

92
20/1



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia

ESCUELA PARA MENORES INFRACTORES CON
PROBLEMAS DE APRENDIZAJE

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
COORDINACION DE INVESTIGACION
U. N. A. M.

I N F O R M E
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
**LICENCIADO EN ENFERMERIA Y
OBSTETRICIA**
P R E S E N T A :
JOSE ANDRES VALDEZ BRITO



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 está 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.

INDICE

Pág.

INTRODUCCION

1

Objetivos

2

I. ESTUDIO DE LA ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO

DE LA INSTITUCION.

1.1 Filosofia

2

1.2 Política

2

1.3 Objetivos

3

1.4 Organigrama

5

2. MARCO TEORICO

2.1 Desarrollo de la personalidad en el escolar y
el adolescente farmacodependiente.

6

2.1.1 Ambiente familiar

6

2.1.2 Socialización

8

2.2 Epidemiología del uso de los inhalantes

12

2.2.1 Causas sociales del uso de inhalantes

13

2.2.2 Deterioro neuropsicológico de los meno-
res por el uso de inhables

15

2.3 Principales problemas de salud de los
alumnos del EMIPA

17

2.3.1 Neurosis

17

2.3.2 Oligofrenia

20

	Pág.
2.3.3 Esquizofrenia	21
2.3.4 Rinofaringitis crónica	26
2.3.5 Amibiasis	27
2.3.6 Sífilis	29
3. <u>PLAN DE TRABAJO A DESARROLLAR</u>	
3.1 Funciones docentes	41
3.2 Funciones técnico administrativas	42
INFORME NARRATIVO Y NUMERICO DE LAS ACTIVIDADES	45
RESUMEN	50
CONCLUSIONES	57
BIBLIOGRAFIA	61
GLOSARIO DE TERMINOS	63

A MIS PADRES

Que con su apoyo y confianza
crearon en mi el deseo de
superación, llevándome a la
meta deseada.

A MIS HERMANOS:

Como una prueba de que lo que
se quiere alcanzar tarde o
temprano se logra.

A TODAS AQUELLAS PERSONAS
que de algún modo contribuyeron
para mi formación profesional.

INTRODUCCION

La realización de este trabajo representa el Informe Final del Servicio Social; en él doy a conocer las diferentes actividades y funciones que llevé a cabo en la Escuela para Menores Infractores con Problemas de Aprendizaje (E.M.I.P.A.).

En esta institución se encuentran internos aquellos menores que han cometido infracción y además tienen problemas de conducta y aprendizaje; es decir, los niños de 6 a 18 años con perturbaciones de una o más de las funciones relacionadas con la visión, audición, desarrollo cognoscitivo, coordinación motriz y proceso psicológico relacionada con el lenguaje escrito o hablado.

La reclusión de estos menores en este tipo de institución se hace con la finalidad de que logren su readaptación biopsicosocial; en donde, además, reciben capacitación sobre algún oficio para que en el momento de su externamiento, una vez preparados y capacitados, les sea más fácil integrarse a la sociedad.

Durante el desarrollo del trabajo hablo acerca de los inhalantes como principal problema en el EMIPA, así también doy un resumen de los padecimientos más comunes que causan atención de salud en dicha institución.

OBJETIVOS:

- a. Lograr la integración como parte del personal de la institución en los diferentes servicios que la conforman, para colaborar en los diversos planes y actividades que se realicen en torno al mejoramiento, prevención y tratamiento de los alumnos.
- b. Lograr la aceptación y confianza de los alumnos para tener conocimiento de sus problemas y buscar juntos la solución adecuada a sus necesidades biopsicosociales.

I. ESTUDIO DE LA ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO DE LA INSTITUCION.

Los lineamientos generales con los que trabaja la EMIPA, son los siguientes:

1.1 Filosofía:

Aplicar un trato humanístico y técnico al problema de la conducta antisocial de los menores con la finalidad de reinsertarlos a la familia y a la sociedad.

1.2 Política:

Realizar una política de tutela (actitud educacional, reeducacional y terapéutica), a diferencia de los adultos que es penal.

1.3. Objetivos:

- a. Brindar tratamiento al menor infractor con problemas de aprendizaje y necesidades especiales, dando cumplimiento a lo dispuesto por el consejo tutelar.
- b. Brindar tratamiento tanto al menor como a su familia, a fin de reducir la incidencia del menor en conducta antisocial.
- c. Propiciar la integración del menor y participación en el medio social según sus capacidades.
- d. Desarrollar un sistema social, fundamentado tanto en la integración de grupo, tanto para generar procesos de grupo como en la toma de decisiones.
- e. Desarrollar en el menor habilidades básicas y funcionales que le permitan la vida en comunidad, siendo productivo para sí mismo y para la sociedad.
- f. Adiestrar y capacitar al menor en la adquisición de una actividad laboral.
- g. Brindar las oportunidades para que los menores aprendan a autorregularse, de acuerdo a sus recursos y limitaciones.

- h. Propiciar un ambiente justo, seguro y humanitario en el que los menores puedan rehabilitarse más dignamente.
- i. Realizar investigación en el campo de la prevención y readaptación social de menores infractores con necesidades especiales.^{1/}

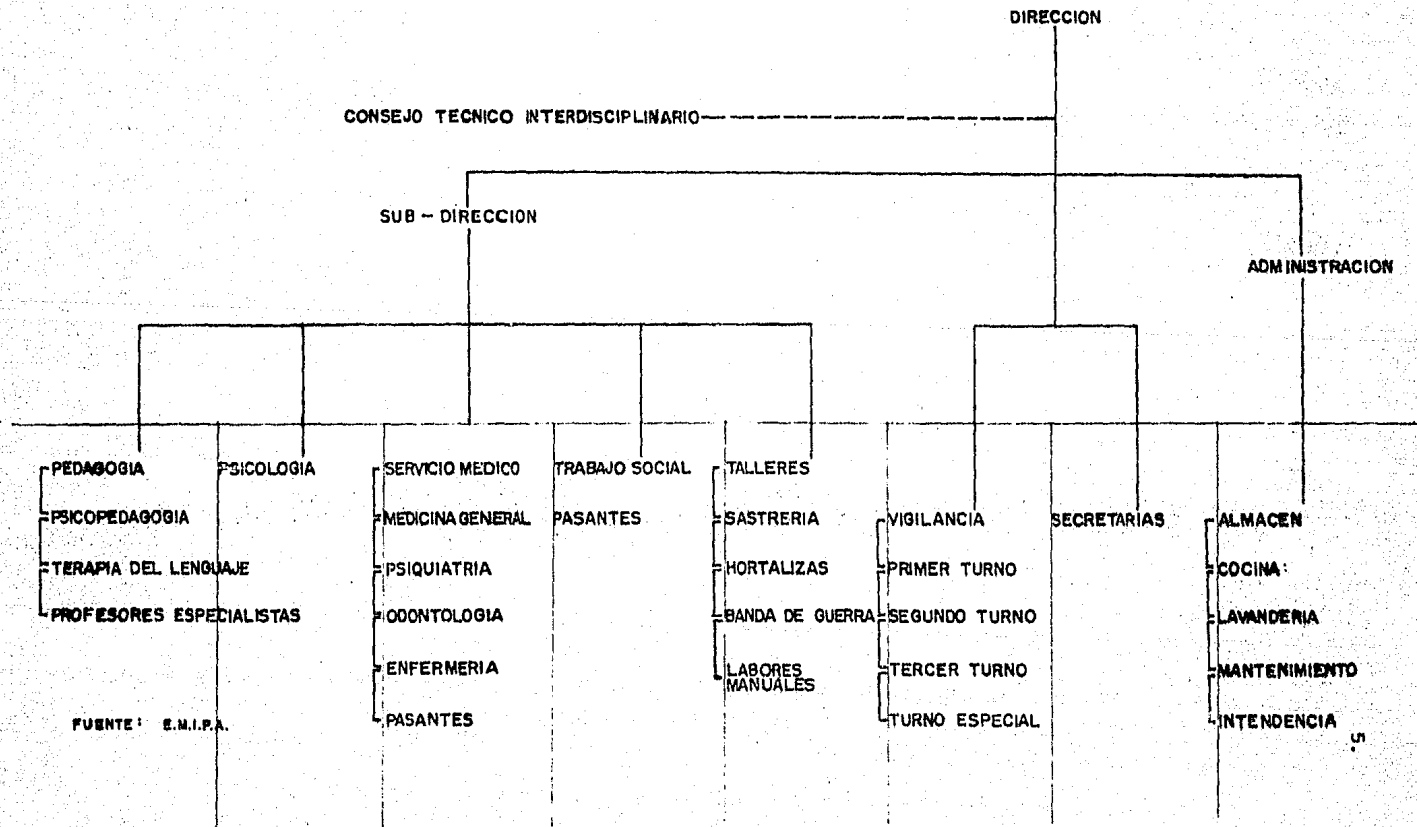
Comentarios:

Como puede verse, tanto la filosofía como las políticas y objetivos, tienen una misma finalidad en común que consiste en aceptar al menor infractor como un ser biopsicosocial.

En donde se trata de rehabilitarlo, no sólo a nivel individual y atacando aquellos problemas específicos que lo orillaron a realizar actos antisociales, sino el ir directamente al seno familiar en donde gran parte del problema está ahí, así como también, una de las principales alternativas de solución para ayudar a su rehabilitación.

^{19/} Esta información se obtuvo de un documento manejado por el EMIPA, que carece de título y fecha.

ORGANIGRAMA
 ESCUELA PARA MENORES INFRACTORES CON
 PROBLEMAS DE APRENDIZAJE



2. MARCO TEORICO

2.1 Desarrollo de la personalidad en el escolar y el adolescente farmacodependiente.

A continuación, sólo desarrollaré dos puntos (ambiente familiar y socialización) del tema arriba mencionado. Porque considero que en éstos, se engloba de una forma general las principales características que determinan o influyen directa o indirectamente en el desarrollo de la personalidad de estos individuos.

2.1.1 Ambiente familiar.

Una de las características fundamentales del ser humano es el hecho de vivir en sociedad; el hombre, para poder satisfacer sus necesidades biológicas, psicológicas y sociales, requiere siempre participar y moverse dentro de diferentes grupos en su vida diaria. Esto es, desde el nacimiento hasta la muerte, invariablemente realizamos nuestras actividades dentro de conglomerados como la familia, la vecindad, el equipo deportivo, el trabajo, la escuela, la ciudad, etc., ya que todas ellas requieren del complemento de la conducta de otros individuos. Es por medio de esa permanente interrelación como vamos obteniendo los satisfactores que nos permiten cubrir las amplias necesidades que todo ser humano tiene.^{2/}

^{2/} Sánchez Azcona, J.; Familia y sociedad; p. 15

El modo de producción capitalista desarrollado, ha creado una serie de situaciones que predisponen a la población hacia la farmacodependencia; y que, debido al rápido crecimiento industrial, ha hecho surgir una serie de factores que la provocan.

El proceso de urbanización desordenado, la migración de masas pauperizadas del campo a la gran ciudad, junto con países atrasados que tienen problemas como: salarios bajos, desocupación o subempleo, son factores que contribuyen a acrecentar este problema.

La excesiva mano de obra con respecto a las necesidades industriales ocasiona el desempleo, inseguridad o inestabilidad en el trabajo, provocando así escasos ingresos y registrando un bajo nivel de participación social, cultura y política.

La farmacodependencia no es exclusiva de una edad; sin embargo, se ha considerado la adolescencia como la etapa en la cual se inicia la carrera que terminará en la conversión de los consumidores en crónicos, con dependencia física y psíquica, y con un deterioro notable en las fuerzas de trabajo de estos individuos afectados.

El niño y el adolescente son portadores y efecto de estructuras sociales y familiares donde, al haber una ruptura, se provoca un desequilibrio en ellos. Al presentarse una desintegración familiar, se ob-

servará en los jóvenes un aspecto importante en sus conductas, como la autodestrucción, fugas, adicción, robo.

Cuando a edad muy temprana se dedican a ocupaciones de subempleo en las calles y pasan la mayor parte del día en éstas, usan a diario los disolventes y el tabaco; este fenómeno se acrecienta cada vez más en nuestro país. El ingreso que perciben lo destinan a sus necesidades personales, ya que en muchas ocasiones éstos se salen de sus casas, o son procedentes del medio rural y la emigración.

Las consecuencias que tales problemas originan, se traducen en una formación de comportamiento social que afecta no sólo al individuo mismo, sino a su familia, a otros miembros de la sociedad y a los gobiernos.^{3/}

2.1.2 Socialización.

La sociedad, a través del proceso de socialización, transmite al individuo pautas y normas de conducta, La socialización consiste en introducir el mundo en el individuo.

En el proceso de socialización, el individuo aprende hábitos, ideas, actitudes aprobadas por la cultura. Se amolda al grupo social al enseñarse los derechos y deberes que corresponden a su situación.

Sus afanes se encauzan por los canales de expresión ya aprobados;

se compenetra de tal manera a las normas y restricciones culturales que éstas se vuelven parte de su personalidad. Las personas aceptan este proceso como algo que viene a imponerse sobre ellas, que ejerce una presión de la que es difícil sustraerse.^{4/}

El proceso de socialización se divide en dos etapas: primaria y secundaria.

La primaria se desarrolla en la niñez, tiene por agentes socializadores básicos, la familia, el entorno y la educación. El niño, a través del proceso de la socialización, se convierte en miembro de la sociedad, logra su identificación con el medio, define su lugar en la sociedad y su interrelación con el prójimo. Esta etapa se caracteriza por su tono afectivo, en particular el amor de la madre y del padre, las pautas de la familia, lo cual explica que lo que el niño recibe en su niñez perdura en su personalidad de adulto.

La sociedad se transmite al niño con sus pautas morales, éticas, sociales, culturales y religiosas. La densidad de la comunicación y de los afectos le ayudarán a actuar como individuo; la carencia de ellos provocará que otros elementos suplanten la función de la familia.

4/ Sánchez Azcona, J.; op.cit., p. 63.

El individuo modelado como miembro de la sociedad pero aún dependiente del medio familiar, logra independencia y se incorpora a otros sectores de la sociedad, con lo que comienza la socialización secundaria.

Durante la socialización secundaria se enfrenta con el medio, sin el cordón umbilical que lo unía al medio familiar. Es el YO frente a las nuevas circunstancias.

El mundo puede conformarlo y satisfacerlo, o bien el sujeto puede no conformarse y no satisfacerse con el medio.

Frente a la falta de identificación con el medio y con sus grupos, el joven puede adoptar tres posturas: conservar su propia identidad, desdoblar su personalidad o resocializarse.

Es difícil que el individuo conserve su propia identidad; el mundo transferido por la familia y la escuela no es semejante al mundo con el cual se enfrenta.

Desdoblar la personalidad y representar simultáneamente dos papeles sólo sirve para solucionar con superficialidad su relación con la sociedad. El producto es un ser ambivalente e indefinido, irresponsable o conformista.

La resocialización implica aceptar el desafío del medio, recrearse, lograr una personalidad adulta; en suma, enfrentar la rebelión creadora.

En las etapas de socialización secundaria y resocialización, el sujeto vive de emociones y sentimientos, de la idealización de los objetivos puros.

Es un buscador, un explotador inconformista, un ser ético adherido a principios racionales.

Las falencias de la sociedad y del medio, son factores altamente negativos capaces de desviar la personalidad y de inducir al joven al consumo de drogas.^{5/}

La primera experiencia que tiene el joven la obtiene con el grupo de amigos, primero la consume por curiosidad, ignorancia, dentro de un contexto de una sociedad para la cual la química es la alternativa modelo de huida mágica, eligiendo las drogas psicoactivas, en sustitución al uso del alcohol, y lo que consume son los inhalantes, ya que por ser los más baratos y no requerir receta médica, son más fáciles de obtener.

^{5/} Mitroli, Alejandro B.; Las drogas, pp. 6-7.

La población que consume la droga la asocia con algún problema que le atañe; por lo que estos individuos presentan algunas características psicosociales significativas; una de las tantas causas que orillan a los jóvenes a adquirir este problema es la marginalidad, que es un producto de migraciones rurales, la cual provoca un choque cultural, generando una desorientación y propensión a las conductas desviadas; otras causas son la miseria, en la mayoría de los casos, así como la dificultad en la relación padre-hijo en los intercambios afectivos por el hecho de haber sido un hijo no deseado, la ausencia del padre y los núcleos familiares desintegrados.^{6/}

2.2 Epidemiología del uso de los inhalantes.

De este tema desarrollaré la farmacodependencia en su modalidad de inhalantes como principal droga de consumo entre estos individuos; ya que por sus características propias de la droga, la hacen que sea su principal medio de escape como solución a sus problemas de diferente índole.

Abordaré las causas sociales, en donde hablo de la epidemiología de estas sustancias, así como también, el deterioro neuropsicológico que ocasiona en los usuarios de este tipo de droga.

6/ CREA; op.cit.

2.2.1 Causas sociales del uso de inhalantes.

Los inhalables son aquellas sustancias volátiles producidas comercialmente para uso doméstico e industrial y cuyos vapores, al ser aspirados, producen intoxicación en el organismo. Estas sustancias químicamente diversas, al consumirse son de inmediato absorbidas por la vía pulmonar, actuando como depresores del sistema nervioso central y provocando alteraciones en la conciencia y en los procesos del pensamiento.

La gente no considera de ordinario a los inhalables como drogas, ya que nunca se pretendió que la mayoría de ellos fueran utilizados de esa forma. En esta categoría figuran los disolventes, los aerosoles, algunos anestésicos y otros productos químicos. Pueden citarse como ejemplos el thinner, los pegamentos por contacto, los utilizados en el aerodelismo, la acetona, los líquidos para encendedores, los desmanchadores, la gasolina y otros. Entre los aerosoles utilizados como inhalables figuran las pinturas, los agentes de recubrimiento de artículos de cocina, los fijadores del cabello y otros productos atomizables.^{7/}

De acuerdo con los registros de los centros de integración juvenil, se observó que la droga de mayor uso es la marihuana, siguiéndole en importancia los inhalables.

^{7/} Boletín ADEFAR, Año 1, No. 3-4, 1985, p. 7.

El problema de la farmacodependencia, según diversos estudios realizados, es más frecuente entre los niños y los jóvenes de los 6 a los 12 años y abarca todos los estratos económico-sociales, aunque afecta con mayor intensidad a la población que habita en áreas marginadas y en zonas habitacionales de alta densidad.

La dinámica de este problema lo identifica como resultado de diversos factores sociales, entre los que cabe destacar la fácil obtención a un costo reducido y el funcionamiento inadecuado del núcleo familiar y del ambiente escolar, donde la distorsión del desarrollo de la personalidad de los niños y jóvenes se convierte en elemento condic_onante de gran importancia para que sucumban ante las incitaciones para consumir drogas, fomentando su oferta, alrededor de la cual se propicia necesariamente el narcotráfico y toda una gama de conductas antisociales, con frecuencia francamente delictivas.^{8/}

El problema de la adicción a los inhalables se torna más severo porque afecta a la población de menor edad, la cual, en su inmensa mayoría, carece de protección social, toda vez que su núcleo familiar se encuentra desintegrado. Tiene además escasas posibilidades escolares, puesto que deben cumplir con funciones económicas de proveedores de sí mismos y/o para la familia; situación que muchas veces los inclina a cometer actos delictivos para obtener los medios nece-

8/ ADEFAR; Programa de atención de la farmacodependencia, p. 1.

sarios de supervivencia propia y/o familiar, y además para obtener la droga.^{9/}

2.2.2 Deterioro neuropsicológico de los menores por el uso de inhalables.

La magnitud de los efectos de la sustancia en sí depende de la experiencia y personalidad de quien los inhale, de la cantidad inhalada y del ambiente que rodea al individuo. La intoxicación producida por los inhalables tiende a ser de breve duración pero puede extenderse por varias horas si el producto se consume repetidas veces.

Entre los efectos iniciales que provoca la inhalación de estas sustancias pueden citarse náuseas, estornudos, tos, sangrado por la nariz, sensación y aspecto de cansancio, mal olor de boca, pérdida de apetito y falta de coordinación. Además, los disolventes y aerosoles reducen el ritmo cardíaco y pulmonar y afectan la capacidad de juicio de la persona.

Al respirar profundamente los vapores o utilizar una gran cantidad en breve tiempo, pueden producirse pérdida de control, cambios de comportamiento, pérdida de la conciencia e incluso la muerte.

^{9/} Boletín ADEFAR, año 1, No. 2, 1983, p. 3.

Al aspirar cantidades muy concentradas de disolventes y aerosoles pueden ocurrir insuficiencia cardíaca aguda y muerte instantánea. Esto puede suceder la primera vez que se practique o en cualquier ocasión subsiguiente. Las concentraciones elevadas de inhalables llegan a causar la muerte por asfixia, ya que desplazan el oxígeno en los pulmones. Los inhalables también pueden provocar la muerte al deprimir el sistema nervioso central en tal medida que la respiración se reduce hasta detenerse por completo.

La muerte producida por los inhalables la ocasiona, de ordinario, una concentración muy elevada de los humos o vapores. Con la inhalación deliberada de los vapores en una bolsa, aumenta el riesgo de asfixia. Incluso al utilizar aerosoles o productos volátiles para fines legítimos, es decir, pinturas, limpieza, etcétera, es aconsejable hacerlo en una habitación bien ventilada o al aire libre.

El consumo a largo plazo puede ocasionar, entre otros problemas, pérdida de peso y fatiga muscular. La inhalación repetida a través de cierto número de años, puede producir un daño permanente al sistema nervioso, lo que significa una gran reducción de las capacidades física y mental. Además, el consumo reiterado de ciertos inhalables puede ocasionar daños al hígado, los riñones, la sangre y la médula de los huesos. ^{10/}

En resumen, los inhalables perjudican a los jóvenes y a la sociedad en general porque disminuyen la creatividad y la productividad, dificultan la comunicación humana, contribuyen a la desintegración familiar, condenan al aislamiento y a la soledad y ocasionan trastornos mentales transitorios e irreversibles. ^{11/}

2.3 Principales problemas de salud de los alumnos del EMIPA.

En esta institución la mayoría de sus alumnos que ingresan, proceden de un medio socioeconómico bajo en donde existe hacinamiento y promiscuidad, lo cual ocasiona que estos niños se encuentren en muy malas condiciones de salud.

Los problemas de salud que a continuación desarrollaré, fueron los diagnósticos más comunes que encontré durante los seis meses de Servicio Social en el EMIPA.

2.3.1 Neurosis

Son esencialmente trastornos de la emoción que se reflejan en la conducta y que no afectan básicamente al pensamiento.

No se han demostrado trastornos básicos del organismo que produzcan neurosis. Casi siempre se generan durante la infancia y actual

mente se cree que son comportamientos defectuosos de la persona frente a las circunstancias cambiantes de su vida, debido a un mal aprendizaje de pautas de reacción durante su infancia. Son muy frecuentes, tanto en los hombres como en las mujeres, aunque se desconocen cifras confiables de frecuencia en la población general, ya que la inmensa mayoría de las personas que padecen de neurosis no van a consulta en los hospitales o no ingresan en ellos y, a veces, no tienen atención médica de ninguna especie durante parte o toda su vida.

Etiología:

Muchos autores piensan que hay factores constitucionales que predisponen a la neurosis. Su existencia no está demostrada. Desde los trabajos de Freud a fines del siglo pasado, se ha aceptado que las dificultades que tiene el niño en sus años formativos sobre todo con las figuras principales de su ambiente inmediato, le generan conflictos y le provocan emociones que son reprimidas y después actúan en el inconsciente. Los impulsos o conflictos reprimidos son la base de los síntomas neuróticos. Freud demostró que existe una sexualidad infantil, que es importante en la génesis de las neurosis. Ha habido un decremento progresivo en el énfasis de los factores sexuales en la etiología de las neurosis, sin que éstos hayan perdido su importancia del todo.

Otros autores conciben la etiología de las neurosis dentro de la teoría general del aprendizaje; el niño, desde temprano, aprende mal a reaccionar frente a estímulos que rompen con su equilibrio u homeostasis emocional. La persona, en el transcurso de su vida, olvida el factor original que le alteró su homeostasis emocional y reacciona con ansiedad o angustia, las cuales son similares al original o se le evocan de algún modo.

Diagnóstico:

Los síntomas más frecuentes de todas las neurosis son la ansiedad y la depresión. Estos pueden ser síntomas, síndromes o enfermedades.

Me ocuparé solamente de tres de las neurosis principales: la de ansiedad, la depresiva y la histérica.

La neurosis de angustia se caracteriza precisamente por la presencia frecuente o crónica de aprensión, temores infundados y sensación de miedo sin causa externa reconocible.

En los estados depresivos neuróticos el paciente tiene una vivencia triste y desconsolada de su vida y circunstancias; pesimismo, irritabilidad, insomnio.

En la neurosis histérica se advierten defectos de personalidad, tales como irritabilidad y labilidad emocionales, inmadurez, tendencia al histrionismo o al exhibicionismo. Las relaciones interpersonales son superficiales o conflictivas.

Terapéutica:

El recurso tradicional de la psicoterapia es útil en todas las neurosis. Los ansiolíticos más comunes (Diazepam y Clordiazepóxido) son de gran utilidad.^{12/}

2.3.2 Oligofrenia.

Es todo funcionamiento intelectual por debajo del promedio general, que se origina durante el período de desarrollo, asociado con la alteración de la conducta de adaptación.

Etiología:

Según la definición de la Organización Mundial de la Salud, la deficiencia mental consiste en dos categorías: 1) la debida a causas ambientales sin alteración del sistema nervioso central (retardo mental); y 2) la debida a padecimientos del sistema nervioso central (deficiencia mental).

Las características principales del retardo mental son un desarro-

^{12/} Cf., I.M.S.S.: Gufas, diagnóstico, terapéuticas, pp. 863-65.

llo biológico retrasado, adaptación social inmadura e insuficiencia para desarrollar la capacidad para tipos más elevados de procesos de ideación. La alteración leve de los procesos de ideación. La alteración leve de los procesos de ideación puede ser el único síntoma del retardo cultural o familiar. Numerosos y complejos trastornos del desarrollo físico y del funcionamiento intelectual provienen de síndromes genéticos específicos o de daño encefálico.

Clasificación: la deficiencia mental no se clasifica según su causa (es decir, hereditaria familiar o secundaria a enfermedad orgánica), más bien se hace respecto a pruebas de inteligencia. Los grados de deficiencia se expresan como ligero, moderado, grave o profundo según los resultados de las pruebas psicométricas. (Cuadro No. 1).

Terapéutica: como en el caso de los niños normales, la educación de los niños retardados es principalmente la labor de progenitores y escuelas. Los especialistas solamente pueden ayudar al niño, a sus progenitores y a sus maestros a resolver los problemas que no han estado capacitados para resolver. ^{13/}

2.3.3 Esquizofrenia.

Es un grupo de trastornos manifestados por trastornos característicos de la ideación, del talante y de la conducta.

13/ Cf., Philip, Solomon; Manual de psiquiatría; pp. 337-50.

Los trastornos de la ideación están caracterizados por alteraciones de la formación de conceptos, las cuales conducen a mal interpretación de la realidad y en ocasiones a ideas delirantes y alucinaciones, las cuales aparecen con frecuencia como autoprotectores psicológicamente. Como consecuencia natural de los cambios afectivos se presenta una respuesta emocional ambivalente, reducida e inadecuada, y pérdida de la empatía con otros. La conducta puede estar retraída, regresiva y extravagante.

Etiología:

No existe un acuerdo preciso acerca de las causas fundamentales de la esquizofrenia, y existen teorías donde los datos disponibles son menos precisos. Casi cualquier variante concebible fisiológicamente ha sido considerada en alguna ocasión como factor etiológico de la esquizofrenia.

Características del desarrollo de los retardados mentales:

Trado de retardo mental.	Edad preescolar 0-5 años, maduración d desarrollo	Edad escolar 6-20 años entrenamiento y educación
Leve	Puede desarrollar comunicación social y habilidades; retardo mínimo en las áreas sensorio-motoras; a menudo no se distingue del normal sino hasta edad posterior.	Puede aprender habilidades escolares hasta aproximadamente el sexto grado alrededor de los 16-17 años; puede ser dirigido hacia el conformismo social.

Grado de retardo mental	Edad preescolar 0-5 años, maduración de desarrollo.	Edad escolar 6-20 años: entrenamiento y educación
Moderado	Puede hablar o aprender a comunicarse; cognición social defectuosa; desarrollo motor adecuado; se beneficia del entrenamiento en la autoayuda; puede ser manejado con super visión moderada.	Puede beneficiarse del entrenamiento en habilidades sociales y vocacionales; difícil que progrese más allá del 2o. grado, en escolaridad; puede aprender a viajar sólo en lugares familiares.
Grave	Desarrollo motor defectuoso; lenguaje mínimo; por lo general incapaz de beneficiarse del entrenamiento en autoayuda; pocas o ninguna habilidades para comunicarse.	Puede hablar o aprender a comunicarse; puede ser entrenado en hábitos elementales de higiene; se beneficia con el entrenamiento sistemático.
Profundo	Retardo muy notorio; capacidad mínima para funcionar en las áreas sensoriomotoras; necesita cuidados de enfermería.	Algún desarrollo motor presente; puede responder a entrenamiento mínimo en autoprotección.

Tomado de: Philip, Solomon; D. Patch Vernon; Manual de psiquiatría, p. 340.

En general, las teorías de la etiología pueden dividirse en aquellas relacionadas con factores orgánicos y en aquellas relacionados con factores psicosociales.

Factores orgánicos:

- a. Predisposición genética;
- b. Factores bioquímicos;
- c. Factores endocrinos.

Factores psicosociales:

- a. Conflicto intrapsíquico;
- b. Defectos en la relación madre-infante;
- c. Interacciones patológicas familiares.

Tipos clínicos de esquizofrenia: E. simple. Se caracteriza principalmente por la reducción del interés en las relaciones humanas y el mundo exterior, depauperación de la personalidad, apatía e indiferencia.

E. Hebefrénica. Las respuestas emotivas son frías e inadecuadas. Son frecuentes la risa nerviosa, la sonrisa incongruente y la carcajada. Son características las fantasías fragmentarias de deseos por satisfacer o las ideas delirantes en lugar de sistemas ideatorios elaborados bien organizados. Estos pacientes son a menudo introvertidos e inaccesibles a las relaciones con otras personas.

E. catatónica. En ésta las anomalías motoras constituyen los síntomas más conspicuos. Pueden tomar la forma de inhibición generalizada, presentándose tales síntomas como negativismo, estupor, mutismo, flexibilidad cerea; o puede existir actividad motriz excesiva y excitación.

E. paranoide. A diferencia de otros tipos, comienza a menudo tarde en la vida. Se caracteriza principalmente por ideas delirantes y a menudo por alucinaciones, además de los trastornos esquizofrénicos habituales de las asociaciones y el talante, autismo y ambivalencia. Los temas persecutorios constituyen a menudo el núcleo de los sistemas paranoides y frecuentemente se hallan presentes algunos elementos de grandiosidad.

Terapéutica:

- a. Somática. Medicamentos (tranquilizantes mayores; y
- b. T. de choque. El papel de la terapéutica de choque en la esquizofrenia está sujeto a controversia.

Sin embargo, todavía existen algunas indicaciones para la terapéutica de choque. En ciertos estados catatónicos en los cuales se requiere una rápida intervención para evitar el agotamiento, la terapéutica de choque puede salvar la vida del paciente. La depresión intensa es también una indicación para el tratamiento de choque.

Psicoterapia. El paciente esquizofrénico generalmente está abrumado por impulsos instintivos inconscientes que no puede mediar y la psicoterapia debe enfocarse a robustecer sus defensas. La psicoterapia debe enfocarse a robustecer sus defensas. La psicoterapia de la es-

quizofrenia a menudo lo mejor que hace es enfocar hacia la dificultad del paciente en las relaciones con la realidad.^{14/}

2.3.4 Rinofaringitis crónica.

Es la infección crónica de la mucosa faríngea generalmente conservada por patología nasal de tipo obstructivo o atrófico.

Etiología:

Cualquiera de los gérmenes potencialmente patógenos pueden causarla, dichos gérmenes se agregan a los del grupo enterobacteria u hongos, principalmente en función del uso y abuso de antibióticos de espectro amplio o la infección secundaria.

La cronicidad es conservada por obstrucciones nasales que irritan la mucosa constantemente o por infecciones descendentes originadas en los senos paranasales o en la mucosa nasal.

Diagnóstico:

Los síntomas son muy variables; ardor, dolor y resequedad de la garganta, sensación de cuerpo extraño y acumulación de flemas, son las molestias más frecuentes. Los hallazgos de exploración son muy variables, desde el simple enrojecimiento hasta la presencia de bandas o puntos de tejido linfoide hipertrofiado a veces cubiertos con se-

^{14/} Cf., Phillip, Solomon, op.cit., pp. 103-115.

creción purulenta. Agregados a estos síntomas o signos se encontrarán síntomas nasales de las de tipo obstructivo o atrófico.

Terapéutica:

Son dos los aspectos fundamentales de tratamiento: primero, corregir o disminuir los problemas nasales; segundo, combatir la infección con la prescripción de los antibióticos adecuados para las bacterias supuestamente causales.^{15/}

2.3.5 Amibiasis.

Es una infección del intestino grueso causada por Entamoeba histolytica. En la mayor parte de los individuos la infección se traduce sólo por un estado de portador asintomático, pero con frecuencia causa una enfermedad que puede ir desde la diarrea crónica ligera, hasta la disentería fulminante. La más común de las complicaciones extraintestinales es el absceso hepático, que puede romperse al peritoneo, pleura, pulmón o pericardio.

Etiología:

Existen siete diferentes especies de amibas que parasitan la boca e intestino del hombre, pero, de éstas, E. histolytica es la única patógena.

^{15/} Cf., I.M.S.S., op.cit., pp. 771-772.

La entamoeba histolytica, existe en dos formas: en el colon, bajo la forma de trofozoíto móvil y de quiste inmóvil. El trofozoíto es la forma parasitaria que está en la pared o en la luz del colon. Cuando ocurre diarrea, se arrojan trofozoídos inalterados con las evacuaciones líquidas. Cuando no hay diarrea, los trofozoítos generalmente se enquistan antes de abandonar el intestino. Estos quistes son muy resistentes a los cambios ambientales y son los responsables de la transmisión de la enfermedad.

Manifestaciones clínicas:

Algunos pacientes presentan una diarrea intermitente que consiste en tener de una a cuatro evacuaciones diarias, generalmente fétidas, pastosas o líquidas. Las evacuaciones pueden a veces contener moco y sangre. Las evacuaciones pastosas alternan con períodos de relativa normalidad y pueden persistir por meses o años. Son frecuentes la flatulencia y los dolores abdominales vagos. Los únicos datos físicos suelen ser hepatomegalia dolorosa y discreto dolor a la palpación de ciego y colon ascendente. El diagnóstico se realiza al hallar el microorganismo en las heces fecales o al detectar las ulceraciones.

Terapéutica:

El metronidazol (Flagyl) es único en su género, pues es seguro y

efectivo contra los trofozoítos en todas sus localizaciones, intestinal o extraintestinal. Es la droga de elección en casi todas las formas de amibiasis. Para la amibiasis intestinal se administra en una dosis de 750 mg., tres veces al día durante 5 a 10 días.^{16/}

2.3.6 Sífilis.

La sífilis es una enfermedad infectocontagiosa, endémica, con tendencia a la cronicidad, que se adquiere por contacto sexual o por contacto íntimo con mucosas infectantes y es capaz de producir alteraciones en el producto intrauterino cuando la mujer embarazada está infectada.

Etiología:

El microorganismo causante de la sífilis es el Treponema pallidum. El treponema penetra a través de mucosas escoriadas que han estado en contacto con lesiones infectadas localizadas principalmente en órganos genitales, después se produce adenitis regional y, siguiendo por vía linfática, alcanza la circulación general; después de un período de incubación de aproximadamente 21 días, se inician los síntomas.

Diagnóstico:

El diagnóstico se efectúa con base en los signos, los síntomas y los hallazgos de laboratorio.

^{16/} Thorn, Harrison; Medicina interna, pp. 1258-1264.

Manifestaciones clínicas:

Chanco primario o sífilis primaria: en el 95% de los casos la lesión inicial aparece en los genitales externos, ocasionalmente en recto y cavidad bucal. En la mujer frecuentemente la lesión es inadvertida, por lo que es necesario revisar sistemáticamente el cuello uterino en los casos sospechosos. En el hombre, el chancro se localiza generalmente en el surco balanoprepucial; mide de 3 a 10 mm.; es una exulceración de fondo indurado, de bordes nítidos, indoloro, generalmente único; los ganglios inguinales se encuentran moderadamente crecidos, duros, no dolorosos. La lesión primaria desaparece al cabo de una a cinco semanas, con o sin tratamiento médico.

Sífilis secundaria: aparece después de seis a ocho semanas de la infección primaria, puede haber uno o varios brotes y durar desde unas semanas hasta dos años. Las partes más afectadas son piel, mucosas y ganglios.

Sífilis tardía o terciaria: después de 4 a 10 años de la primoinfección es posible encontrar lesiones crónicas de tipo destructivo en diferentes niveles, que se manifiestan como demencia, parálisis general progresiva, insuficiencia aórtica, aortitis, aneurisma aórtico y puede haber lesiones gomosas de piel, huesos o vísceras.

Sífilis congénita: la mujer embarazada puede transmitir la infección a través de la placenta, se considera que el 25% de los fetos que se infectan mueren antes del parto; otro 25% fallece poco después del nacimiento; de los que sobreviven, el 40% desarrolla síntomas de sífilis y solamente el 10% nacen sanos. En el recién nacido pueden observarse lesiones dérmicas de tipo vesicular y zonas demudadas y sangrantes en palmas y plantas, perforación de paladar y otras lesiones óseas y mucosas; puede haber esplenomegalia e ictericia. Las manifestaciones tardías de la sífilis congénita son: tríada de Hutchinson, epilepsia, neurosífilis, gomas deformación del cráneo, nariz en silla de montar, tibia en forma de hoja de sable.

Terapéutica: el antimicrobiano más eficaz sigue siendo la penicilina; en casos de hipersensibilidad a la misma se usa eritromicina y tetraciclina.

Historia Natural de la Sífilis

Concepto:

Es una enfermedad infectocontagiosa, endémica, con tendencia a la cronicidad, que se adquiere por contacto sexual o por contacto íntimo con mucosas infectantes y es capaz de producir alteraciones en el producto intrauterino cuando la mujer embarazada está infectada.

Período prepatogénico:

Interacción de los factores responsables de la enfermedad.

Agente: biológico, bacteria el treponema pallidum.

Huésped: grupo étnico, todas las razas humanas.

Edad y sexo: se presenta en todas las edades pero principalmente en la adolescencia y se da en ambos sexos, pero con mayor frecuencia en el sexo masculino.

Ocupación: prostitución.

Ambiente:

Socioeconómico: este tipo de problema se da más en personas de nivel socioeconómico bajo, ocasionado por la promiscuidad tan común en que viven estas gentes.

Período patogénico:

a. **Contacto, entrada, desarrollo y multiplicación del agente.**

El treponema penetra a través de las mucosas escoriadas que han estado en contacto con lesiones infectadas localizadas principalmente en órganos genitales, después se produce adenitis regional y siguiendo por vía linfática, alcanza la circulación general después de un período de incubación de aproximadamente 21 días, se inician los síntomas.

b. **Cambios anatomofisiológicos y bioquímicos locales.**

Casi inmediatamente la espiroqueta se multiplica en los tejidos produciendo una lesión o úlcera inicial, llamada chancro o sífilis primaria, que aparece dos a cuatro semanas después del contagio.

El 95% de la lesión aparece en genitales externos, ocasionalmente en el recto y cavidad bucal. En el hombre el chancro se localiza en el surco balano prepucial, mide de 3 a 10 mm., es una ulceración de fondo indurado, de bordes nítidos, indoloro, generalmente único; los ganglios inguinales se encuentran moderadamente crecidos, duros, no dolorosos. En la mujer, frecuentemente la lesión es inadvertida, por lo que es necesario revisar sistemáticamente el cuello uterino en los casos sospechosos. La lesión primaria

desaparece al cabo de una a cinco semanas con o sin tratamiento, lo que sin embargo no significa que la enfermedad esté curada, sino que simplemente el treponema ha abandonado la puerta de entrada e invadido el organismo.

c. Cambios anatomofisiológicos y bioquímicos sistemáticos.

Cambios psicosociales.

Esta aparece después de seis a ocho semanas (sífilis secundaria) de la infección primaria, puede haber uno o varios brotes y durar desde unas semanas hasta dos años. Las partes más afectadas son la piel, mucosas y ganglios. En la piel las lesiones son de tipo eritematoso, maculopapuloso y rara vez papuloescamosas, son simétricas, bilaterales, difusas, no causan prurito, se localizan en el tronco, la cara y es característica cuando se encuentra en palmas y plantas. Son frecuentes los condilomas planos que son sumamente contagiosos; en las mucosas pueden observarse placas opalinas o eritomasos, en ocasiones hay caída del pelo y las cejas.

Después de algunas semanas o meses estos síntomas secundarios desaparecen sin tratamiento, probablemente por desarrollarse cierta inmunidad; pero el paciente no está curado, las espiroquetas permanecen en él y la enfermedad entra en un estadio crónico, llamado período terciario.

Sífilis tardía o terciaria: después de 4 a 10 años de la primoinfección es posible encontrar lesiones crónicas de tipo destructivo en diferentes niveles. Los síntomas tardíos de la sífilis dependen del órgano atacado por las espiroquetas. Los resultados más graves, frecuentes e invalidantes de la infección sífilítica son las enfermedades del corazón, arterias y sistema nervioso que son causa frecuente de muerte prematura en los sífilíticos.

Las espiroquetas se alojan principalmente en las paredes arteriales, causan inflamación crónica y destruyen el tejido. Como consecuencia, las paredes vasculares se debilitan y abomban en dilataciones saculares llamadas aneurismas, que con frecuencia se rompen y matan al paciente (pero no la única) de aneurisma de la aorta, de enfermedades de las válvulas aórticas y es frecuentemente causante de arteriosclerosis y hemorragia cerebral en individuos relativamente jóvenes.

A menos que el tratamiento se instituya temprano, las espiroquetas se alojan también en el sistema nervioso central (cerebro y médula), donde causan una inflamación crónica y destruyen el tejido nervioso. Estas lesiones provocan parálisis general progresiva, demencia paralítica y ataxia locomotriz o tabes.

Sífilis congénita: la mujer embarazada puede transmitir la infección a través de la placenta, se considera que el 25% de los fetos que se infectan mueren antes del parto, otro 25% fallece poco después del nacimiento, de los que sobreviven, el 40% desarrolla síntomas de sífilis y solamente el 10% nacen sanos. En el recién nacido pueden observarse lesiones dérmicas de tipo vesicular y zonas desnudas y sangrantes en palmas y plantas, perforación del paladar y otras lesiones óseas y mucosas; puede haber esplenomegalia e ictericia. Las manifestaciones tardías de la sífilis congénita son: tríada de Hutchinson, epilepsia, neurosífilis, gomas, deformación del cráneo, nariz en silla de montar, tibia en forma de hoja de sable.

d. Signos y síntomas:

Estos van a depender del período o estadio en que se halle la enfermedad y son: sífilis primaria es el chancro, acompañado de linfadenopatía regional, algunas veces dolor de garganta, de cabeza y ligera fiebre; en sífilis secundaria, exantema maculopapuloso (en piel), alopecia parcial; en sífilis terciaria son: aortitis, aneurisma aórtico, insuficiencia aórtica, lesiones gomosas de piel, huesos o vísceras, parálisis general progresiva, demencia, tabes dorsal; en sífilis congénita pénfigo plantar, ictericia.

e. **Enfermedad, complicaciones y diagnóstico:**

La sífilis tiene preferencia por dos sistemas: el cardiovascular en donde si no se trata va a provocar aortitis simple, aneurisma aórtico; y en sistema nervioso central producirá un proceso inflamatorio (meningitis sifilítica) y tabes dorsal que es una degeneración de los cordones de la médula espinal.

El diagnóstico se hará conforme al avance de la enfermedad o estado en que se encuentre ésta. En sífilis primaria por demostración de las espiroquetas en campo oscuro, en material obtenido del chancro o de otras lesiones que las contienen en gran cantidad.

En sífilis secundaria por lo regular es el VDRL, inmunofluorescencia, este último método es útil para desechar reacciones falsas positivas al VDRL.

Prevención primaria.

Promoción de la salud:

Educación médica

Educación sexual

Planificación familiar

Programas de control del crecimiento y desarrollo pre y posnatal.

Mejoramiento del ambiente familiar, escolar, laboral.

Protección específica:

Programa de detección de enfermedades venéreas

Visitas regulares de control médico.

Control de contactos de enfermos transmisibles.

Asesoramiento genético.

Prevención secundaria:**Diagnóstico precoz y tratamiento oportuno:**

Descubrimiento de casos de enfermedad en los primeros estadios (chancro).

Examen sérico (VDRL)

Observación de lesiones al campo oscuro.

Inmunofluorescencia.

Prueba rápida de la reagina (RPR)

Respecto al tratamiento, existen diferentes a seguir, va a depender de la institución, médico particular y avance de las lesiones.

Por lo regular el tratamiento más utilizado es el siguiente: penicilina G benzatínica, intramuscular, posología 2'400 000 U (1 200 000 en cada glúteo), duración del tratamiento 1 día. Penicilina G procaínica,

vía intramuscular, posología 800 000 U cada 24 horas,
duración por 10 días.

Prevención terciaria:

Limitación del daño:

Seguir estrictamente el tratamiento médico y evitar la
automedicación.

Cirugía (sífilis terciaria)

Rehabilitación:

Psicoterapia ayuda al paciente a aceptar su realidad.

Terapia ocupacional en el hogar y hospital.

Psicoterapia a su familia para que acepte a su fami-
liar.

HISTORIA NATURAL DE LA SIFILIS NO TRATADA

Interacción de los factores responsables de enfermedad

Agente:

Biológico: bacteria *trponema pallidum*

Huésped:

grupo étnico: todas las razas humanas
 Edad y sexo: se presenta en todas las edades, pero principalmente en la adolescencia, y se da en ambos sexos, pero con mayor frecuencia en el sexo masculino.

Ocupación: prostitución.

Ambiente

Socioeconómico: este tipo de problema se da más en personas de nivel socioeconómico bajo, ocasionado por la promiscuidad tan común en que viven estas gentes.

El triponema penetra a través de las mucosas escoriadas, posteriormente se produce adenitis regional y siguiendo por vía linfática alcanza la circulación general.

chancro en el surco balano prepuccial (en el hombre); en la mujer la lesión frecuentemente pasa inadvertida. La lesión primaria desaparece al cabo de 1-5 años con o sin tratamiento (S. primaria).

Las partes más afectadas son piel, mucosas y ganglios (S. secundaria). S. terciaria: se encuentran lesiones crónicas de tipo destructivo, principalmente en corazón, arterias y sistema nervioso.

Los signos van a depender del estadio entre la enferme

HORIZONTE CLINICO

ETAPA SUBCLINICA

PERIODO PREPATOGENICO		PREVENCION SECUNDARIA		PERIODO PATOGENICO
PREVENCION PRIMARIA		DIAGNOSTICO PRECOZ	TRATAMIENTO OPORTUNO	LIMITACION
PROMOCION DE LA SALUD	PROTECCION ESPECIFICA			
Educación médica	Programa de detección de enfermedades venéreas.	Descubrimiento de casos de enfermedad en los primeros estadios (chancro)	Va a depender de la institución, médico y avance de las lesiones. Por lo regular el tratamiento más utilizado es:	Seguir el tratamiento médico y medicación
Educación sexual	Visitas regulares de control médico.	Examen sanguíneo (UDRL)		Cirugía (s)
Planificación familiar	Control de contactos de enfermos transmisibles.	Observación de lesiones al campo oscuro.	Penicilina G benzatínica, intramuscular, 2'400 000 UI (1'200 000 en cada glúteo); duración del tratamiento, un día.	
Programas de control del crecimiento y desarrollo pre y posnatal.	Asesoramiento genético.	Inmunofluorescencia.		
Mejoramiento del ambiente familiar.		Prueba rápida de la vagina (RPR)	Penicilina G procaínica, IM, 800 000 U. cada 24 horas por 10 días.	

HISTORIA NATURAL DE LA SIFILIS NO TRATADA

MUERTE

La Sífilis tiene preferencia por dos sistemas: el cardiovascular (ortitis simple, aneurisma cístico) y sistema nervioso central (meningitis sífilítica) y tabes dorsal.

Los signos y síntomas van a depender del estado en que se encuentre la enfermedad.

Las partes más afectadas son piel, mucosas y ganglios (S. secundaria). S. terciaria: se encuentran lesiones crónicas de tipo destructivo, principalmente en corazón, arterias y sistema nervioso.

chancro en el surco balano prepuclal (en el hombre); en la mujer la lesión frecuentemente pasa inadvertida. La lesión primaria desaparece al cabo de 1-5 años con o sin tratamiento (S. primaria).

El triponema penetra a través de las mucosas escoriadas, posteriormente se produce adenitis regional y sigulendo por vía linfática alcanza la circulación general.

HORIZONTE CLINICO

ETAPA SUBCLINICA

ETAPA CLINICA

PREVENCIÓN SECUNDARIA		PERIODO PATOGENICO	PREVENCIÓN TERCIARIA	
DIAGNOSTICO PRECOZ	TRATAMIENTO OPORTUNO	LIMITACION DEL DAÑO	REHABILITACION	
Descubrimiento de casos de enfermedad en los primeros estadios (chancro)	Va a depender de la Institución, médico y avance de las lesiones. Por lo regular el tratamiento más utilizado es:	Seguir estrictamente el tratamiento médico y evitar la automedicación.	Psicoterapia ayuda al paciente a aceptar su realidad.	
Examen sanguíneo (UDRL)		Cirugía (sífilis torácica)	Terapia ocupacional en el hogar y hospital.	
Observación de lesiones al campo oscuro.	Penicilina G benzatínica, intramuscular, 2'400.000 UI (1'200.000 en cada glóteo); duración del tratamiento, un día.		Psicoterapia a su familia para que acepte a su familiar.	
Inmunofluorescencia.				
Prueba rápida de la vagina (RPR)	Penicilina G procaínica, IM, 800.000 U. cada 24 horas por 10 días.			

3. PLAN DE TRABAJO A DESARROLLAR

A continuación menciono el plan de trabajo que presenté a las autoridades del EMIPA.

Para su elaboración, recolecté información durante dos semanas; fue por medio de la observación directa y entrevista, que realicé con personal administrativo, de salud y técnico, así como con aquellos alumnos de mayor tiempo de estancia y que no tenían problemas de comunicación; pudiéndome percatar de los problemas que pude ayudar a resolver con la ayuda de mi profesión.

3.1 Funciones docentes.

- 1a. Programar dos charlas al mes sobre los principales problemas o necesidades que se vayan presentando, los temas inmediatos que tratar son: importancia de la higiene personal.
Prevención de accidentes en sus respectivas áreas de trabajo.
Sexualidad humana.
Nutrición.
- 2a. Realizar charlas personales y en grupo respecto de la utilización adecuada de los recursos con que cuenta la escuela, así como los propios.

- 3a. Fomentar el uso adecuado de las diversiones con que cuenta la escuela, con el fin de mantener a los alumnos en buen estado, así como servirles de terapia recreativa y ocupacional.
- 4a. Promover la adecuada utilización de los recursos que produce la escuela, principalmente el de los alimentos.
- 5a. Enseñar a los alumnos la realización de actividades manuales, así como fomentar (en aquellos alumnos que saben hacer algunas actividades de esta índole) el interés en crear y despertar en ellos su propia sensibilidad.
- 6a. Realización de programas con el fin de llevarlos a la práctica, como son: detección de enfermedades venéreas (sífilis); diabetes juvenil; gastroenteritis (amibiasis).
- 7a. Efectuar la somatometría de los alumnos que nos servirá de complemento en su diagnóstico de salud.

Comentarios:

Funciones docentes. Respecto a las charlas se efectuaron al principio de mi práctica, sin ningún contratiempo, debido a que los alumnos por las tardes no tenían actividad alguna que realizar, ocasionado por problemas de sus maestros con la institución.

Durante el mes de febrero, la escuela consiguió una televisión para que de algún modo se distrajeran los alumnos. Esto fue motivo para que perdieran el interés en las charlas (quiero mencionar que en la institución se encuentran jóvenes entre los 14 y 18 años que no deberían de permanecer en ella, pero que por causas de falta de espacio en instituciones propias para ellos, deben de permanecer ahí.

Este motivo, aunado al problema de la televisión, provocaron el desorden entre los demás miembros, lo cual propiciaba el no mostrar interés en las charlas). Le expuse el problema a la Directora, la cual personalmente habló con los alumnos indicándoles que primero atendieran las charlas y al término de ellas podían ver televisión.

El problema se pudo resolver, aunque el interés mostrado al inicio de mi práctica, no fue igual con los restantes tres meses de charlas.

Funciones técnico administrativas. En lo que se refiere a este tipo de funciones, pude lograr que los alumnos se presentaran voluntariamente (por enfermedad o para su control) al servicio médico, ya que ellos no lo hacían, debido a la falta de interés que mostraban los integrantes del área de salud.

Los alumnos también colaboraron con la prevención y promoción de aquellos hábitos, recursos y actividades; tanto individuales como de la institución.

En relación a los programas que desarrollé, el único problema para su realización fue el de sífilis. El cual efectué en el mes de diciembre, consistió en tomar muestras de sangre para el diagnóstico de VDRL. Sólo 28 alumnos (de un total de 60) se dejaron realizar esta actividad ya que los demás, por su mismo problema mental y rumores que corrieron por parte de los alumnos normales al decir que ventíamos la sangre, no permitieron en ellos la sangre.

Encontré sólo un alumno con sífilis primaria; al cual, previa notificación al médico, se le administró penicilina como tratamiento.

Respecto al programa de detección temprana de Diabetes juvenil, la mayoría de los alumnos se encontraron dentro de los límites normales.

El programa de amibiasis, sólo se efectuó en niños con atraso mental, ya que por su mismo problema y una falta de atención médica más centrada en ellos, constantemente se encuentran con parasitosis intestinal.

INFORME NARRATIVO Y NUMERICO DE LAS ACTIVIDADES

La actividad inicial que realicé que el entrevistarme con la Directora del plantel para conocer detalles acerca de la organización y funcionamiento de la escuela, así también para conocer y ponernos de acuerdo acerca de cómo iba a desarrollar mi práctica profesional.

Posteriormente hablé con el jefe del servicio médico (turno vespertino) y con la enfermera especialista en psiquiatría para conocer los principales problemas de salud de los menores, así como del servicio y ver la forma en que se desarrollaría el trabajo.

Por iniciativa propia realicé la supervisión vespertina de la higiene personal de los menores, ya que éstos tenían malos hábitos higiénicos.

También elaboré programas (previo acuerdo médico-enfermería) acerca de la detección temprana de sífilis, diabetes juvenil y posteriormente de amibiasis.

A continuación presentaré una serie de cuadros, en los cuales represento las actividades y el número de veces que fueron realizadas.

CUADRO DE ACTIVIDADES No. 1

ACTIVIDADES REALIZADAS CON SU CORRESPONDIENTE FRECUENCIA, OBSERVADA EN LA ESCUELA PARA MENORES INFRACTORES CON PROBLEMAS DE APRENDIZAJE.

Del 1o. de Noviembre de 1985 al 30 de abril de 1986.

Actividades	Fo.
Entrevista a los alumnos para detectar principales problemas tanto personales como del servicio.	128
Charlas educativas	20
Aportaciones económicas o en especie	8
Control, reposición, arreglo y administración de medicamentos	1 825

DESCRIPCION: Las entrevistas las realicé con el fin de integrarme a ellos y que durante los seis meses que iba a estar prestando mi servicio social, pudieran ellos contar conmigo y a la vez permitirme tener un mejor diagnóstico de salud del lugar.

Las charlas educativas fueron con el fin de corregir, modificar y ampliar aquellas actividades o conocimientos en que se detectaron carencias.

Las aportaciones consistieron en comprar material para trabajos manuales; y las de especie consistieron en llevar ropa usada y medicamentos.

CUADRO DE ACTIVIDADES No. 2

ACTIVIDADES REALIZADAS CON SU CORRESPONDIENTE FRECUEN-
CIA OBSERVADA EN LA ESCUELA PARA MENORES INFRACTORES
CON PROBLEMAS DE APRENDIZAJE

Del 10. de Noviembre de 1985 al 30 de abril de 1986

Actividades	Fo.
Fabricación de material de curación	98
Esterilización de material y equipo de curación	32
Compra de medicamentos	7
Actividades extramuro	4

DESCRIPCION: el material de curación consistió en hacer gasas, to-
rundas, apósitos, isopos que posteriormente se esterilizaban.

Cuando se necesitaba urgentemente el medicamento y no estaba el ad-
ministrador, que es el encargado de suministrar éstos, yo tuve que
salir a comprarlos.

Estas actividades fueron los días sábado del mes de marzo, con el
fin de lograr una mayor integración con los alumnos y en lugares
en donde no existen bardas.

CUADRO DE ACTIVIDADES No. 3

ACTIVIDADES REALIZADAS CON SU CORRESPONDIENTE FRECUEN-
CIA OBSERVADA EN LA ESCUELA PARA MENORES INFRACTORES
CON PROBLEMAS DE APRENDIZAJE

Del 10. de Noviembre de 1985 al 30 de Abril de 1985

Actividades	Fo.
Curaciones de raspaduras, cortadas	85
Suturas	5
Retiro de suturas	13
Lavados oculares	16
Lavado de oídos	8
Aplicación de vendajes	10

DESCRIPCION: las curaciones más frecuentes fueron de heridas en cara, manos y pies (muchos no tienen zapatos).

Las suturas que realicé fueron en cráneo y dorso de la mano.

Estos fueron por irritación química provocada, traumatismo o infección.

Fueron por lo regular por impactación de serumen.

El vendaje se realizó a niños posoperados de miembros inferiores.

CUADRO DE ACTIVIDADES N o. 4

ACTIVIDADES REALIZADAS CON SU CORRESPONDIENTE FRECUENCIA OBSERVADA EN LA ESCUELA PARA MENORES INFRACTORES CON PROBLEMAS DE APRENDIZAJE.

Del 1o. de Noviembre de 1985 al 30 de Abril de 1986.

Actividades	Fo.
Somatometría	80
Toma de muestra sanguínea	28
Examen de dextrostix	67
Toma de muestras fecales	17

DESCRIPCION: la somatometría se hizo para tener parámetros reales de los menores y servir de base para su diagnóstico de salud.

Fue para la realización de examen VDRL, como diagnóstico principal de sífilis.

Se hizo con el objeto de detectar la diabetes juvenil temprana.

Sólo se realizó en niños con atraso mental.

RESUMEN:

La Escuela para Menores Infractores con Problemas de Aprendizaje, tiene capacidad para albergar alrededor de 70-85 alumnos, los cuales deben cumplir los requisitos de tener entre 6 y 18 años y que han cometido infracción y tienen problemas de conducta y aprendizaje, en ésta se considera a los niños con perturbaciones con una o más de las funciones relacionadas con la visión, audición, desarrollo cognoscitivo, coordinación motriz y proceco psicológico relacionado con el lenguaje escrito o hablado.

La escuela depende de la Dirección General de Servicios Coordinados de Prevención y Readaptación Social, de la Secretaría de Gobernación, de la cual recibe el presupuesto para satisfacer las diferentes necesidades de la escuela.

El presupuesto que le otorgan a la escuela no es lo suficiente para cubrir todas las necesidades de la misma, la cual tiene que apoyarse económicamente por los ingresos de los diferentes talleres (sastaría y labores manuales).

En lo que respecta al funcionamiento del servicio médico, éste funciona con muchas deficiencias, debido al bajo presupuesto. A nivel de Enfermería, sólo cuenta con dos enfermeras psiquiatras; una

enfermera para el turno matutino, que es de 8 a 2 p.m., en donde no se llevan a cabo o no las hay, actividades educativas y docentes, programas de adiestramiento, métodos y procedimientos de supervisión y evaluación del personal y de las actividades de Enfermería.

En lo que concierne a las actividades realizadas en el EMIPO, doy a continuación detalles más amplios del por qué de la realización de estas actividades.

Como primera actividad, propia del inicio del Servicio Social, fue la entrevista a los alumnos para darse a conocer personalmente con ellos y hacer de su conocimiento que iba a estar durante seis meses colaborando con la institución para ayudar a su rehabilitación, así como también, que ellos me dieran su impresión de la escuela y específicamente del servicio médico, que es en donde realmente iba a desarrollar mis actividades de Enfermería.

Respecto a las charlas educativas las planeé primero a la observación que hice durante el recorrido inicial, en donde me di cuenta que tenían problemas de higiene personal, además que a los alumnos les inquietaba mucho conocer acerca de su sexualidad, en la cual tenían muchas dudas y creencias totalmente fuera de todo contexto normal.

Posteriormente, previo acuerdo con la Directora del plantel, realicé tres charlas por mes, debido a la falta de material didáctico para su elaboración; motivo por el cual tuve que conseguir y elaborar algunas veces mi propio material para la exposición de la charla correspondiente. Algunos de los temas personalmente los sugirió la Directora y los otros temas los elegí y planeé la correspondiente charla, de acuerdo a problemas de salud que encontré durante el transcurso de mi Servicio Social.

Aportación económica o en especie. El tipo de aportación en especie la hice inmediatamente del inicio de mi práctica social y consistió primeramente en conseguir ropa usada, ya que por el bajo presupuesto que se le otorga a la institución, muchos niños andan casi desnudos y algunos descalzos, a pesar de que en el transcurso del año les otorga la administración de la escuela a los niños ropa nueva y zapatos; pero la mayoría por su problema mental no la cuidan y la rompen o se las roban los alumnos más grandes a los niños más chicos y débiles.

Después tuve que conseguir medicinas que hacían falta en el servicio (vitaminas, analgésicos, penicilina, antimicrobianos y principalmente medicamento psiquiátrico), puesto que los existentes eran muy escasos y por este motivo a muchos niños no se le aplicaba el tratamiento completo.

Las aportaciones económicas fueron para realizar una posada en el mes de diciembre y celebrar el día del niño que es el 30 de abril. Independientemente de algunas otras actividades que tenían que realizar los niños, pero para las cuales no había dinero.

En lo tocante al control reposición, arreglo y administración de medicamentos, éste se tenía que hacer diario (sobre todo arreglo y administración de medicamentos), puesto que la mayoría de los niños tiene algún tipo de medicamento como parte de su problemática biopsicosocial.

La fabricación de material de curación consistió en hacer torundas, apósitos, isopos, gasas, para su posterior esterilización, junto con el equipo de curación. Cabe aclarar que la esterilización no se hacía en el servicio médico, dado que el esterilizador desde hace tiempo que está descompuesto, lo cual motivó (previa autorización de la dirección) que lo lleváramos a esterilizar a diferentes centros de salud.

Lo relacionado a la compra de medicamentos, la directora me pedía de favor que yo realizara estos, ya que el administrador que es el encargado de su compra, en algunas ocasiones no se encontraba y el medicamento se necesita de urgencia para iniciar el tratamiento de alguno de los niños.

Las actividades extramuro consistieron en acompañar a los alumnos los días sábado del mes de marzo, con el fin de lograr una mayor integración con ellos en lugares totalmente abiertos.

Para ello fuimos a campos de fútbol que se encuentran aledaños al palacio de los deportes, a competir con otras instituciones, en un corto torneo de fútbol, quedando en el tercer lugar de un total de seis equipos.

Curaciones de raspaduras, cortadas. Cuando entré a la escuela a realizar mi servicio social, los alumnos, por las tardes, no tenían actividad alguna por realizar, lo que motivaba que entre ellos mismos se pusieran a jugar pero de una manera brusca, pesada, empujándose unos a otros, peleándose por cualquier motivo, lo que traía como consecuencia raspaduras, principalmente en cara y manos.

Las suturas que realicé fueron ocasionadas principalmente por vidrio, algunas eran como venganza de los alumnos normales a los más chicos, por no obedecerlos en lo que les ordenaban y otras por la misma enfermedad mental, la cual les impide prevenir el peligro.

Los lavados oculares eran ocasionados por conjuntivitis bacteriana, motivada por una falta de atención médica y de enfermería, puesto

que estos niños muchas veces no se bañaban debido a que no existe agua caliente y tienen que hacerlo con agua fría, por lo regular al medio ambiente, dado que no sirven en su mayoría las regaderas. Este también es motivo por la frecuente acumulación de serumen en los oídos.

La aplicación de vendajes se realizó a dos niños ambos posoperados del miembro inferior derecho, ocasionado por problemas congénitos (pie Eabo).

Somatometría; se realizó a todos los niños de la institución, y a los que entraban posteriormente, dado que la mayoría mostraban un retraso o un lento avance en el crecimiento, ésto ocasionado por falta de atención de sus padres, por cuestiones económicas y por ende, nutricionales. La mayoría de estos niños están bajos de peso, pero tendían a aumentar gracias a la alimentación que se les da en la institución, aunque era poca en cantidad, sí lo es en calidad.

Toma de muestra sanguínea con la finalidad de detectar casos de sífilis secundaria, ya que estos niños por sus mismas condiciones socioeconómicas tan precarias, a temprana edad comienzan a tener relaciones sexuales (homoheterosexuales). Sabemos que este tipo de infección, sobre todo en su período primario o de chancro, cu-

ra solo, lo cual es creencia en estos niños que ya están sanos, más no saben que entra en un estadio latente, que tiende a aparecer tiempo más tarde y con mayor daño al organismo.

Examen de Dextrostix. Se hizo con el objetivo de detectar casos tempranos de diabetes juvenil, ya que en la mayoría de las familias de estos niños, ignoran en su totalidad problemas de tipo hereditario, como lo es en este caso la diabetes.

Toma de muestras fecales. La idea que teníamos con el servicio médico de la institución, era la de realizar examen coproparasitoscópico en serie a todos los alumnos; pero por motivos de burocracia con que lleva este (trámites que se realicen con los centros de salud), hicieron que optáramos por efectuarlo sólo en aquellos niños con gran atraso mental y que por su mismo problema, constantemente están con infecciones gastrointestinales.

CONCLUSIONES

Dado que la familia tiene un contacto casi exclusivo con el niño en su período de mayor dependencia, y lo sigue teniendo por varios años, se puede afirmar que desempeña un papel primordial al determinar los patrones de conducta que adoptará.

Los trabajos realizados en torno a estos temas han señalado como indicadores de los hogares de los cuales provienen los menores infractores, son los siguientes:

Ausencia de uno o ambos padres por razones de muerte, divorcio o abandono.

Carencia de control paternal por ignorancia o enfermedad.

Incompatibilidad en el hogar, que se demuestra por la dominación de un miembro, por facoritismos, por excesos de preocupación o de severidad, por negligencias, por celos, y otros.

Diferencias religiosas o raciales, diferencias en estándares o la madre que trabaja.

En cuanto a los hogares rotos, se establece que la modificación de las condiciones del hogar por muerte, divorcio o abandono, siempre

ha sido considerada como una razón importante para que los menores adopten conductas antisociales.

Dentro de las muchas causas que contribuyen a la disolución del orden familiar se ha establecido:

Las de tipo político, en las que el Estado asume la misión de la educación de los hijos.

Las de tipo económico; representadas por las dificultades de vienda y su inadecuación para hacer vida de hogar, las necesidades cada vez mayores de la familia que obligan al padre a dedicar cada vez más horas al trabajo; los insuficientes medios económicos que aporta el padre creándole la necesidad de que la mujer trabaje fuera del hogar.

Las de tipo social; como consecuencia del progreso de la civilización y, sobre todo del paso de la sociedad agrícola y mercantil a la moderna industrialización con organizaciones y concentraciones urbanas muy grandes. La civilización industrial tiende a la nivelación social en el sentido de la masificación y proletarianización, tanto de los trabajadores manuales como de los intelectuales.

Las de tipo moral; la moral individualista que abarca el egoísmo y el debilitamiento de los lazos familiares, como base de la gran

frecuencia de divorcios y separaciones que hacen de la familia algo transitorio e inestable, trayendo como consecuencias, comportamientos antisociales que repercuten en los diferentes estratos sociales de nuestra sociedad.

En cuanto a mi participación en el EMIPA, como pasante de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, considero haber alcanzado gran parte de mis objetivos planeados, e independientemente de esto, la gran riqueza de conocimientos que obtuve acerca del fenómeno 'menor infractor' en sus diferentes modalidades (asaltantes, criminales, farmacodependiente), dado que antes de iniciar mi práctica social en esta institución; tenía conceptos o ideas muy superficiales y a veces del todo incorrectas del por qué del comportamiento de estos niños; sobre todo cuando me los encontraba en el camión o la calle, realmente me molestaba su actitud con respecto a las demás personas, a las cosas materiales; nunca imaginé que nosotros, las gentes que tenemos un poco más de cultura, de una forma directa o indirecta tenemos que ver en su problemática, al negarles todo tipo de ayuda, de comprensión, para que salgan adelante.

Ahora, después de haber culminado mi práctica social, tengo un concepto más claro, totalmente diferente al anterior, del por qué del comportamiento de estos niños; lo que impide su desarrollo como individuos normales dentro de una sociedad deshumanizada y cada vez más difícil de entender.

Considero importante mencionar que la directora del plantel, así como los jefes del servicio médico-enfermería, trabajo social, me brindaron todo tipo de ayuda, sin la cual no hubiera podido adaptarme a la institución y lo que es más, no haber logrado integrarme con los menores infractores.

BIBLIOGRAFIA

- BAENA PAZ, G. Instrumentos de investigación; 9a. Ed., Ed. Mexicanos Unidos, México 1982, 134 pp.
- DE LA GARZA, Fidel y cols. Adolescencia marginal e inhábiles; Ed. Trillas, México, 1977, 136 pp.
- FROBISHER, Martín Microbiología y patología para enfermeras; 5a. ed., Ed. Interamericana, México, 1968, 719 pp.
- I.M.S.S. Guías, diagnóstico, terapéuticas, 2a. ed., Instituto Mexicano del Seguro Social (Subdirección General Médica), México, 1976, 953 pp.
- HARRISON, Thorn Medicina interna; 5a. ed., Ed. Prensa Médica Mexicana. México, 1982, Tomos I y II, 1040 pp.
- M. FREEDMAN, A. y Cols. Compendio de psiquiatría, 2a. reimpresión, Ed. Salvat Editores, Barcelona, 1984, 919 pp.
- MIROLI, B. Alejandro Las drogas; 2a. ed., Ed. El Ateneo, Argentina, 1980, 123 pp.
- SANCHEZ, A. Jorge Familia y sociedad; 3a. ed., Ed. Joaquín Mortiz, México, 1980, 98 pp.
- SOLOMON, Philip Manual de psiquiatría, 2a. ed., Ed. El Manual Moderno, México, 1983, 466 pp.
- TAMAYO y T., Mario El proceso de la investigación científica (fundamentos de investigación), Ed. Limusa, México, 1981, 127 pp.

BOLETIN

Cuadernos científicos CEMEF 2, Publicación de trabajos de investigación. Edición especial. Solventes e inhalantes, México, D.F., 1975, 140 pp.

Programa de atención de la farmacodependencia (ADEFAR), 1985, México, D.F., Procuraduría General de la República, Dirección de Participación Social, 7 pp.

Aspectos generales de la farmacodependencia en México, 1985, México, D.F., Procuraduría General de la República, Dirección de Participación Social. 8 pp.

Boletín ADEFAR, año 1, número 2, julio de 1985. Editado por la Dirección de Participación Social de la Procuraduría General de la República, Mexico, D.F., 4 pp.

Boletín ADEFAR, año 1, número 3-4, Septiembre-Diciembre, de 1985, Editado por la Dirección de Participación Social de la Procuraduría General de la República, México, D.F., 8 pp.

C.R.E.A. Farmacodependencia; México, 1985.

GLOSARIO DE TERMINOS

- AFASIA:** Conjunto de los trastornos de la expresión y de la comprensión del lenguaje.
- AMBIVALENCIA:** Asociación de afectos y sentimientos contradictorios y opuestos.
- ANGUSTIA:** Combinación de disgusto y tensión interna, sensación continua de inquietud y espera de sucesos dolorosos.
- ANSIEDAD:** Presencia frecuente o crónica de aprensión, temores infundados y sensación de miedo sin causa externa reconocible.
- AUTISMO** Es un estado de alejamiento de la realidad acompañado de un promedio relativo o absoluto de la vida interior.
- CATATONIA:** Conjunto de trastornos constituidos por la pérdida de la iniciativa motora, un cierto grado de tensión muscular, una actitud fija, fenómenos cinéticos y automáticos paradójales y, a veces, estupor y negativismo.

- DEPRESION:** Es la vivencia triste y desesperanzada de uno mismo en relación con la vida y con las circunstancias cambiantes de ella.
- EMPATIA:** Comunión afectiva por la cual un sujeto se identificaría con otro consiguiendo experimentar los sentimientos de éste.
- EUFORIA:** Sensación de bienestar, de satisfacción, natural o provocado.
- FIJACION:** Adhesión exagerada a una persona o a un objeto en terminología psicoanalítica, estado de un sujeto que concentra sus fuerzas afectivas en una persona y que por este hecho no puede interesarse por otras.
- FLEXIBILIDAD CEREÁ:** Trastorno psicomotor que se traduce en una actitud para la conservación, durante un tiempo variable pero prolongado de actitudes pasivamente comunicadas al miembro del sujeto. Los segmentos de los miembros del enfermo dan la impresión al movilizarlos de ser de cera, razón por la que se habla de cérica.

FRUSTRACION:

Término que designa una situación o un obstáculo que priva a alguien de aquello a lo que cree tener derecho a lo que espera.

IDEA DELIRANTE:

Idea falsa en franca y evidente oposición con la realidad, acompañada de una convicción inquebrantable por parte del enfermo.

MUTISMO:

Ausencia del lenguaje hablado que no es achacable a una lesión de los centros o los órganos del lenguaje y que depende de un factor afectivo involuntario, por lo menos en parte.

NEGATIVISMO:

Es aquella actitud psíquica especial, de carácter patológico, que presentan muchos enajenados de la mente que huyen ante cualquier intento de aproximación y al invitarles que adopten una postura, a que actúen, a que respondan, a que expresen sus deseos íntimos, etc., oponen un mutismo y una resistencia tenaz y obstinada.

REGRESION:

Mecanismo de defensa neurótica que consiste en volver a una forma de comportamiento correspondiente a una fase anterior de la evolución libidinal.