se fijen y comprendan.

Cuando se introduce una nueva palabra en el vocabulario infantil es importante trabajar con los sinónimos y los antónimos, que permitirán el dominio más preciso de esta, mayor comprensión y mejor utilización porque aprenderá que con varias palabras podrá nombrar un mismo objeto, acción o fenómeno.

Enriquecer el vocabulario infantil no significa enseñar por enseñar palabras, esa no puede ser la máxima, sino que el adulto se planteará la interrogante: “¿Qué vocablos necesita conocer el pequeño?”. La respuesta está, en primer lugar, en que se enseñe un vocablo que tenga utilidad, es decir, que tengan la necesidad de usarlo en su mundo circundante y de acuerdo con sus características.

Es imprescindible el uso del diccionario, de manera que le permita escoger la acepción más precisa y asequible a la edad de los niños y que garantice al padre elevar su cultura léxica. Es importante también la adecuada pronunciación de las palabras en todo momento, con énfasis en aquellas de mayor complejidad sonora, sin que esto quiera decir que se divida la palabra en sílabas cuando se pronuncia. Es oportuno considerar el tono de voz que se utilice, el que será moderado, de manera que todos puedan escuchar con claridad y sin molestias.

La entonación permite conocer los estados anímicos: alegría, preocupación, tristeza, emoción; ella contribuye a la regulación de la conducta y de forma

general le da belleza y expresividad al lenguaje: por medio de este elemento expresivo varían los matices que el mismo adopta.

Aparejado a lo anterior, se hace necesario potenciar la comunicación extraverbal o no verbal (gestos, mímica); esta puede sustituir la palabra hablada y transmitir la información. Provoca en los interlocutores emociones que influyen en el comportamiento de quienes escuchan; refuerza la atención, pero es imprescindible que exista coherencia entre el mensaje oral y el no verbal, pues si hay contradicciones entre ellos la comunicación se vuelve confusa, se crea incertidumbre y desconfianza, es decir, se entorpece el acto comunicativo. Además, el cuidado en su manejo ofrecerá un ejemplo adecuado a seguir.

En el ajuste de la forma de expresarse oralmente es preciso respetar el turno de espera para tomar la palabra, lo que se logra con una buena orientación y con ejercicios que los entrenen para ello. Es importante también que dispongan de tiempo para ordenar las ideas, elaborar y emitir su mensaje, ello se sustenta en que la velocidad de su pensamiento no es la misma que la de los adultos.

Una vía de educación para despertar el interés por la escucha es la narración de cuentos, siempre que se haga tomar vida a los personajes; luego se les formularán preguntas para comprobar la comprensión que hayan logrado. Para seleccionar los textos se tendrán en cuenta la edad, las características y los intereses de los niños.

Asimismo, los pequeños podrán hacer sencillas valoraciones de los mensajes que escuchan, si estos transmiten ideas buenas o malas y adoptar una posición en correspondencia con ellas, lo que significa que expresen si harían lo mismo o cómo lo harían.

Otro proceder que puede tener valor educativo es proponerles que se anticipen al contenido del mensaje o información que escucharán, o sea, el adulto comenzará una anécdota, de momento se detendrá y les preguntará: “¿Qué sucederá después?”. Luego se les solicitará que procedan a la inversa, es decir, ellos la iniciarán para que otros coetáneos o el adulto anticipen sus ideas. Se aconseja no repetir en voz alta todo lo que los infantes digan porque puede

generar cansancio, aburrimiento y al final, la pérdida del interés; en caso de hacerlo, se cambiará el orden de las palabras sin variar el sentido de lo que se dijo al inicio. Otras sugerencias:

- Desarrollar los ejercicios orales de forma amena, asequible y en un ambiente de juego.
- Estimularlos para que cumplan las tareas orientadas y destacar los avances alcanzados por los mismos, así como hacer las correcciones necesarias con un enfoque positivo.
- Lograr una adecuada relación afectiva y empatía comunicativa.

Una actividad para ejemplificar:

Título: Juguemos con las palabras

Desarrollo:

Recordar todas las palabras aprendidas referentes a un tema (arboleda, sombra, frondoso, frutas, frutería), (héroe, Patria, valiente) o (amigo, honradez, generosidad).

Preguntarles qué significa cada una de ellas. Luego invitarlos a que digan algo en las que estén incluidas esas palabras.

Se puede partir de un ejemplo que aporte el adulto: La arboleda frondosa daba una gran sombra.

Después, el niño o los niños elaborarán sus propias oraciones.

Capítulo IV

Programa de rehabilitación física y respiratoria para los niños asmáticos

Permite aplicar los ejercicios físicos como estimuladores esenciales de las funciones vitales del organismo (prevención primaria), en la curación de enfermedades y lesiones, en la profilaxis de sus agudizaciones, así como para la recuperación paulatina de la capacidad de trabajo (prevención secundaria). La misma contempla la ejecución consciente y activa de los ejercicios físicos por parte de los enfermos; estas actividades tienen un carácter terapéutico pedagógico, lo que la diferencia de los demás métodos terapéuticos. También se aporta la dosificación de los ejercicios de acuerdo con la edad, los cuales se adecuarán a la individualidad de los pequeños.

Corresponde a la Cultura Física el papel fundamental en la terapéutica integral, como la más influyente en los procesos de recuperación y rehabilitación del individuo: recuperación de salud y capacidad de trabajo de los enfermos para alcanzar sus mayores posibilidades físicas, psíquicas, sociales, profesionales y económicas, y su incorporación a la sociedad con calidad de vida. Incluye ejercicios respiratorios, de relajación, de corrección de deformidades torácicas y posturales y juegos respiratorios.

Estas actividades deben ser desarrolladas fundamentalmente en la atención primaria, coordinando con fisiatras, áreas terapéuticas y en los gimnasios fisioterapéuticos.

La propuesta de programa puede ejecutarse en el hogar y áreas abiertas cercanas, constituye una guía para las familias y los niños asmáticos, como parte de su preparación para enfrentar su estado de salud y aprender a vivir con él. Cuenta con ejercicios de acondicionamiento físico (estiramiento y movilidad articular), reeducación respiratoria, ejercicios para el fortalecimiento muscular, ejercicios para el desarrollo de la capacidad aeróbica, técnicas de relajación y juegos.

Las actividades físicas serán ejecutadas en dependencia de la etapa de la enfermedad en que se encuentre.

Durante las crisis se trabajará para lograr una ventilación lo más normal posible, la eliminación de la obstrucción de las vías aéreas y la relajación. Durante esta etapa solamente se ejecutarán ejercicios de estiramiento (algunos para cada parte del cuerpo) y de relajación, así como sencillos juegos respiratorios abdominales con posturas que faciliten la expulsión de secreciones. Las sesiones durarán de 15 a 20 minutos.

En la etapa de mantenimiento o período intercrisis podrá utilizarse el programa completo cuando esté estable. Se aportan sugerencias para su ejecución.

Objetivos generales del programa:

- Fortalecer todos los músculos que intervienen en la respiración.
- Aumentar la capacidad pulmonar.
- Aumentar la capacidad de trabajo del organismo.

- Reeducar la respiración.
- Reeducar la postura.
- Disminuir el consumo de medicamentos.
- Disminuir la frecuencia, duración e intensidad de las crisis.

Etapas del programa de rehabilitación física y respiratoria para los niños asmáticos

1. Ejercicios de estiramiento y movilidad articular.
2. Ejercicios para aprender la respiración abdominal.
3. Ejercicios para el aprendizaje del ritmo respiratorio y la espiración prolongada y la bucal.
4. Automasajes.
5. Ejercicios aerobios.
6. Ejercicios de relajación.

Todos los ejercicios están ilustrados y dosificados para el plan individual.

Conclusiones

Los factores psicosociales tienen un impacto importante en la aparición e intensidad de las crisis de asma. Los más significativos son: sobrevaloración de la enfermedad que incluye la sobreprotección de los padres, la inadecuada comunicación con el asmático y otros como parte de las reacciones por la sobrevaloración.

El horario de vida adecuado con la edad y las características del niño donde son muy importantes las actividades que contribuyan a la formación y desarrollo saludable de la personalidad.

La ejecución por los padres, maestros y personal de la salud de un programa de rehabilitación física y respiratoria para los niños asmáticos contribuirá a mejorar su calidad de vida.

Recomendaciones

El personal de la salud continuará su preparación científica para lograr la atención integral de los niños asmáticos considerándolos los protagonistas de su problema de salud.

Referencias bibliográficas

1. BENEDITO MONLEÓN M. C., C. BOTELLA ARBONA, J. A. LÓPEZ ANDREU: *Influencia de tres tratamientos psicológicos sobre dimensiones de personalidad en niños asmáticos*, Valencia, España, 2010. [Consulta noviembre 2011].
2. CORONEL CARVAJAL C.: *Historia familiar del asma: su influencia en la aparición y evolución de la enfermedad*. [Documento en línea]. <www.medigrafic.org.mx>. Revista mexicana de Pediatría. Vol. 17 N. 4, julago: 148-151, 2010. [Consulta noviembre 2011].
3. DESDÍN DÍAZ M.: "La comunicación oral de los niños y las niñas de quinto año de vida en las actividades educativas del círculo infantil". Tesis de Maestría, Holguín, 2004.
4. ELLWOOD P., H. WILLIAMS, N. AÏT-KHALED, B. BJÖRKSTÉN, C. ROBERTSON, THE ISAAC Phase III Study Group. *Translation of questions: The International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) experience*. Int J Tuberc Lung Dis. September; 13(9): 1174-1182, 2009. [Consulta diciembre 2011].
5. FASCIGLIONE P., C. CASTAÑEIRAS: *Asma bronquial hoy: una perspectiva psicosocial*. [Documento en línea]. http://www.archivos.alergia.org.ar/material/12007/2007_01_02_revision.pdf>. Argentina, 2007. [Consulta noviembre 2011].
6. GARCÍA E., G. C. ARISTIZABAL, C. VASQUEZ, E. RODRÍGUEZ MARTÍNEZ, O. L. SARMIENTO, C. L. SATIZABAL: *Prevalence of and factors associated with current asthma symptoms in school children aged 6-7 and 13-14 years old in Bogota, Colombia*. Pediatr Allergy Immunol., 2008 Jun; 19(4):307-14. [Consulta diciembre 2011].
7. HASAN ARSHAD S., K. ZURRES BABU: *What is asthma?* [Documento en línea]. <http://fds.oup.com/www.oup.com/pdf/13/9780199211265_chapter1.pdf>. Oxford University Press, 2008. [Consulta diciembre 2011].
8. HERNÁNDEZ GONZÁLEZ R.: *Ejercicios físicos y rehabilitación*, Editorial Deportes, Ciudad de La Habana, 2006.

10. HINOJOS GALLARDO L. C., I. MARTÍNEZ GONZÁLEZ, I. ITZEL UPTON RIVAS, M. CISNEROS CASTOLO: *Disfunción familiar y nivel de control de asma en pacientes pediátricos*. Acta Pediátrica de México, 2010. [Consulta noviembre 2011].
11. JUNCO CORTES N.: *Los ejercicios físicos con fines terapéuticos*, Ciudad de La Habana, INDER, 1986.
12. KASSISE E., R. ORDAZ, C. MÁRQUEZ, N. CAMPEROS, I. FIGUEROA: *Educación y asma en la escuela. La carga de asma. Ausentismo y rendimiento escolar. Guías de manejo clínico: consenso de asma (Parte I)*. Venezuela, 2010. [Consulta noviembre 2011].
13. KOZZER N.: *Visión psicológica del asma bronquial*, Argentina, 2010. [Consulta noviembre 2011].
14. LAZARUS, R., S. FOLKMAN: *Estrés y procesos cognitivos*, Editorial Martínez Roca, Barcelona, España, 1986.
15. MOROWATISHA M., H. NADRIN, A. FALAHI, M. MOHAMMADI: Predictors of self-management behaviors in patients with asthma based on Greens' model of Health Education Planning. [Documento en línea]. <[http:// journals.tums.ac.ir](http://journals.tums.ac.ir)>. Journal of School of Public Health and Institute of Helath Research. Irán, 2009; 7(3): 37-49. [Consulta diciembre 2011].
16. NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH. National Heart, Lung and Blue Institute. GINA. *Global Strategy for Asthma Management and Prevention*. [Documento en línea]. <www.ginasthma.com>, 2006. [Consulta diciembre 2006].
17. NEGRÍN VILLAVICENCIO J. A.: *Asma bronquial. Aspectos básicos para un tratamiento integral según la etapa clínica*, Editorial Ciencias Médicas, Ciudad de La
18. Habana, 2004.
19. PEDRAM RAZI S. H., S. H. BASSAMPOUR, A. KAZEMNEJAD: *Quality of life in asthmatic patients*. [Documento en línea]. <<http://journals.tums.ac.ir>>. Hayat, Irán, 2007; 13(1): 29-34. [Consulta diciembre 2011].
20. POPOV N.: *Cultura Físico-Terapéutica*, Editorial Raduga. Moscú, 1988.

21. Rodríguez Arce María A: *Técnicas participativas*, Editorial Ciencias Médicas, Ciudad de La Habana, 2008.
22. SARMIENTO L. F., M. VANCAMPENHOUD, E. C. RÍSQUEZ, A. LEÓN: *Ambiente y estilo de vida en la prevención del asma en el niño. Guías de manejo clínico: consenso de asma (Parte I)*. Venezuela, 2010. [Consulta noviembre 2011].
23. SOTO MARTÍNEZ M. E., L. ÁVILA, M. E. SOTO QUIRÓS: *Nuevas pautas para el diagnóstico y manejo del asma en niños menores de 5 años: Guías GINA 2009*. [Documento en línea]. <<http://www.elsevier.es/anpediatr>>. Editorial Elsevier Doyma. Anales de Pediatría. 2009. [Consulta diciembre 2011].
24. SOTO QUIRÓS M., PHD. *Actualización del manejo y prevención del asma*. GINA, San José de Costa Rica, 2008.
25. ZORAN D., T. W. GUILBERT: *Prevention of asthma in childhood*. [Documento en línea]. <<http://www.touchrespiratory.com/articles/preventionasthma-childhood?page=0%2C1>>. US Respiratory Disease, 2007. [Consulta diciembre 2011].