

POLICLÍNICO DOCENTE NORTE  
CIEGO DE AVILA

**Intervención educativa para elevar los conocimientos sobre asma bronquial en familiares de niños asmáticos. Policlínico Norte de Ciego de Ávila.**

**Educational intervention to increase the knowledge on bronchial asthma in family members of asthmatic children. North Polyclinic of Ciego de Ávila Province.**

Norma C. Pérez Calleja (1), Annie García La Rosa (2), Idelein La Rosa González (2).

### **RESUMEN**

Se realizó un estudio experimental de intervención comunitaria con pre y postprueba en el Policlínico Universitario Área Norte de Ciego de Ávila, de enero de 2007 a enero de 2008 con el objetivo de determinar la utilidad de una intervención educativa para elevar el nivel de conocimientos sobre asma bronquial en familiares o tutores de pacientes asmáticos en edad pediátrica. Se obtuvo una muestra significativa por muestreo aleatorio simple, la cual se dividió en un grupo control y un grupo experimental. Se aplicó un cuestionario a las madres o tutores de los niños en ambos grupos, se diseñó un programa de intervención educativa que se impartió al grupo experimental, se aplicó el cuestionario a ambos grupos con un intervalo de 6 meses. Se concluye que en el grupo experimental mejoraron los conocimientos de manera significativa, se demostró además la utilidad de este programa de intervención para elevar los conocimientos sobre asma bronquial en la familia de los niños asmáticos, en la Atención Primaria de Salud.

**Palabras clave:** ESTUDIOS DE INTERVENCION, ASMA BRONQUIAL.

1. Especialista de 2do Grado en Pediatría. Máster en Medicina Bioenergética y Natural. Profesor Auxiliar.
2. Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral. Profesor Instructor.

### **INTRODUCCIÓN**

El asma bronquial es la más común de las afecciones crónicas entre adultos y niños en el mundo desarrollado. Se conoce que entre un 5 y un 15 % de la población mundial la padece y crece a razón de un 50% cada 10 o 15 años (1), causando unas 2000 muertes al año en países desarrollados (2). Se ha reportado un aumento de la prevalencia del asma a nivel mundial. En Cuba es de un 8.2% en adultos y de un 14% en menores de 15 años (3), constituyendo un importante problema de salud en la atención primaria, de ahí lo importante de las investigaciones que se realicen sobre esta enfermedad.

La tasa de mortalidad por Asma Bronquial en 1945 fue de 1 x 100000 habitantes. A partir de esta fecha se observó una tendencia al aumento, hasta el año 1970 en la que se alcanza una tasa de 4 x 100000 habitantes. Esta tasa se reduce después de la aplicación del Programa Nacional de Atención al Paciente Asmático en 1973 (4). El riesgo de morir ha ido progresivamente reduciéndose hasta alcanzar 1.8x100000 habitantes en el año 2000 (5-7).

En la provincia Ciego de Avila existe un total de 31740 asmáticos; de estos, 3713 están comprendidos en edades menores de 14 años, para un 11.7%. En el municipio cabecera existen 9054 asmáticos, de ellos 2728 son menores de 14 años para un 30.1 %. En el policlínico Norte se atienden 4271 asmáticos, de ellos 757 son menores de 14 años para un 17,7 %.

El asma bronquial actualmente se considera una enfermedad inflamatoria crónica, de origen multifactorial, que se caracteriza por hiperreactividad bronquial, que ocasiona episodios recurrentes de tos, disnea de grado variable, opresión torácica y sibilancias, especialmente durante la noche, que es con frecuencia reversible, ya sea de forma espontánea o mediante tratamiento; que se produce como resultado de una reducción de la luz bronquial, provocada por espasmo de la musculatura, edema e hipersecreción de moco con aumento de su viscosidad, lo que conduce a una insuficiencia respiratoria de tipo obstructivo (8-10). El factor herencia fue descrito desde hace 300 años, pero no es considerada en toda su extensión hasta después de la introducción por el estudioso Coca del término atopía en 1922 (8). Se mencionan otros factores como son los adquiridos que favorecen el desarrollo de la enfermedad (11). Estos son los factores de riesgo que pueden agruparse en: predisponentes y desencadenantes. Estos factores son susceptibles de acciones preventivas que modifiquen la incidencia, prevalencia y pronóstico de la enfermedad (13-16). Si se quiere disminuir las complicaciones y mortalidad por asma, corresponde al equipo de Atención Primaria de Salud desempeñar un papel importante en los "5 puntos cardinales" del tratamiento (14). Estos son:

1. Elevar la educación del paciente y su familia, de los maestros y de toda la comunidad en relación a la enfermedad y su control.
2. Mejoramiento del control ambiental.
3. Manejo adecuado de los aspectos psicosociales.
4. Uso farmacológico.
5. Utilización de la inmunoterapia.

Con este trabajo los autores se proponen, partiendo del estudio del conocimiento que tienen los familiares de los niños asmáticos, intervenir sobre dichos conocimientos para poder determinar la utilidad de una intervención educativa sobre conocimientos de asma bronquial en familiares de niños asmáticos, lo que llevará, por supuesto, a disminuir las complicaciones y mortalidad de los niños con asma, ya que los padres o tutores conocerán lo que se debe hacer en cada momento.

## **METODO**

Se realizó un estudio experimental de intervención comunitaria con pre y postprueba en el Policlínico Universitario Área Norte de Ciego de Ávila, de enero de 2007 a enero de 2008 con el objetivo de determinar la utilidad de una intervención educativa para elevar el nivel de conocimientos sobre asma bronquial de familiares o tutores de niños asmáticos de 5 a 14 años. Se obtuvo una muestra representativa del universo de niños asmáticos en los 3 Grupos Básicos de Trabajo (GBT) seleccionada por muestreo aleatorio simple; luego de obtener la muestra se le pidió el consentimiento informado a un familiar (el más cercano al paciente, generalmente la madre y en su defecto quien estuviera como tutor del niño para aplicarle el cuestionario); el total fue de 220 familiares o tutores; la muestra fue enumerada y por muestreo sistemático se dividió en 2 grupos, tomando los números pares para el grupo control (110) y los impares para el grupo experimental (110). Para validar conocimientos se aplicó a los familiares de los niños asmáticos un cuestionario elaborado al efecto, validado por criterio de jueces y prueba piloto. Se tuvieron en cuenta los criterios de inclusión, exclusión, de salida y el consentimiento informado. La variable independiente fue la intervención educativa y la dependiente los conocimientos de los familiares o tutores sobre los siguientes factores recogidos en el cuestionario:

**Factores predisponentes:** Se consideró conocimiento bueno, si respondió correctamente de 8 a 9 ítem, entre 5 y 7 regular y mal 4 ó menos.

**Factores desencadenantes:** Se consideró conocimiento bueno, si respondió correctamente de 8 a 9 ítem, entre 5 y 7 regular y mal 4 ó menos.

**Síntomas durante las crisis:** Se consideró conocimiento bueno, si respondió de 5 a 6 ítem, entre 3 a 4 regular y mal 2 ó menos.

**Conducta a seguir con el niño asmático:** Se consideró conocimiento bueno, si respondió trasladarlo hacia un centro de salud y malo si respondió esperar que mejore en la casa.

**Síntoma de gravedad de la enfermedad:** Se consideró conocimiento bueno, si respondió de 5 a 6 ítem, de 3 a 4 regular y mal 2 ó menos.

**Medicamentos que se utilizan durante las crisis:** Se consideró conocimiento bueno, si respondió de 6 a 8 ítem correctos y ninguno incorrecto, regular de 4 a 5 ítem correctos y/o algún incorrecto y mal 3 o menos ítems correctos.

**Medidas a tomar durante el período intercrisis:** Se consideró conocimiento bueno, si respondió de 7 a 8 ítems correctos y ninguno incorrecto, regular de 4 a 6 correctos y/o algún incorrecto y mal 3 ó menos ítems correctos.

Se diseñó un programa de intervención educativa, teniendo en cuenta los resultados del cuestionario inicial. Posteriormente se volvió a aplicar con un intervalo de 6 meses para conocer el impacto del programa de intervención educativa.

Se realizó prueba de hipótesis para determinar si existen diferencias entre los grupos en estudio. Los resultados se expusieron en cuadros.

## RESULTADOS

En la Tabla No. 1 se refleja el comportamiento del nivel de conocimientos en relación a los factores predisponentes del asma bronquial en el grupo control y en el grupo experimental antes y después de aplicado el programa de intervención educativa; así vemos que ambos grupos tenían inicialmente niveles de conocimientos similares, predominando los evaluados de mal, después de la intervención mejoraron los conocimientos en el grupo experimental, de un 11,8% evaluados como de bien antes, pasaron a un 40,9% después ( $p=0.021$ ); con respecto al grupo control, fueron muy similares a los resultados de estudios realizados por Díaz Vázquez, Alonso Bernardo (17), donde aumentaron los conocimientos de un 7 a un 70 %, y de López Viña y Pérez Santos (18), donde los evaluados de mal de un 52% antes de las intervención quedaron en un 20.9 %.

Al evaluar el nivel de conocimientos sobre los factores desencadenantes del asma bronquial (Tabla No. 2) se observa que en ambos grupos el nivel de conocimiento evaluado de mal era de 48 en el control y 49 en el experimental antes de aplicar el programa, después de aplicado el nivel de conocimientos en el grupo experimental aumentó de un 10% a un 37,2% lo que guarda similitud a lo encontrado por Alderete Oviedo en su estudio (19), donde aumentaron los conocimientos de un 9 a un 52 % y no se corresponde con el estudio de López Viña y Pérez Santos (18) donde no se produjeron cambios significativos en este aspecto.

El conocimiento de los síntomas durante las crisis de asma en ambos grupos antes de la intervención se comportaron más o menos de manera similar con un 30,1% para el control y 27,3% en el experimental sin embargo después de la intervención, hubo un aumento significativo de los evaluados como bien en el grupo experimental que pasaron de un 22,7% antes a un 66,3%, no se obtuvo significación estadística; estos resultados fueron similares a los reportados por Jiménez Fontao L, Fernández Machín L y otros (9), y de Alderete Oviedo (19) donde aumentaron los conocimientos a un 83%, y a un 78%, respectivamente, lo que demuestra que este es un aspecto que maneja la población. Los conocimientos sobre la conducta a seguir ante un paciente con una crisis de asma se aprecian en la Tabla No.4, antes de aplicar el programa de intervención educativa ambos grupos conocían, en su mayoría, la conducta a seguir, no fue evaluado ningún caso de regular, y después de aplicada la intervención en el grupo experimental el 98,1 % de los encuestados alcanzaron evaluación de bien con una significación estadística de ( $p= 0.012$ ) lo que coincide con el estudio realizado por Gascon Jiménez, Dueñas Herrero y otros (20) donde casi la totalidad de los encuestados conocieron la conducta adecuada a seguir y no coincide con el estudio realizado por Barreiro E (21), al parecer por tratarse de un área semirural, donde es más difícil el acceso de los pacientes a las unidades de salud.

En la tabla No. 5 se valoran los conocimientos de las manifestaciones de gravedad del asma, que tenían los encuestados. Se constató que en ambos grupos al inicio de la investigación, la minoría de los encuestados (20,9% en el grupo control y el 19 % en el experimental) poseían buen nivel de conocimientos sobre este aspecto, lo que se corresponde con el estudio realizado por Díaz Vázquez, Alonso Vernardo y otros (17), sin embargo en el grupo experimental aumentaron los evaluados de bien

de un 19% antes a un 70% después con una significación estadística de ( $p=0.043$ ) con respecto al grupo control, mientras que en el grupo control no se produjeron cambios importantes en los resultados encontrados, lo que no se corresponde con el estudio de Díaz Vázquez (17).

En la tabla No. 6 (Anexo 1) se representa la evaluación de los encuestados según los conocimientos sobre los medicamentos a utilizar durante las crisis de asma. Antes de la intervención ambos grupos tenían conocimientos similares, predominando los evaluados de regular. Después de aplicada la intervención en el grupo experimental aumentaron los evaluados de bien de un 35,4% antes a un 73,6% después y disminuyeron los evaluados de regular y mal, aunque no tuvo significación estadística, lo que se corresponde con el estudio realizado por Álvarez Montes de Oca, Torres Macías y otros (22), donde el 62% resultaron evaluados de bien después de la intervención. En la tabla No. 7 se evidencia que antes de la intervención en ambos grupos el mayor porcentaje de los encuestados desconocían las medidas a adoptar para evitar las crisis de asma lo que coincide con el estudio realizado por Álvarez Montes de Oca, Torres Macías y otros (22). Sin embargo, después de la intervención, en el grupo experimental de un 20,9% que fueron evaluados como bien antes aumentaron a un 61,8% después y de un 34,5% de evaluados como mal antes disminuyeron a solo un 9,2% después, lo que se corresponde con el estudio realizado por Álvarez Montes de Oca (22), donde aumentaron los conocimientos a un 58%.

## **DISCUSIÓN**

Dentro de los objetivos, propósitos y directrices para incrementar la Salud Pública Cubana, están las enfermedades no transmisibles, y dentro de ellas el asma bronquial, como problema de salud de significación y trascendencia a nivel mundial (1); en atención a la magnitud alcanzada en términos de morbilidad, mortalidad y discapacidad que produce en pacientes mal manejados, la repercusión que tiene sobre el enfermo y sus familiares, así como los costos sociales que provoca (2). Dentro de las enfermedades no transmisibles, el asma bronquial es la principal causa de ingresos hospitalarios en Cuba (6). El costo económico y social que genera este padecimiento es considerable por la carga discapacitante asociada a los frecuentes episodios de descompensación (7).

Hasta el 80% de los niños con asma desarrollan síntomas antes de los cinco años. Por tanto, el médico debe confiar en las observaciones de los padres para realizar el diagnóstico (1719). Algunos niños tienen síntomas de asma que mejoran durante la adolescencia, mientras otros empeoran. Estudios realizados plantean que antes de los 4 años un 11% de los niños tiene asma y sólo un 4% persiste con asma después de los 18 años. Por ello más de la mitad de los niños con asma dejan de padecer esta enfermedad después de la pubertad (15). Se considera de gran importancia la educación del paciente en el conocimiento de su enfermedad en cuanto a evitar la exposición a los factores desencadenantes ambientales, factores predisponentes, síntomas durante las crisis, conducta a seguir con el niño asmático, síntoma de gravedad de la enfermedad, medicamentos que se utilizan durante las crisis, y las medidas a tomar durante el período intercrisis. Este trabajo proporciona beneficios si se tiene en cuenta que más del 50% de los familiares del grupo experimental elevaron sus conocimientos sobre los anteriores factores, lo que mejorará notablemente el manejo de estos pacientes en el futuro durante los períodos de intercrisis y crisis, en este caso reclamar el tratamiento de urgencia tan pronto sea necesario; estos resultados coinciden con estudios realizados donde se plantea que además se debe promover la salud emocional para que el paciente tenga confianza en su capacidad de enfrentar la enfermedad (20-22).

## **ABSTRACT**

An experimental study of community intervention was carried out in the North Polyclinic of Ciego de Ávila Province, from January 2007 to January 2008 with pre and post- test aim at determining the utility of an educative intervention so as to widen the knowledge of family members or legal guardians on bronchial asthma in asthmatic patients of pediatric age. An outstanding sample was obtained by means of a simple random sampling, which was divided into experimental and control groups. A questionnaire was

applied to mothers or legal guardians in both groups; an educative intervention program was designed, which was given to the experimental group. The questionnaire was conducted to both groups with a 6-month interval. It was then concluded that knowledge considerably increased in the experimental group. The usefulness of this intervention program in Primary Health Care to widen the knowledge of the family members of asthmatic children on bronchial asthma was also demonstrated.

**Key words:** EDUCATIONAL INTERVENTION, BRONCHIAL ASTHMA.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Asma: estadística y datos útiles [página en Internet]. 1997 [citado 28 May 2007] [aprox. 4 pantallas]. Disponible en: <http://www.healthing.com/asma/asma.html#Asm:%20Estadística%20y%20datos%20utiles>
2. Ilczyszyn GR. Asma: nuevas estadísticas [página en Internet]. 1997 [citado 28 May 2007] [aprox. 4 pantallas]. Disponible en: <http://www.healthing.com/asma/asma2.html#asma2>.
2. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Asma Bronquial [página en Internet]. 2002 [citado 28 May 2007] [aprox. 4 pantallas]. Disponible en: <http://aps.sld.cu/bvs/materiales/programas/proasma.html>.
3. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuario estadístico 2000. La Habana: MINSAP; 2001.
4. Weiss KB, Gergen PJ, Hodgson TA. An economic evaluation of asthma in United States. N Eng J Med. 1992; 326: 862-66.
5. Jiménez Fontao L, Fernández Machín L, Sarmiento Brooks G, Gozalez García VM, Martín Ruiz L. Comportamiento del asma bronquial en la edad pediátrica. Rev Cubana Med Gen Integr. 2001; 17(1): 43-9.
6. Rodríguez de la Vega AA. Genética de las enfermedades atópicas. Rev Cubana Med Gen Integr. 1998; 27(2):6-8.
7. Díaz A, Kescherman F, Mosera M. Asma [página en Internet]. 2002 [citado 28 May 2007] [aprox. 4 pantallas]. Disponible en: <http://www.sitiomedico.com.uy/artnac/art.htm>
8. Olick A. Factores de riesgo en el asma infantil. Rev Española Pediatr. 2000; 56(12): 151-158.
9. Colectivo de autores. Asma bronquial [página en Internet]. 2002 [citado 28 May 2007] [aprox. 4 pantallas]. Disponible en: <http://www.tuotromedico.com/temas/asma.htm>
10. Álvarez Sintés R, Álvarez Castro MR. Corticoides inhalados en el asma. Resumed. 1999; 12(4):212-22.
12. Molina Sánchez F. Manejo práctico del asma [página en Internet]. 2001 [citado 28 Ene 2007] [aprox. 4 pantallas]. Disponible en: <http://www.medspein.com/ast/n/abroo/asma.html>
13. Torrac Lamargue RE, Fernández Vale H, Perdomo Leiva D, Toirac Perdomo J, García Díaz R. Diagnóstico del asma bronquial. Un dilema aun no resuelto. MEDISAN [serie en Internet]. 2000 [citado 20 Ene 2008]; 4(4):32-41. Disponible en: [bvs.sld.cu/revistas/san/vol4\\_4\\_00/san07400.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol4_4_00/san07400.htm)
14. Zapata Martínez A, Vergel Rivera G. Aspectos farmacológicos de la terapéutica del paciente asmático. Rev Cubana Med Gen Integr. 1998; 14(6):628-32.
15. García J. Importancia de las medidas ambientales y preventivas en el control del asma en el niño. Allergol Inmunol. 2000; 28(3): 158-62.
16. García M. Particularidades del tratamiento del asma infantil. Rev Patol Resp. 2001; 4(supl. 1): 27-28.
17. Díaz Vázquez LM, Alonso Bernardo MT, García Muñoz J, del Ejido Mayo MA, Sordo Espina JC, Alonso. Evaluación de las actividades y de la efectividad de un programa del niño asmático desarrollado en atención primaria. Rev Cubana Med Gen Integr. 1999; 19(4):199-206.
18. López Viña A, Pérez Santos JL. Educación del paciente con asma. Arch Bronconeumol. 2000; 29:309-311.
19. Alderete Oviedo AR. Estudio clínico epidemiológico del asma bronquial en el área de un consultorio del médico de la familia. [tesis]. Ciego de Avila: Facultad de Ciencias Médicas; 1992.

20. Gascón Jiménez JA, Dueñas Herrero R, Muñoz del Castillo F, Almoguera Moriana E, Aguado Taberné C, Pérula de Torres LA. Efectividad de una intervención educativa para el uso correcto de los sistemas inhaladores en pacientes asmáticos. Med Fam. 2000; 1(2):121-9.
21. Barreiro E. Características de los pacientes con asma bronquial atendidos de urgencia en un hospital de referencia de un área semirural. Arch Bronconeumol. 2000; 36(4); 173178.
22. Álvarez Montes de Oca M, Torres Macías M, Matos Guerrero I. Caracterización los pacientes ingresados por asma bronquial. Rev Cubana Enferm. 2000; 16(3):158-160.

## ANEXOS

TABLA No. 1. Distribución de la muestra según conocimientos sobre factores predisponentes.

Evolución	Grupo Control				Grupo Experimental			
	Antes		Después		Antes		Después	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Bien	12	10,9	15	13,6	13	11,8	45	40,9
Regular	45	40,9	48	43,6	45	40,9	42	38,2
Mal	53	48,2	47	42,8	52	47,63	23	20,9

Fuente: Cuestionario

TABLA No. 2. Distribución de la muestra según conocimientos sobre factores desencadenantes.

Evolución	Grupo Control				Grupo Experimental			
	Antes		Después		Antes		Después	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Bien	8	7,3	9	8,2	11	10	41	37,2
Regular	49	44,5	53	48,2	45	40,9	47	42,8
Mal	53	48,2	48	43,6	54	49,1	22	20,0

Fuente: Cuestionario

TABLA No. 3. Distribución de la muestra según conocimientos sobre síntomas durante las crisis de asma por grupos, antes y después.

Evolución	Grupo Control				Grupo Experimental			
	Antes		Después		Antes		Después	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Bien	28	25,4	32	29,0	25	22,7	73	66,3
Regular	49	44,5	51	46,3	55	50	21	19,2
Mal	33	30,1	27	24,7	30	27,3	16	15,4

Fuente: Cuestionario

TABLA No. 4. Distribución según conocimientos sobre conducta a seguir ante una crisis de asma por grupos antes y después.

Evolución	Grupo Control				Grupo Experimental			
	Antes		Después		Antes		Después	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Bien	73	66,3	75	68,1	78	70,9	108	98,1
Mal	37	33,7	35	31,9	32	29,1	2	1,9

Fuente: Cuestionario

TABLA No. 5. Evaluación del conocimiento sobre manifestaciones de gravedad del asma según grupos antes y después.

Evolución	Grupo Control				Grupo Experimental			
	Antes		Después		Antes		Después	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Bien	23	20,9	27	24,5	21	19	77	70
Regular	42	38,1	45	40,9	43	39,0	21	19
Mal	45	41	38	34,6	46	42	12	11

Fuente: Cuestionario

TABLA No. 6. Evaluación según conocimiento sobre medicamentos a utilizar durante las crisis de asma por grupos antes y después.

Evolución	Grupo Control				Grupo Experimental			
	Antes		Después		Antes		Después	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Bien	27	24,5	27	24,5	23	20,9	68	61,8
Regular	38	34,5	43	39	49	44,6	32	29
Mal	45	41	40	36,5	38	34,5	10	9,2

Fuente: Cuestionario

TABLA No. 7. Distribución de la muestra según conocimientos sobre medidas a adoptar para evitar las crisis de asma por grupos antes y después.

Evolución	Grupo Control				Grupo Experimental			
	Antes		Después		Antes		Después	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Bien	7	14	9	18	11	22	31	62
Regular	12	24	11	22	16	32	15	30
Mal	31	62	30	60	23	46	4	8

Fuente: Cuestionario

**Programa Educativo:**

<b>Tema No.</b>	<b>Contenido</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Tipo de actividad</b>	<b>Tiempo</b>
1	Breve reseña anatómica y fisiológica del Aparato Respiratorio.	Familiarizar a los cursistas sobre estructura y función del aparato respiratorio.	Conf.	1 hora
2	Asma bronquial. Concepto y factores predisponentes.	Ofrecer conocimientos sobre la enfermedad y factores que la predisponen.	Conf.	1 hora
3	Factores desencadenantes de la crisis de asma, cuadro clínico, síntomas y signos de gravedad.	Adiestrar a los cursistas para que reconozcan los síntomas y signos de la crisis de asma, así como de gravedad y los factores que la desencadenan.	Vídeo debate	1 hora
4	Conducta a seguir con el niño asmático y medicamentos que se utilizan en las crisis.	Adiestrar a los familiares de los niños asmáticos en el manejo de las crisis.	Clase práctica	1 hora
5	Conducta a seguir con el niño asmático y medicamentos que se utilizan en el período intercrisis.	Adiestrar a los familiares de los niños asmáticos en el manejo durante el período intercrisis.	Clase práctica, entrega de plegables	1 hora