

12
26



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

“LA PROBLEMATICA BIOPSIICOSOCIAL EN EL
MENOR HOSPITALIZADO”

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL

P R E S E N T A N :

TERESITA GUTIERREZ GUTIERREZ
CATALINA RODRIGUEZ ESCOBAR

ESCUELA NACIONAL
DE TRABAJO SOCIAL
TESIS Y ENCAMINAMIENTOS
MEXICO, D. F. 1967
PROFESIONALES
CD. UNIVERSITARIA



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.

I N D I C E

INTRODUCCION

CAPITULO I

DESCRIPCION TEORICA DEL PROCESO DE LA ATENCION MEDICO PEDIATRICA

- 1.1. El Proceso de la Atención Médica 1
Historia natural de la enfermedad. -Factores intervinientes en el proceso salud-enfermedad del menor. -Atención Médica.
- 1.2. Características de las Patologías en: Pediatría Médica, Lactantes y Escolares, Neonatología, Cirugía Pediátrica, Neumología, Hematología, Nefrología y Neurología Pediátrica 52

CAPITULO II

ASPECTOS EMOCIONALES Y SOCIALES DE LA ENFERMEDAD FISICA DEL MENOR HOSPITALIZADO

- 2.1. Desajustes psicológicos del Menor Hospitalizado..... 53
La reacción del niño ante su hospitalización. -La reacción del niño hospitalizado para la determinación del diagnóstico o de corta internación. -En la hospitalización prolongada o crónica. Ante las intervenciones quirúrgicas. -El adolescente hospitalizado.
- 2.2. Alteraciones del Ambiente Social del Menor Hospitalizado..... 83
La familia. -El grupo parental más próximo. -La guardería. -Jardín de niños. -Primaria y secundaria.
- 2.3. La Salud Psíquica del Niño 96
La Unidad biopsicosocial.
- 2.4. Las emociones del Personal Médico y Paramédico ante la Enfermedad y el Tratamiento 105
Desempeño social del personal médico y paramédico. -Emociones del personal.

CAPITULO III

TRAYECTORIA DEL TRABAJO SOCIAL MEDICO EN MEXICO Y CARACTERISTICAS ESPECIFICAS Y ORGANIZACION DE LAS UNIDADES HOSPITALARIAS DE ATENCION PEDIATRICA

- 3.1. Antecedentes del Trabajo Social en México 116
Etapa caritativa del Trabajo Social. -Etapa filantrópica. -De la beneficencia a la Asistencia. -Técnica acéptica. -Etapa de integración del Humanismo y de la técnica social. -Materialismo Histórico y dialéctico y Trabajo Social.

3.2. Funciones y Metodología del Trabajo Social Médico en Unidades - Hospitalarias de Atención Pediátrica.....	135
Concepto. -Objetivos. -Funciones del Trabajo Social en unidades Hospitalarias de atención pediátrica. -Trabajo Social de casos. Trabajo Social de Grupos. - Trabajo Social de comunidad.	
3.3. Objetivos de Hospitales Pediátricos del Sector Público y Privado	169
Hospital General, Centro Médico la Raza, Hospital Infantil Privado. - Instituto Nacional de Pediatría.	
3.4. Organización y Funcionamiento de Hospitales Pediátricos del Sector Público y Privado	175
Clasificación. -Funciones y actividades. Organización básica.	

CAPITULO IV

ANALISIS DE LA PROBLEMÁTICA BIOPSIICOSOCIAL DEL MENOR HOSPITALIZADO

4.1. Principales Efectos Psicoemocionales del niño Enfermo	185
4.2. Repercusiones Psicosociales del Menor Hospitalizado	203
4.3. Principales Consecuencias de la Dinámica Institucional Pública. y Privada en el Proceso Salud Enfermedad en el Menor.....	224

CAPITULO V

ALTERNATIVAS METODOLÓGICAS PARA EL TRABAJO SOCIAL MEDICO PEDIATRICO

5.1. El Manejo y Tratamiento del Caso como Medio Terapéutico.....	235
5.2. El Grupo en Función al Tratamiento y Restablecimiento Biopsicosocial del Menor Hospitalizado y su Núcleo Familiar.....	245
5.3. El Trabajo Interdisciplinario y su Importancia para el Logro de los Objetivos del Trabajo Social.....	254
5.4. La Investigación Social como Medio de Conocimiento y Fundamentación de la Actividad del Trabajador Social	257

CAPITULO VI

PROYECTO DE PROGRAMA ENCAMINADO A LA SALUD FISICA Y MENTAL DEL MENOR HOSPITALIZADO

6.1. Los programas en Unidades Hospitalarias de Especialidad Pediátrica.....	266
6.2. Proyecto de Programa para Trabajo Social Médico Pediátrico.....	294
CONCLUSIONES	309
SUGERENCIAS	317
BIBLIOGRAFIA	320
ANEXOS	

INTRODUCCION

El trabajador social se da cuenta y reconoce la importancia de fundamentar su actividad en el conocimiento científico, la investigación social, la sistematización de su propia práctica profesional y factores que intervienen y circundan su campo de acción.

Por lo anterior se hace necesaria una constante reflexión objetiva sobre la actividad profesional del Trabajador Social, enfocada hacia un análisis y no a una posición adaptadora, pragmatista o empírica, con conocimiento de la responsabilidad de conocer la realidad en que nos desenvolvemos para fundamentar nuestra metodología en la realidad práctica, las condiciones concretas y así lograr como objetivo final que el individuo reflexione y tenga la posibilidad de ser sujeto crítico en su forma de vida.

Por lo tanto este trabajo tiene como objetivo el plantear un conocimiento de lo que es el campo hospitalario del área pediátrica, de igual manera fundamentar que el Trabajo Social Médico es el resultado del amplio conocimiento de la etiología de la enfermedad y que conjuntamente con el cuerpo médico debe promover actividades que propicien la salud y factores que la fomentan, además de establecer la integración Institución-paciente-familia, aportando su enfoque profesional al

analizar los factores que originan los conflictos biopsicosociales en el menor para actuar en función al enfoque moderno de la medicina social, con la preocupación de que no sólo las etapas de tratamiento y prevención de la enfermedad son importantes, sino también la rehabilitación y el manejo individualizado y social mismos que deben fundamentarse en la investigación social.

En el presente trabajo se pretende, una visualización general del proceso que lleva a la atención médica partiendo del surgimiento de la enfermedad y la historia natural de la misma, prestando especial atención al aspecto de prevención, se exponen los factores intervinientes en el proceso salud enfermedad en el niño, contemplándose como elementos indispensables en el estudio y surgimiento de su problema, se aclara el concepto de atención médica y se analizan las dificultades que impiden un desarrollo óptimo de esta atención.

Se definen los niveles y tipo de atención a los que se ajusta el proceso de atención del menor. En forma esquemática se desarrollan las enfermedades más frecuentes atendidas en Hospitales pediátricos de 3º nivel.

Se plantean los aspectos emocionales y sociales de la enfermedad del menor hospitalizado partiendo de los desajustes que le provoca su hospitalización, admisión, la determinación del diagnóstico, estancia

hospitalaria, una intervención quirúrgica, haciendo descripción teórica en forma específica de la conflictiva que se ocasiona en el paciente y su familia. Analizando en forma independiente la problemática del adolescente hospitalizado y la atención particular que requiera.

Se plantean las alteraciones del ambiente social del menor hospitalizado, conceptos e importancia que tiene en el niño. Con la finalidad de tener parámetros que permitan evaluar una determinada alteración se exponen diversas teorías que ubican la salud psíquica y desarrollo normal del niño.

En el ambiente hospitalario el manejo y atención que tiene el personal con el menor es de gran trascendencia por lo que se describe en forma teórica las emociones del personal ante la enfermedad y el tratamiento, partiendo de los diferentes tipos de relación personal-paciente y la dinámica social del hospital.

Se describe el surgimiento y avance del Trabajo Social Médico en México en forma cronológica, mediante el estudio de las Instituciones que con su surgimiento constituyeron el campo propicio. Partiendo de su concepto y actividades se enuncian en Unidades Hospitalarias de atención pediátrica.

Para conocer el campo pediátrico se desarrollan los objetivos, funciones y organización de los hospitales públicos y privados de

esta especialidad, exponiendo los específicos de los hospitales estudiados en el presente trabajo.

Como resultado de la investigación realizada en los hospitales de atención pública y privada se expone, delimita y caracteriza la problemática biopsicosocial del menor y su familia, incluyendo las repercusiones de una determinada actitud del personal sobre esta problemática.

En general el trabajo sustenta un estudio global suficiente para la exposición de elementos teóricos y operativos, mismos que dan base a un trabajo plenamente fundamentado en "Trabajo Social Médico en Unidades Hospitalarias de atención pediátrica".

CAPITULO I

DESCRIPCION TEORICA DEL PROCESO EN LA ATENCION MEDICO PEDIATRICA

1.1. El Proceso de la Atención Médica.

En las sociedades con cierto desarrollo histórico, económico, político y social el mantenimiento de la salud de sus miembros se ha llegado a consolidar y reconocer como un proceso, en el cual cada una de sus etapas o elementos son básicos, ya que como aspectos de un proceso mantienen interdependencia y por lo tanto en el momento en que existe un desajuste o alteración ésta se manifiesta o afecta a un nivel general.

A fin de conocer este proceso en nuestra sociedad se partirá del concepto de salud enfermedad.

Surgimiento de la enfermedad.

La Organización Mundial de la Salud define la salud como "un estado de bienestar completo, a nivel biológico, psíquico y social y no simplemente la ausencia de la enfermedad o invalidez", esta definición por su rigidez parece un estado al que pocas sociedades

pueden aspirar, de ahí la necesidad de recurrir a consideraciones que amplíen este concepto de salud.

El profesor Lambert, subdirector del laboratorio de antropología física de París menciona "toda definición de salud debe tener en cuenta la facultad de adaptación humana".

Milton Terris la define como "la salud tiene dos aspectos: uno subjetivo que se refiere a sentirse bien y otro objetivo que se refiere a la capacidad de la función".

R. Dubos ecologista francés la define como "El estado de adaptación al medio y la capacidad de funcionar en las mejores condiciones en éste medio".

Considerando lo anterior es fácil reconocer que el concepto de salud puede tener márgenes de relatividad que mantienen sus bases en factores objetivos y subjetivos (adaptación biológica, mental y social) y por lo tanto puede ser considerada como un estado de márgenes relativos de tolerancia y compensación física, psicológica y social fuera del cual todo otro estado es percibido por el individuo y/o por su grupo familiar o social como una manifestación de un proceso mórbido (1), incluyendo el concepto individual de enfermedad dentro

(1) Diccionario Enciclopédico, Tomo IV, Plaza & Janes, España, 1974, p. 646.

del propio contexto socioeconómico, educacional, experiencia, sentido de valor, etc.

Al hablar por lo tanto de salud y consecuentemente de enfermedad es hacer referencia de dos extremos de la variación del funcionamiento de los procesos biológicos del organismo, puede ser considerada también como el éxito o fracaso del organismo, de realizar su actividad es decir adaptarse física, mental y socialmente a las condiciones de su ambiente total.

De ahí que un estado de salud es una situación que el individuo y la sociedad constantemente deben cuidar y proteger además de fomentar, por ser un estado muy variable.

El factor más importante para lograr esto es el nivel de vida y la calidad del ambiente (nivel de educación para la salud) y comportamiento en relación a los niveles de salud.

Con lo anterior se está haciendo una relación biológica ecológica a fin de analizar la noción de salud y enfermedad por lo que es confiable el considerar la siguiente fórmula para el logro del equilibrio dinámico entre salud y enfermedad.

Equilibrio dinámico
entre salud y enfer-
medad.

Potencial genético
del individuo

Capacidad de adaptación_
del hombre y la pobla---
ción a su ambiente.

(2)

Al tratar de definir la salud también es importante el considerar que es el reflejo de capacidades orgánicas de tolerancia, de compensación y de poder de adaptación.

El organismo al interactuar con su medio toma un curso de adaptación a un factor particular por lo cual en determinadas circunstancias se tiene que modificar, esto es claro en los casos en los cuales el organismo mantiene una larga exposición a un ambiente inadecuado, puede producir un aumento de tolerancia (o capacidad de adaptación) o una disminución de ella frente a otros factores, en el primer caso se habla de adaptación positiva cruzada paralela y en el segundo adaptación negativa.

Es necesario también hablar de la adaptación sociocultural ya que también interviene en el proceso salud-enfermedad, se representa esencialmente por la intervención humana sobre el ambiente; es la modificación y transformación que el individuo hace de su medio y de las medidas que toma para contrarrestar o tratar de eliminar los

(2) Hernán Sn. Martín, Salud y Enfermedad, Prensa Médica, México, 1981, p. 10.

factores que no permiten su adaptación o mala adaptación. Dentro del ámbito humano es más difícil esta adaptación. "Mientras más complejo es el organismo vivo, más complejas son sus interacciones con el ambiente y más difícil será definir los conceptos de normalidad y anormalidad la complejidad máxima se alcanza en la especie humana".(3)

Sociológicamente hablar de normalidad aparece como un término de valor muy relativo y variable, sobre todo si se habla del hombre la salud y la enfermedad, lo normal y lo anormal no pueden ser considerados como normas, debido a que la propia condición humana permite el ser a la vez sano y enfermo, normal y anormal o alternar entre estas variantes, ésto en consideración al tiempo, el ambiente o circunstancias que promueven un proceder humano.

En el hombre la adaptación adquiere tres formas:

1. Adaptación de origen genético que obedece a un fenómeno selectivo.
2. Aclimatación fenómeno fisiológico y circunstancial, respuesta aprendida a un estímulo externo.
3. Adaptación psicológica y psicosocial, respuesta consciente y voluntaria a una exigencia del medio sociocultural.

El Dr. Peregrina define la salud como "...el bienestar individual que se logra por medio de un estado de adaptación orgánica, psicológica y social. Ese bienestar sólo se obtiene cuando el hombre está en

(3) Hernán S.M. ... Op. Cit. p. 37

equilibrio con su ecología. Si no hay relación óptima del hombre consigo mismo, del hombre con el hombre, y el hombre con su ambiente no puede haber bienestar, pero es evidente que las acciones recíprocas que lo conducen a ese bienestar están en íntima relación con los patrones culturales del individuo". (4)

Historia Natural de la Enfermedad

Dentro del campo del Trabajo Social Médico, es de vital importancia el considerar la historia natural de la enfermedad, ya que mediante de esta, es factible comprender en forma sistemática y estructural la relación de fenómenos desde que el hombre se encuentra en un estado de estabilidad, adaptación o salud, se expone al riesgo de enfermedad y hasta que esta se manifiesta clínicamente.

El Dr. Leopoldo Vega Franco define la historia natural de la enfermedad "...el curso que usualmente toman los eventos que generan y caracterizan los eventos morbosos; teniendo como objetivo la adopción de medidas de prevención". (5)

En el simposium realizado en la facultad de medicina de la U.N.A.M.

- (4) Facultad de Medicina, Unidad Ciclos IXXYX Temas, U.N.A.M. México, 1984
p. 23
- (5) Vega Franco Leopoldo, García M. Héctor, Bases esenciales de la Salud Pública, Ed. La Prensa Médica Mexicana S.A., 1984, p. 37.

en 1974 se definió como historia natural de la enfermedad, "... la relación entre la salud y la enfermedad, utilizando un marco de referencia que considera al hombre como una unidad biopsicosocial", haciéndose así el enlace con el concepto comunmente aceptado de salud, el cual establece que ésta depende del equilibrio biológico, psicológico y social del hombre con el ambiente que lo rodea. Por lo que es fácil entender que la conexión armónica mediante la cual se enlazan diversas estructuras ecológicas, mismas que están en dependencia a las otras unidades biológicas y de su ambiente va a dar como resultado condiciones propicias para el logro de la salud.

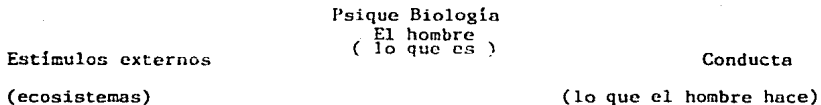
Esta consideración es necesaria, ya que el hombre es el único ser capaz de crear o modificar su ambiente y por lo tanto de transformarlo desde lo más ideal hasta lo más hostil.

El hombre es un ser biopsicosocial, por lo tanto a fin de determinar integralmente sus problemáticas se le debe estudiar simultáneamente en esas tres esferas.

Al señalarlo como un ser orgánico-biológico se están abordando sus facultades y aspectos relacionados con su arquitectura funcional consecuentemente su comportamiento que es el resultado de lo que ha llegado a ser. Cuando se genera una alteración anatómica o bioquímica se modifica sus conductas y relaciones sociales, no es posible así separar las características de relación social del hombre de su organismo funcionante y el medio que lo rodea.

Estímulos Internos

(génética, memoria, carencias, etc)



Considerando que "la enfermedad aparece como resultado de complicada influencia recíproca entre el hombre y su medio, el alimento que toma, el aire que respira, los rasgos genéticos con que nació, la tensión física y mental a que se halla sometido, no menos los microbios que lo amenazan: todo ayuda a determinar si puede o no estar enfermo" (6). Y teniendo en cuenta el objetivo final del conocimiento de la historia natural de la enfermedad que es la adopción de medidas de prevención y disminuir el riesgo de la enfermedad. Se considerarán las etapas de la historia natural de la enfermedad: W.H. Perkins señaló dos etapas o periodos para su estudio.

Periodo de Prepatogénesis

El hombre o huésped se desarrolla en un ambiente en el cual

(6) Dubos Rene, Maya Pines, Salud Enfermedad, ed. Time Life Internacional, México, 1980. p. 76.

generalmente conviva con diversos agentes morbosos, pero solo en determinadas circunstancias desarrolla alguna enfermedad; cuando los factores se mantienen, la armonía se altera y la causalidad múltiple determina que el agente actúe como generador de reacciones a nivel celular y por lo tanto ulteriormente se presenten síntomas o manifestaciones clínicas de la enfermedad.

Cotidianamente se considera al "agente" como causante de la patología, pero es importante reconocer que en este proceso se ven involucrados diversos factores, es decir aun encontrándose hiesped y agente no se generará un proceso mórbido sino la interrelación agente-patógeno, hiesped susceptible y el ambiente que propiciará la enfermedad, requerirá de variables en cada uno de ellos y dependerá de su agudeza para que se presente.

La sustancia, elemento o fuerza animada o inanimada cuya presencia o ausencia, que como consecuencia a la relación propicia con el hiesped bajo condiciones apropiadas, funge como factor de estímulo para iniciar o perpetuar la enfermedad se identifica como agente siendo este de cuatro tipos: a) biológicos, b) físicos, c) químicos y d) mecánicos.

R.H. Leavel y E.G. Clark apoyan el planteamiento en el cual para que la consideración de medidas preventivas de la enfermedad, se requiere del conocimiento detallado de los factores que lo determinan.

La enfermedad puede ser transmitida mediante un vector, por un vehículo o por contacto directo o indirecto.

Para que se de la enfermedad es importante el considerar los factores del huésped y del ambiente en la historia natural de la enfermedad.

Periodo de Patogénesis

Cuando el agente se introduce en el organismo y se hospeda se puede hablar de un periodo de patogénesis, es decir el agente por ser un factor extraño al organismo produce cambios tendientes a eliminarlo cuando el organismo no supera esta etapa se habla del establecimiento de la enfermedad o patogenia.

Cuando el agente es un factor biológico al invadir el organismo es factible encuentre al medio propicio para instalarse, vivir y multiplicarse así los tejidos del huésped responden con cambios tisulares, activación de función fagocitaria, la formación de anticuerpos o antitoxinas y diversos cambios bioquímicos.

Cuando se había mencionado cuando existen manifestaciones clínicas de la residencia del agente en el cuerpo humano mediante la aparición de signos y síntomas en el proceso de la enfermedad, pueden seguir

a ellos secuelas de incapacidad anatomofuncional, transitoria o permanente, la recuperación de la salud o en caso extremo la muerte.

La diferencia entre una enfermedad u otra, o de la gravedad de la misma estriba en la diferenciación entre los mecanismos de defensa del huésped según su edad, sexo, nutrición, cultura, etc., así también dependerá de los factores fisicoquímicos del agente causal de la enfermedad.

En el caso de las enfermedades transmitibles es clara la apreciación de las divergencias entre la infectividad o "...habilidad de un agente para invadir y adaptarse al huésped humano". (7).

Cuando es un proceso de adaptabilidad y no se dan manifestaciones clínicas de la infección se considera subclínica o aparente.

Patogenicidad "... es la habilidad del agente para producir una reacción específica cuando se aloja en el organismo, ya sea esta local o general, clínica o subclínica" (8). Y la virulencia "... es -- una medida de gravedad del padecimiento y usualmente es valorada en términos de letalidad" (9).

Ya se han definido los periodos iniciales de la enfermedad por

(7) Vega Franco ... Op. Cit. p. 37

(8) Ibidem ... p. 37

(9) Ibidem ... p. 37

lo que se hará referencia ahora de la enfermedad en sí misma y sus diferentes fases, etapas y secuencias.

Es importante el considerar las fases de la enfermedad primordialmente por las medidas epidemiológicas o de carácter preventivo que se pueden realizar, es decir dependiendo del periodo de patogenia en que se encuentre el paciente será la medida médica que se tomará. Son cuatro las etapas de la patogénesis: 1) Latencia, 2) Incubación 3) contagiosidad y 4) enfermedad.

En su mayoría las enfermedades no son transmitidas durante la fase de iniciación ni después del completo establecimiento. Existen enfermedades que son transmitibles aún antes de que se manifiesten clínicamente.

Es conveniente señalar que las características del huésped y del ambiente una vez producido el daño son muy importantes para marcar la evolución de la historia natural de la enfermedad. Como se había mencionado anteriormente la salud y enfermedad son estados relativos, dependen de la satisfacción de necesidades biológicas, psicológicas y sociales y de la capacidad de hacer apropiadas adaptaciones del interior o del exterior del individuo.

"James (1968) ha sugerido que las enfermedades deben considerarse en cuatro etapas:

Etapa I. Fundamentos de la enfermedad y factores predecibles, como herencia, hábitos de fumar, exceso de comer habitual.

Etapa II. Enfermedades presintomáticas, como las etapas iniciales del cáncer y la tuberculosis cuando la persona atacada puede sentirse sana y parecerlo; o el periodo de funcionamiento psicosocial bastante activo, anterior a la crisis, a la que la persona con desarrollo reducido de la personalidad es capaz de hacer frente.

Etapa III comienzo de los síntomas. Aquella época en la historia de la enfermedad en que los pacientes requieren tratamiento o ayuda del médico.

Etapa IV. Rehabilitación tratamiento de afecciones incurables".(10)

Cuando el individuo se ha enfrentado a un proceso pleno y completo de enfermedad y este proceso mórbido le deja secuelas, estas pueden ser a dos niveles: 1) Incapacidad e 2) Invalidez "...incapacidad, implica limitación de una función.

Invalidez, es aquel que, teniendo una función limitada, no esta en condiciones de reintegrarse a sus labores habituales. Esta diferencia esta relacionada con el curso que puede seguir una enfermedad, y que incluye las siguientes posibilidades:

(10) Smith Doroty W., Enfermería Quirúrgica, Ed. Interamericana, México, 1978, p. 77

- Remisión hacia el estado de salud antes de que la enfermedad se manifieste en el horizonte clínico.
- Remisión después de haber cruzado el horizonte clínico.
- Evolución hacia la enfermedad crónica
- Desarrollo de secuelas
- Recaidas.
- Que la enfermedad, durante o después de la remisión, sirva de estímulo desencadenante para que se instale una enfermedad secundaria.
- Muerte". (11)

Resulta conveniente la aclaración sobre el término prevención en relación a la historia natural de la enfermedad. Se entiende que prevención "... es la interrupción del curso natural de la enfermedad en cualquiera de sus fases para evitar consecuencias nocivas. Prevenir es también evitar que suceda algo durante otras fases de la enfermedad, ya que sea recida, secuela, incapacidad o invalidez" (12).

Existen tres tipos de prevención:

1. Prevención primaria, esta orientada al mejoramiento de la salud y la protección específica de algunas enfermedades. Se extiende básicamente desde el período prepatogénico, y parte del período

(11) Facultad de Medicina... Op. Cit. p. 29

(12) Facultad de Medicina... Op. Cit. p. 30

patogénico, hasta el nivel que se encuentra por debajo del horizonte clínico.

2. Prevención secundaria, se refiere al diagnóstico temprano y tratamiento oportuno. La prevención secundaria siempre se refiere a una enfermedad en evolución. El diagnóstico temprano modifica las alteraciones progresivas desde macromoléculas o células, tejidos y órganos, ya que permite instituir el tratamiento en las etapas iniciales, evitando lesiones orgánicas más graves que suelen asociarse con mayor incapacidad. Las enfermedades que se someten a una acción de salud en la prevención secundaria, son aquellas que no se pueden controlar a través de la promoción de la salud o protección específica. En general, se trata de aquellas enfermedades transmisibles en las cuales se conoce uno de los eslabones de la cadena, y el grupo de enfermedad no transmisibles en que ignoramos en gran medida las causas o factores condicionantes. Ejemplo: enfermedades neoplásicas, degenerativas, metabólicas y genéticas, es decir enfermedades cuya historia natural se conoce, por lo menos en lo relativo al agente, pero donde no es posible aplicar la acción preventiva antes que se manifieste.

3. Prevención terciaria, básicamente incluye el proceso de rehabilitación, o sea corregir hasta donde sea posible, y con la tecnología disponible, la incapacidad o el daño producido. Cuando sea susceptible de corregir, se debe tratar que el individuo recupere

al máximo su eficiencia para que pueda integrarse nuevamente a su comunidad, el individuo que haya recobrado su eficiencia, para que puede adaptarse a sus condiciones de vida y fomente la productividad. En pocas palabras, se trata de una rehabilitación física, social, económica y psicológica.

Las enfermedades se manejan en esta fase terciaria se dividen en dos categorías: La primera de ellas esta constituida por un grupo de enfermedades para las cuales no existen medidas de prevención primaria o secundaria; la segunda por enfermedades como la poliomeilitis que, a pesar de las medidas de prevención secundaria, con frecuencia se asocian a secuelas que pueden ser de diversa naturaleza. Finalmente, son las enfermedades de tipo congénito, las degenerativas y los accidentes de trabajo las que conducen a la invalidez.

Factores intervinientes en el proceso salud-enfermedad del menor

La salud no es un estado al cual el individuo llegue en forma estática o natural, es un estado que implica la estabilidad y concordancia de varios factores mismos que se describirán a continuación en forma específica.

En toda sociedad se considera por posición natural al niño como

el miembro de más riesgo hacia la enfermedad. Su condición física lo ubica en esta posición, ya que sus perspectivas de vida y de salud dependen de condiciones ajenas a él.

El niño de 0 a 5 años de vida se encuentra en riesgo mayor, lo anterior a consecuencia de que su organismo se enfrenta desde el momento de nacer a cambios bruscos tanto biológicos, de clima, alimentación y socialización, por lo tanto su estructura orgánica, mental y social esta en constante adaptación y cambio. Cuando el niño alcanza los 5 años de edad "...entra en la fase de mayor adaptación de su vida la edad de oro de la resistencia, la cual continúa hasta que tiene 15 años". (13).

Es decir el niño ha formado un sistema de adaptación y resistencia: a la enfermedad o inmunología, al clima mediante un sistema de aclimatación y a la forma de relación con su núcleo familiar y social.

El planteamiento anterior no da como eliminado el riesgo de la enfermedad en cualquier edad del menor, sino que este existe y esta sujeto a factores que intervienen en el proceso salud enfermedad y dependiendo de su agudeza determinarán la aparición de procesos mórbidos.

(13) Rene Dubos, ... Op. Cit. p. 143

Dentro de estos factores se encuentran:

El contexto ecológico o ambiente "... la ecología es el estudio de la estructura y funcionamiento de la naturaleza, incluyendo en ella a todos los seres vivos y al ambiente en que viven y sus interrelaciones, el estudio de la estructura y funcionamiento de los ecosistemas". (14).

Burges Pork hace una diferenciación de la ecología con la ecología humana definiendo esta última como el estudio del hombre y su ambiente en interrelación. Con este último concepto se profundiza sobre el enlace entre los factores naturales que favorecen o perjudican al individuo sobre su constitución y condicionan sus cambios orgánicos y proceder ante la misma naturaleza.

El ambiente externo en el niño antes del nacimiento en su constitución a través de la nutrición y de las enfermedades de la madre; después del nacimiento el cuerpo se desarrolla condicionadamente a las influencias externas. Así la probabilidad de salud o enfermedad en el menor esta en función o relacionada con el ambiente ecológico, sistemas de vida de la población, las estructuras y normas de vida del núcleo familiar, con la cultura, educación, con los comportamientos sociales, y con el nivel del desarrollo social.

(14) San Martín, ... Op Cit. p. 16

Por lo tanto se puede afirmar que la enfermedad se establece en el niño cuando existe un desequilibrio biológico -ecológico o como una falla de los mecanismos de adaptación del organismo y/o una falta de estímulos adecuados que el organismo necesita para su buen funcionamiento, generándose así una perturbación fisiológica de su anatomía.

El sistema ecológico del hombre a diferencia de los otros animales es que se modifica en función al desarrollo de la cultura y en su capacidad de modificarlo.

A fin de hacer consideraciones sobre la influencia de factores ambientales en la salud de los niños en nuestra sociedad, partiremos de que el contexto ecológico influye en su estado de salud ya que al ser este nocivo en amplias áreas de población y los indicadores de morbilidad y mortalidad están regidos por fuerzas infecciosas y alimentarias: estas circunstancias son particularmente significativas en los primeros años de vida cuando el organismo se encuentra en pleno desarrollo. Problemática planteada por Susser y Watson.

"Las sociedades agrícolas de las regiones subdesarrolladas exhiben modelos de salud y enfermedad muy diferentes a los de las sociedades industriales.

En Primer lugar la población es relativamente joven, existe

una tasa de natalidad elevada, por lo que hay un gran número de niños, pero al mismo tiempo hay una tasa de mortalidad excesiva en la infancia.

En los ambientes más rigurosos, los supervivientes de los peligros de los primeros años presentan una tasa de mortalidad alta y constante durante el resto de su vida.

Las costumbres tradicionales tienen igual importancia como causa inadvertida de la muerte de los niños después del nacimiento ya - que restringe la participación médica.

Entre las poblaciones de un medio de proceso de cambio donde persisten las restricciones alimenticias y los hábitos del ambiente anterior, las limitaciones para lograr la salud son amplias" (15)

La interacción de los organismos con el medio ambiente Dewey y Bentley sugieren que la interpretación acerca de la forma en que los organismos se relacionan con el medio físico reviste cualquiera de las tres formas:

- a) Autoacción. El organismo actuando en base a sus propios poderes.
- b) Interacción, donde el organismo y el medio se encuentran balanceados por medio de interconexiones causales.

(15) M.W. Susser y Watson, La Sociología en la Medicina, Ed. IMSS, México, 1984.

c) Transacción. En la cual se emplean sistemas descriptivos y conceptuales para estudiar las fases de acción, sin una percepción de tipo determinista hacia "entidades", "esencias" o "realidades" y conclusiones férreas acerca de "relaciones" entre los "elementos".

A continuación se describen los factores ambientales que intervienen en los procesos mórbidos en el menor:

1. Factores físicos: climas y microclimas y sus variaciones, topografía del nicho ecológico, vibraciones y ruidos; terremotos, inundaciones, etc.
2. Factores químicos: componentes del aire que respiramos, con su carga artificial de contaminantes; productos químicos naturales y artificiales contenidos en los alimentos que se consumen diariamente; las aguas con su carga de elementos minerales y de contaminación, etc. Los medicamentos y drogas que se usan permanentemente.
3. Factores Biológicos: microorganismos, flora, fauna, grupos humanos.
4. Factores socioculturales; relaciones familiares, relaciones sociales, relaciones profesionales e intergrupos, relaciones culturales, ciencias, religión, hábitos, costumbres, mitos, etc.

El conocimiento que se obtiene a través de la ecología y epidemiología, es indispensable para la planificación de programas de

prevención y de fomento de la salud.

El adecuado conocimiento de las diversas regiones fisicogeográficas de una sociedad nos permite la identificación de elementos importantes para considerar el nivel de salud física y social de nuestra población.

La sociedad. El enfoque de los procesos sociales, la estructura de la sociedad y las relaciones entre los individuos constituyen un fundamento esencial para la determinación del proceso salud enfermedad del niño y a su vez para la práctica efectiva de la medicina ya sea terapéutica o preventiva.

El conocimiento de nuestra sociedad o grupos sociales nos permitirá descubrir en el enfermo las experiencias que le afectan en mayor grado su conducta, los síntomas, la percepción de la enfermedad y la forma en que se presenta el propio padecimiento. Así mismo como esas influencias sociales intervienen en la práctica profesional del equipo de salud. Susser afirma, la sociedad no es una fuerza impersonal que actúa sobre agregados pasivos de individuos o familias sino una complicada red de interacciones y acción conjunta regulada por la ley y la costumbre y basada en un sistema común de valores.

Los aspectos sociales en relación a la salud se pueden agrupar de la siguiente manera:

1. Papel de los factores sociales y del medio ambiente en la aparición, distribución y evolución de las enfermedades e importancia básica de la ecología en ellos.
2. Relaciones entre los comportamientos humanos y la salud. Explicación social de los comportamientos de tipo humano.
3. Relaciones entre el sistema de salud y la economía.
4. Desarrollo técnico y administrativo del sistema de salud y de la medicina como instituciones sociales y como necesidades primarias de toda la población.
5. Dimensión psicológico-social que implican la relación médico-paciente y la terapéutica.
6. Necesidad de planificar el sector salud a fin de tener cobertura social de la medicina.
7. La necesidad creciente de humanizar la medicina en el sentido de ofrecer a la población una atención integrada.

Se debe por lo tanto considerar que dentro del movimiento general de la sociedad cada clase cambia su estilo de vida y composición; además, se alteran los límites entre las clases y entre ellas existe un intercambio de sus integrantes. Asimismo, los patrones de la salud entre las diversas clases diferirán según la medida que se aplique.

Debe tenerse en mente que la afección consiste en una función fisiológica y psicológica trastornada, mientras que el malestar se

refiere a una conciencia subjetiva de alguna función desordenada y la enfermedad a los papeles sociales. La enfermedad puede significar una incapacidad reconocida para desempeñar un papel.

El niño como un miembro más de nuestra sociedad depende de su medio ambiente social y cultural mismo que influye ampliamente en su salud.

El medio económico del niño forma parte de su ambiente natural y este permite en gran parte determinar la incidencia y el pronóstico de sus enfermedades.

La estructura socioeconómica de nuestro país admite la existencia de grandes grupos humanos que carecen de la posibilidad de integrarse a una vida adecuada, es decir viven en desventaja social por tener desempleo o subempleo, tener ingresos muy bajos o pertenecer al sector primario de producción con escasos recursos. Esto genera que las condiciones de vida, nutrición y salud esten fuera de sus posibilidades y por lo tanto repercute en el riesgo de salud-enfermedad de su población infantil.

"Existe una ineludible relación entre salud y la economía misma que se puede realizar mediante la comparación de las sociedades industriales con las agrícolas, a través del tiempo en una misma sociedad y entre grupos sociales segregados con diferentes relaciones económicas

dentro de un país. La relación entre la economía es de orden distinto a los efectos entre las enfermedades y la pobreza que han sido reconocidos desde hace tiempo por la medicina. El desarrollo económico transforma a las sociedades y, a la vez, todo patrón de las enfermedades. De este modo los cambios en el carácter, la frecuencia y la distribución de numerosos desórdenes de la salud acompañaron la metamorfosis de la sociedad agrícola a industriales". (16)

De igual forma que la situación económica afecta a los grupos sociales en su enfrentamiento con la enfermedad, así las condiciones económicas afectan a la práctica médica, es decir los medios económicos determinarán la tecnología médica y los recursos que se destinan para la enseñanza en el área de salud y así mismo en las instituciones de salud, en su cantidad, distribución y ubicación, determinando las probabilidades de salud, enfermedad y muerte.

El desarrollo económico-social establece el nivel de vida y el bienestar. Que pueden ser definidos mediante los siguientes indicadores socioeconómicos: a) producto bruto por habitante, b) participación del trabajo en la renta nacional, c) población económicamente activa, d) población urbana y rural, e) tasa de natalidad, f) porcentaje de analfabetismo, g) nivel de escolaridad en la población, h) disponibilidad per cápita de proteínas y calorías, i) número de habitan-

(16) M.W. Susser y Watson. ... Op. Cit. p. 79-80

tes por cuarto, j) crecimiento económico/ aumento del ingreso, k) concentración de ciudades y l) distribución del ingreso.

La distribución de la riqueza es un factor estrechamente relacionado con la salud, ya que los medios con que cuenta el individuo a nivel individual y social va a influir no solo en la satisfacción de necesidades básicas como es la alimentación, habitación y vestido primordiales para la conservación de la salud, sino al acceso a las instituciones médicas y las modificaciones de su ambiente.

Es necesario que se piense, programe y se actúe en función a la posición que guarda el sector salud para beneficio de la población infantil y no en la cantidad de recursos con que se disponga y en su métodos de financiación, y no se piense en la salud como un bien de consumo o en su rentabilidad, sino como un servicio a que el hombre tiene derecho.

El Dr. Guillermo Fajardo Ortiz, miembro de la Academia Nacional de Medicina afirma lo siguiente: "La gente de más bajos recursos económicos presenta mayor número de enfermedades que el resto de la población, padeciendo enfermedades hasta cierto punto peculiares de su situación socioeconómica.

Ejemplo: claro, es, alta mortalidad infantil relacionada con la desnutrición. Ello demuestra que las personas de bajos ingresos

generalmente requieren mejores cuidados de salud, pues gastan parte de sus ingresos en salud (servicios médicos) y reciben con frecuencia menor atención que otras clases económicas mejor dotadas" (17).

En forma general lo relacionado a la economía de la atención de la salud, están en función al problema de dar un valor económico al proceso salud-enfermedad; en las barreras financieras que tan frecuentemente limitan el otorgamiento de los servicios de salud y así mismo en el problema de calcular los beneficios económicos de la salud.

El estudio de la economía de la atención médica se realiza en dos niveles: de micro y macroeconomía de la salud y a su vez se subdividen en: economía de la atención médica y atención pública.

La familia

Otro factor de vital importancia para la conservación de la salud en la infancia es la familia, considerando como una institución (*) a quien se le han determinado funciones específicas como son:

(17) Fajardo Ortiz, Guillermo, Atención Médica, Teoría y Práctica Administrativa, Edit. Prensa Médica Mexicana S.A. 1983, p. 96.

(*) El Diccionario de las Ciencias Sociales de la UNESCO la define como: "Institución es la consolidación permanente, uniforme y sistemática de conductas, usos e ideas mediante instrumentos que aseguren el control y cumplimiento de una función social".

1. Adaptación social, es decir el integrar a sus miembros a la cultura que corresponden, a su ambiente social, que asegurará la cohesión social, la perpetuidad familiar y la tradición.

2. Cuidado. Esta función esta encaminada a cubrir las necesidades físicas y sanitarias de los miembros de la familia.

Esta ocupación se da en base a la historia o etapa de pareja en la que se encuentre la familia y de acuerdo a los recursos que se tiene y pueden ser:

- recursos económicos
- recursos culturales
- recursos sociales o estatus.

3. Afecto. Salvador Minuchin afirma, la familia como objeto de tratamiento es un grupo natural cuyos miembros tienen un pasado y un fruto común, esta integrada por todos los adultos que estan relacionados biológicamente y viven bajo un mismo techo.

Esta afirmación viene a acentuar la importancia de la familia en el riesgo de salud-enfermedad en el niño, ya que se tienen implícitos valores, conducta, tabus, etc., todo el conjunto de factores que la conforman.

Muchos de los procesos patológicos que se producen en el menor son producto de desajustes de la dinámica familiar con los medios que le aseguren la salud.

Siendo estos de dos tipos principalmente:

a) factores externos, los relacionados al ambiente físico, social, cultural y económico, político o étnico.

b) Factores internos, los relacionados a la estructura misma de la familia, roles, conflictos, responsabilidades y características.

"la inestabilidad de la familia y las privaciones en la infancia contribuyen en parte a los problemas médico sociales muy diferente: la alta tasa de lesiones, se ha demostrado que las familias inestables y la autoridad paterna desaparecida son factores que contribuyen a los actos delictuosos" (18).

"La familia mexicana es bastante unida a diferencia de otras sociedades, el núcleo familiar es el centro de la vida individual" (19)

Consecuentemente la repercusión de tipo psicológico afectivo, económico, etc., también se manifestarán a nivel familiar.

En función a estas consideraciones se puede afirmar que el riesgo del niño mexicano en esta zona metropolitana es alto, valorando la diversidad de grupos sociales del sector urbano y rural, de la desigualdad económica, educativa que involucran determinadamente a la institución familiar.

La Educación

Es conveniente precisar que educación puede ser valorada en

(18) M.W. Susser y Watson. ... Op. Cit. p. 78

(19) Vega Franco. ... Op. Cit. p. 73.

dos niveles:

1. La socialización del individuo como un proceso educativo que implica el aprendizaje de las formas apropiadas de relación en su propia sociedad; proceso que se inicia en el núcleo familiar.
2. El aprendizaje del individuo en relación a su capacidad a su rol de tipo social en aspectos técnicos incluyendo la educación para la salud, estos dos niveles de educación (considerando que la educación pretende el aprendizaje y este a su vez los cambios o formación de conductas), conformarán el comportamiento humano. La formación por lo tanto da origen a un comportamiento frente a la salud y este se manifiesta en actitudes diferentes dependiendo de la edad, sexo, profesión o trabajo.

Existe la necesidad en nuestro país de unificar los moldes educativos con respecto a la educación para la conservación de salud y modificar los patrones conductuales con el objeto de propiciar los cambios de actitud ante la enfermedad y disminuir la morbilidad y mortalidad en la población infantil y así aumentar su esperanza y nivel de vida, para el logro de este objetivo es necesario recurrir a la educación sanitaria del individuo, la familia y la comunidad. "Las deficiencias en la educación aumentan los desórdenes de la salud y constituyen un obstáculo, en el reconocimiento de los riesgos para la salud y el uso eficiente de los servicios para combatirlos. El fracaso social para controlar la prevención depende de la respuesta personal que

la estructura y la cultura social existentes tratan de acallar. Una de las labores de la medicina social y de la salud pública, es descubrir y documentar dichos problemas y encontrar métodos para lograr tal respuesta" (20).

Accesibilidad a las instituciones de salud

Cuando los factores de riesgo de enfermedad se han conjugado y en el menor se establece un proceso mórbido es necesario el recurrir a instituciones de atención médica con los recursos humanos y materiales necesarios.

Se considera que la atención médica satisface una necesidad de salud cuando cubre los siguientes aspectos:

La eficiencia y suficiencia de la atención médica están en relación con las necesidades reales de la población (que no siempre se conocen) con la demanda de la población, con el nivel de vida, con las costumbres y actitud de la población hacia la medicina, etc.

La eficiencia se refiere a la totalidad de los recursos médicos conocidos en este momento como efectivos.

(20) M.W. Susser y Watson. ... Op. Cit. p. 70

La suficiencia se refiere a que estos recursos alcancen a la totalidad o casi todos los individuos que lo necesitan.

Una buena atención médica tiene que tener en cuenta:

- a) Nivel técnico y científico de la medicina.
- b) Recursos disponibles en relación con la población que necesita atención médica.
- c) Demanda de servicios y aceptación que tengan en la población.

El problema de la salud en el ámbito internacional es un problema tratado con regularidad en la OEA y en las reuniones de la oficina sanitaria panamericana de la Organización Paramericana de la Salud, siendo el órgano de acción conjunta entre la OEA y la OMS.

Poniéndose así de relieve la importancia de los aspectos relacionados con la salud y los organismos que la proporcionan y preservan, pero desafortunadamente en nuestro país de igual manera que en los países latinoamericanos se enfrenta a problemas para cumplir con los principios, normas, programas planteados por los organismos anteriormente citados.

En México la población y principalmente la población infantil en un alto porcentaje se enfrenta ante innumerables barreras que le impiden su acceso a las instituciones de salud que se pueden integrar de la siguiente manera:

1. Problemas de orden físico, que comprenden su distribución geográfica y ubicación de las instituciones y unidades de salud.
2. Problemas de orden económico:
 - empleo
 - ingreso
 - distribución del gasto familiar
 - alto costo de la atención médica
3. Deficiencia de recursos de las instituciones médicas.
4. Problemas de orden socio-cultural

Existen dentro de nuestro medio (zona urbana del Valle de México) factores muy particulares, ya que se agrupan una diversidad de tradiciones y factores que propician que se genere o agudice la enfermedad "... por factores de orden psicológico, social y cultural, como la clase social, la relación con su grupo, el tipo de relaciones que tiene con los miembros de la familia y la fuerza de su adhesión y grado de conformidad a las normas y tabus del grupo" (21).

Generalizando se puede afirmar que entre los problemas más importantes que se encuentran para el acceso de la atención médica son:

1. Falta de integración de la atención médica dentro de los programas nacionales y locales de salud.

(21) Enciclopedia de las Ciencias Sociales, Tomo IV. Ed. Aguilar, España, 1977, p. 239.

2. Falta de coordinación de los diferentes servicios de atención médica entre sí.
3. Falta de una política nacional de atención médica que la haga extensiva a todos los organismos que ofrecen cuidados a los enfermos.
4. Falta de investigación de los problemas de atención médica y de los costos crecientes de ellos.
5. Falta de una organización o de un sistema de atención médica regionalizado en estrecha relación con un sistema nacional de servicios de salud.
6. Determinación de las necesidades reales de camas para hospitalización en base a estudios locales.
7. Organización de los servicios administrativos (contables, estadísticos, archivos centrales, fichas, supervisión, auditoría, etc).
8. Departamentalización de los servicios técnicos y trabajo en equipo de los profesionales.
9. Preparación adecuada del personal hacia los objetivos proyectados (*).

Los sistemas de atención médica modernos, que se han ido desarrollando en diferentes proporciones de nuestro país presentan una serie de deficiencias; derivadas de : escasez de recursos, falta de dirección, la carencia de un sistema normativo uniforme, lo que condiciona

(*) Obra consultada, San Martín H. ... Op. Cit. p. 664.

a menudo una aplicación defectuosa e improvisada de las acciones de salud, por otra parte se señala la falta de coordinación entre las diversas instituciones de atención médica que integran el sector salud, lo que origina la multiplicidad de instalaciones y el otorgamiento irracional de prestaciones médicas con diferencias muy notables, entre los diversos integrantes de una comunidad.

"Los problemas que repercuten en la salud de los individuos, en mucho, son resultado del desarrollo económico y social de los pueblos, entre los que se citan los que están ligados íntimamente con la salud pública; la baja productividad de ciertas clases sociales, su bajo consumo y por lo tanto su precario nivel de vida, lo que trae como consecuencia: deficiente alimentación, vivienda inadecuada, vestido y canalización del tiempo libre, poco satisfactorios a los que se agregan la baja escolaridad que repercute en instrucción básica y cultural deficiente, lo que impide a gran número de individuos laborar como obreros especializados o técnicos" (22).

Estos factores producen, por una parte, un medio insalubre propicio al desarrollo de toda clase de enfermedades infecciosas y parasitarias, por falta de saneamiento ambiental y fundamentalmente por deficiencias en el aprovisionamiento de agua potable y la disposición correcta de desechos humanos y basuras, y por otra, el poco desarrollo de la educación higiénica del hogar y personal.

(22) Boletín Informativo de Seguridad Social IMSS, 1980. p. 3

Por otro lado la falta de desarrollo económico condiciona al individuo que vive en precaria situación económica y social, a desarrollar toda clase de frustraciones, actitudes antisociales, o bien un conformismo que le impide desarrollar un entusiasmo por la vida, resolver sus problemas vitales o un sentido de privación.

Atención Médica

En todo grupo social de nuestra zona urbana y sub-urbana existe pequeños o graves problemas de salud. Es decir la salud no es privativa de ningún grupo social independientemente de sus características propias, lo que si es significativo es el tipo de atención médica que reciben los miembros de esos grupos.

Partiremos del concepto de atención médica de la OMS "El conjunto de medios directos y específicos destinados a poner al alcance del mayor número de individuos y de sus familias los recursos del diagnóstico temprano, el tratamiento oportuno, de la rehabilitación, de la prevención médica y del fomento de la salud". Por lo tanto debemos considerar asistencia médica como la aplicación de los conocimientos y técnicas científicas a la solución de los problemas físicos y emocionales del menor. Debemos entender también a la asistencia médica como sinónimo de atención médica, ya que según el Diccionario de la Lengua Española los define como:

- Asistencia. Acción de asistir; prestar socorro, favor, ayuda; medios que se dan.
- Atención. Acción de atender; voz que se usa para que se aplique especial cuidado a lo que se va hacer; atendiendo, teniendo presente.

Es decir en ambos términos se hace referencia a "proporcionar" que en el caso específico de la ayuda médica se referirá a la asistencia médica representada por el cuerpo de teorías y procedimientos de diagnóstico y terapéutica desarrollada para conocer, curar y prevenir las enfermedades.

Sin embargo la atención médica no es igual en todos los grupos esta dependerá de sus recursos y de su cultura ya que existe un conjunto de creencias sobre la naturaleza de la enfermedad sus causas y tratamiento, además sus relaciones con otros aspectos de la vida del grupo.

En nuestro medio existen prácticas terapéuticas y preventivas de tipo empírico "... el hombre en todas partes, discurre sobre las causas de los acontecimientos importantes de la vida, o los adivina - ... los de explicación natural o sobrenatural en la mayoría de las sociedades no occidentales, esta explicación trascendente de la aparición de la enfermedad tiende a la aclaración empírica. Además esta realidad va unida a la relativa ineficiencia de las técnicas y los

conocimientos etnomédicos (*) para combatir la enfermedad. Existen cinco categorías fundamentales que según la etiología primitiva son responsables de la enfermedad: 1) brujería; 2) violación de un tabú; 3) introducción de un objeto morboso; 4) introducción de un espíritu causante; 5) pérdida de alma (Clemente 1952)". (23).

Por lo que podemos observar que es enorme la cantidad de aspectos relacionados con la atención médica en México. En este estudio nos concentraremos en la atención médica en el Distrito Federal, es decir en zona urbana con cierto desarrollo económico, político y socio-cultural.

Desde hace mucho tiempo se ha organizado la asistencia médica como una actividad individual, ya que dependerá de las características del individuo enfermo, la forma en que solucionará su problema de salud y a su vez como se han agrupado los tipos de actividad profesional del médico, una de acción individual y otra institucional.

Siendo en los dos casos el objetivo por alcanzar el que se plantea en forma teórica como el óptimo para una población como la nuestra en el D.F. planteándose:

- (*) Término que hace referencia a aquellas creencias y prácticas relativas a la enfermedad y que son propios de determinado desarrollo cultural.
- (23) David L. Sills, Enciclopedia Internacional de las Ciencias Sociales Edit. Aguilar, España, 1977, Tomo I. p. 529.

1. Administración central con atributos suficientes para organizar, supervisar y coordinar actividades.
2. Acceso a sus servicios del mayor número o de toda la población.
3. Funcionamiento de una organización articulada que asegure todos los recursos, coordinación de instituciones y de servicios, integración, regionalización, etc.
4. Diagnóstico clínico temprano a través de algún sistema que lo haga accesible al público.
5. Tratamiento oportuno, completo y restaurador (rehabilitación).
6. Control sistemático de revisión (periódico).
7. Atención y asistencia organizada en servicios de internación hospitalaria, consulta externa o ambulatoria y atención domiciliaria.
8. Coordinación de la actividad profesional de los médicos y profesionales santiarios institucionalizados y de los que trabajan en instituciones privadas.
9. Acciones individuales (clínicas) para la prevención de la enfermedad y fomento o promoción de la salud (énfasis en educación para la salud) a través de programas sistemáticos debidamente coordinados en los que la acción se realice a nivel de la sala de hospital, de consultorio externo, del domicilio de la familia.
10. Docencia para personal médico paramédico.
11. Investigación clínica, administrativa y epidemiológica-social.
12. Evaluación de los servicios entregados a la población.

Lo anterior se ve confirmado con la política actual del Sector Salud en nuestro país, y que se pone de manifiesto en el glosario de la área médica editado en 1982.

Se ha descrito inicialmente el proceso y los factores que intervienen en la evolución salud-enfermedad, esto en base a que la atención médica se ajusta a este proceso.

A continuación se describirán los tipos de atención médica y el proceso de atención en nuestra sociedad urbana:

1. Atención médica basada en el ejercicio privado de la profesión (medicina como mercancía vendible), y medicina gratuita para la población sin capacidad de adquirirla (caridad).
2. Seguros voluntarios de enfermedad, organizados por empresas comerciales particulares o por grupos de médicos que atienden al público mediante cuotas mensuales.
3. Seguros obligatorios de enfermedad para toda la población o para grupos de población. Estos sistemas son estables, completos o parciales en sus beneficios, individuales o familiares.
4. Programas de seguridad social estatales que ofrecen protección biológica completa y protección económica a toda la población.
5. Extensión de los servicios preventivos de salubridad y coordinación con los planes nacionales estatales. Esta etapa es la más avanzada; los programas de salud se han socializado totalmente y sus beneficios se distribuyen libremente a toda la población.

El el área urbana y sub-urbana del D.F. existen diferencias de instituciones de salud que prestan atención médica: Las diferencias radican en los recursos físicos como en los humanos sobretodo en el número del personal profesional médico y paramédico.

Las instituciones que fundamentalmente prestan atención médica a la población infantil abierta son: La Secretaría de Salubridad y Asistencia; El Instituto Mexicano del Seguro Social, a través del Programa de Solidaridad Social IMSS-COPLAMAR; El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, considerándose tanto el sistema federal como estatales; ciertos organismos estatales y municipios de asistencia médica en algunas entidades federativas, y los servicios médicos del Departamento del Distrito Federal.

En las instituciones que atienden a la población abierta, los indicadores de cobertura, número de consultas o atenciones, señalan disparidad entre las necesidades, la demanda y el uso de los servicios.

El nivel socioeconómico y cultural de la población, el marginalismo rural y urbano, influyen considerablemente en la utilización real o potencial de los servicios.

Las instituciones que otorgan servicio a la población derechohabiente: Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y otras empresas

cuya acción sustantiva no es la atención médica pero que la incluyen dicha atención como una presentación contractual a sus trabajadores, como Petróleos Mexicanos, Nacional Financiera, Sistema de Transporte Colectivo de la Ciudad de México, Comisión Nacional Bancaria, Lotería Nacional para la Asistencia Pública y la Unión Nacional de Productos de Azúcar. Estos últimos atienden a menos de 2 % de la población con derecho a ciertas formas de seguridad social.

Tipos de Atención Médica

En el Distrito Federal por ser una ciudad en proceso de cambio constante que experimenta cambios bruscos en su organización, en base a su crecimiento constante e inestabilidad organizacional conviven en ella cuatro tipos de atención médica que se ajustan a lo descrito en el libro de Salud-Enfermedad de Hernán San Martín y las perspectivas que plantea el Sector Salud.

1. Consulta externa. Es aquel servicio por medio del cual el hospital se pone en contacto con la comunidad.
 - Los problemas de salud se resuelven en forma ambulatoria sin tener que recurrir a la hospitalización que es mucho más costosa.
 - Mejor aprovechamiento del recurso cama hospitalaria si se intensifica el trabajo diagnóstico y terapéutico pre y post-hospitalización.
 - Ofrece condiciones para la integración de la atención curativa — con la preventiva, educativa y de promoción de la salud; rehabilita

- tación, investigación y docencia.
- Además en el consultorio externo donde el enfermo tiene el primer contacto con el servicio; es el sitio indicado para seleccionar — los casos que deben ser hospitalizados o para controlar enfermos — dados de alta o para continuar un tratamiento ambulatorio o un — control periódico de salud.
 - Finalmente, es el servicio que, por estar más ampliamente vinculado a la población, revela con mayor evidencia las virtudes o deficiencias de la organización.

Los consultorios externos pueden ser generales o especializados, urbanos y rurales. Pueden estar instaladas en el mismo edificio del hospital o anexos a él, lo cual es conveniente por razones de orden económico y de mejor asistencia técnica.

2. Asistencia Médica Domiciliaria. El hospital base tiene a su cargo la organización y control del programa.
La asistencia médica domiciliaria requiere que el hogar ofrezca condiciones mínimas necesarias para atender debidamente al enfermo. Esta asistencia debe ser de igual calidad que la que se ofrece en el consultorio externo del hospital.
3. Hospitalización. En el pasado, los hospitales eran sitios de aislamiento para los enfermos y donde se proporcionaban tratamiento y "buen morir". Desde esa época colonial, el progreso médico ha revolucionado el papel de hospital. Ahora no sólo es el lugar más seguro para recobrar la salud sino también un centro

de prevención y educación para el fomento de la salud.

El hospital pasa a ser el centro más importante de la atención médica organizada y se conecta con la población a través de los consultorios externos y de la atención domiciliaria.

4. Medicina comunitaria que tiene sus antecedentes en los centros de salud ingleses. La medicina comunitaria es el conjunto de actividades planificadas de atención médico-social que tiene como objetivo ir alcanzando niveles de salud cada vez mejores, utilizando en forma óptima los recursos disponibles con la participación informada y activa de la comunidad.

La medicina comunitaria desarrolla estructuras a nivel local que son intermediarios entre el hospital y la población. En este tipo de atención hay cuatro clínicas básicas: medicina general, pediatría, obstetricia-ginecológica, odontológica. A ellos se suelen agregar algunas especialidades según las necesidades locales.

Características de Medicina Comunitaria:

- a) Sectorización del trabajo
- b) Ofrecer atención polivalente pero integrada
- c) Tomar a la familia como unidad de trabajo
- d) Ofrecer una atención continua
- e) Trabajo en equipo
- f) Participación activa e informada de la comunidad.
- g) Educación sanitaria a través de cada actividad del programa. (*)

(*) Hernán San Martín. Salud Enfermedad. p. 665-666

Niveles de Atención Médica

El Diccionario de las Ciencias Sociales afirma: "Desde el punto de vista de las Ciencias Sociales, la asistencia médica constituye un campo propicio para el estudio de la institucionalización de los valores sociales..." Este concepto nos permite el comprender el porque se ha llegado a la institucionalización del Sector Salud y consecuentemente de los valores culturales de nuestra sociedad que dependerá en gran medida de sus políticas y programas.

Desde 1983 se han unificado criterios para el funcionamiento de las instituciones públicas de salud, manteniendo como política con relación a la atención médica el considerarla de la siguiente manera:

"La atención médica, como acción organizada por el Estado, se define como el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo con el fin de promover, sostener y restaurar su salud; es integral en tanto que considera los aspectos biológicos, psicológicos y sociales, y comprende servicios preventivos, curativos y de rehabilitación los cuales se pueden proporcionar en el domicilio, la vía pública, el consultorio, la clínica y el hospital. Su cobertura debería extenderse a toda la población". (24)

(24) Comisión de Salud y Seguridad Social, Coordinación de los servicios de salud, Hacia un Sistema Nacional de Salud, Edit. UNAM, México, 1984.

Y planteándose como actividades básicas:

- a) Prevención de enfermedades y promoción de la salud del individuo, como parte de un programa específico o como complemento de las demás actividades de la atención médica.
- b) Diagnóstico clínico, cuya finalidad es caracterizar los problemas de salud de los individuos y el ámbito en que se desarrollan. Se suele apoyar en los servicios auxiliares de diagnóstico, como el laboratorio, los estudios anatomopatológicos y los de electrodiagnóstico.
- c) Tratamiento médico quirúrgico que incluye la atención de urgencias.
- d) Rehabilitación física mental
- e) Actividades de ciertos programas de salud pública dirigidos a la colectividad; pero donde sus miembros son individualmente considerados, ejemplo: programas de vacunación, atención materno-infantil, planificación familiar, control del paludismo o algunas enfermedades infecciosas o de tipo socioambiental, tales como el alcoholismo y las toxicomanías.

Existen otras actividades de apoyo mutuo, como la formación y capacitación de recursos humanos y la investigación médica. Sentándose sobre las bases de la política del Sector Salud, el proceso de la atención médica en la zona urbana y sub-urbana del Valle de México se ha adaptado el sistema de niveles de atención médica y regionalización, mismos que describen a continuación:

Definición: Primer nivel de atención. Constituye el sitio de entrada de los individuos al sistema de salud institucional, en donde se toman las medidas generales en relación tanto a la salud como a la enfermedad de individuos y familias, se realizan acciones continuas e integradas de promoción, protección, recuperación de la salud y rehabilitación dentro de las unidades de medicina familiar y en la comunidad, dirigida a pacientes ambulatorios. Estas acciones se orientan a la solución de problemas y necesidades de salud más comunes y, que en mayor medida influyen en las condiciones de vida y de salud de la población.

Definición: Segundo nivel de atención. Es aquel en donde se concentran pacientes derivados del primer nivel de atención para proporcionar los cuidados médicos en forma intermitente y discontinua. Su campo de acción básico es el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de casos a través de servicios especializados en consulta externa y hospitalización.

Definición: Tercer nivel de atención. Es aquel en donde se concentran pacientes derivados del segundo nivel de atención, para proporcionar los cuidados médicos en forma episódica. Se atienden pacientes con patología orgánica concreta específica y de escasa frecuencia, que para su estudio y tratamiento se requiere de recursos humanos y tecnológicos altamente especializados, dispuestos en consulta externa y hospitalización.

Sistema de atención médica:

- Regionalización de servicios
- Niveles de atención
- Traslado de pacientes

Objetivos de regionalización.

Médicos:

- Lograr la autosuficiencia en recursos humanos, tecnológicos y económicos de una región determinada para la atención integral de los problemas de salud.
- Establecer la distribución necesaria y eficiente del personal médico y técnica acorde a las necesidades.
- Motivar al personal multidisciplinario de los servicios médicos al ejercicio de sus profesiones en todas las regiones del país.

Administrativos:

- Establece la racionalización técnica en la distribución, número y tipo de unidades médicas necesarias para la operación de los diferentes niveles de atención.
- Simplificar y mejorar la administración de los servicios médicos correspondiente a una gran área geográfica determinada.

Unidades de Medicina Familiar

Unidad de atención médica ambulatoria y domiciliaria para proporcionar atención de medicina familiar integral. Con recursos propios

del primer nivel, a individuos y familias que tienen adscritos.

Hospitales Generales de Zona

Unidad médica de concentración para la atención de pacientes provenientes de unidades de medicina familiar de su zona de influencia o de otros hospitales generales, en consulta externa de especialidades, urgencias medicoquirúrgicas, daño del trabajo rehabilitación y hospitalización de gineco-obstetricia, pediatría, medicina interna, cirugía general y las que se derivan de estas, dotadas de elementos físicos, humanos y tecnológicos propios del segundo nivel de atención.

Unidad médica de concentración regional para la atención de paciente provenientes de los hospitales generales de zona, en consulta externa y hospitalización, en una o varias especialidades médicas o sus ramas, dotada de elementos físicos, humanos y tecnológicos altamente especializados, propios del tercer nivel de atención.

Primer nivel: Características.

Se ocupa del control de población de zona:

- Protección y promoción de salud
- Prevención de padecimientos
- Atención de primeros auxilios

- Atiende problemas de salud comunes e inespecíficos
- Ciertas enfermedades crónicas
- Atiende a la población adscrita de su zona de influencia a familias específicas.
- Están incertos en zonas estratégicas
- Consultas en la unidad, consultas a domicilio y acciones en las comunidades
- Hay acceso directo a este nivel

Primer nivel: Funciones

- Orientados hacia la promoción y protección de la salud y al diagnóstico y tratamiento oportuno de los padecimientos.
- Programas de difusión para la salud, inmunizaciones, campañas sanitarias y programas especiales enfocados a resolver problemas médico-sociales.
- Tiene como objetivo: ELEVAR EL NIVEL DE SALUD DE LA POBLACION AMPARADA MEDIANTE LA DISMINUCION DE LOS FACTORES DE RIESGO Y DE TRASCENDENCIA DEL DAÑO.
- Servicios de medicina familiar: odontología, control de prestaciones, hospitalización, medicina preventiva, primeros auxilios, trabajo social, etc.

Segundo Nivel: Características

- Se llega habitualmente referido por el primer nivel en casos

que requiere cierta atención especializada.

- No tiene un enfoque integrador, es en función de individuos y sistemas, aparatos en órganos aislados.
- Sirve a grandes grupos de población.
- Esta situado a una distancia media.
- Da atención intermitente y discontinua.
- De caracter general a la medicina interna, cirugía, obstetricia.y -
pediatría.
- Se orienta hacia el diagnóstico y el tratamiento oportunos y la limitación del daño.
- Requiere de conocimientos, habilidades y tecnología de amplitud y profundidad medias.

Segundo nivel: Objetivos

- Proporcional a los pacientes de la zona de influencia las prestaciones médicas y socioeconómicas a las que tiene derecho, con elevado sentido humano, en forma oportuna y con las más alta calidad.
- Efectuar, permanentemente la capacidad y desarrollo del personal para cumplir de la mejor manera, las atribuciones y requerimientos establecidos para el segundo nivel de atención.
- Formas, de acuerdo a los lineamientos institucionales, recursos humanos en especialidades médicas y técnicas y, participación preliminar en los estudios de las ciencias de la salud.

- Promover la investigación clínica que permite abatir los índices zonales de morbilidad.
- Lograr el mejor aprovechamiento de los recursos humanos, materiales y financieros asignados.

Tercer nivel: características

- Atención médica especializada
- Servicios aún muy técnicos
- Atiende pacientes con problemas poco frecuentes y complicados
- Puede estar situado a gran distancias
- Su atención es episódica y discontinua
- Son derivados del segundo nivel fundamentalmente.
- Personal y tecnología muy especializados

1.2. Características de las patologías en: Pediatría Médica Lactantes y escolares, Neonatología, Cirugía Pediátrica, Neumología, Hematología, Nefrología, Cardiología, Endrocrinología y Neurocirugía Pediátrica.

Características que se describen en el anexo Núm. 1.

CAPITULO II
ASPECTOS EMOCIONALES Y SOCIALES DE LA ENFERMEDAD
FISICA DEL MENOR HOSPITALIZADO

2.1. Desajustes psicológicos del niño hospitalizado

La atención médica es muy importante desde el punto de vista hospitalario, ya que incluso en cierto grado la atención médica puede valorarse por el número de camas de hospital. En toda América Latina existen aproximadamente 13,000 hospitales con más de 900,000 camas, lo que equivale a 2.8 camas por cada 1000 habitantes. Situación que se viene a manifestar como un problema por lo limitado que es para dar atención médica requerida.

Otra condición desfavorable que sufre América Latina y consecuentemente México, que se ajustan términos generales a su problemática, es que el 50% de los ingresos hospitalarios a nivel pediátrico, esta constituido por enfermedades transmisibles, parasitarias, infecciosas, complicaciones pre y perinatales y por alteraciones físicas y mentales originados por accidentes; esto significa que un alto porcentaje de daños podrían ser evitados o tratados previamente sin llegar a la necesidad de la hospitalización, en consulta externa o en la comunidad.

La deficiencia de locales en cuanto a cantidad y en calidad es otro problema de los recursos, de los servicios médicos que incluso en ocasiones son mal aprovechados. Este problema en nuestro medio urbano es visible y tangible generado principalmente por el movimiento migratorio campo-ciudad "Las privaciones y limitaciones del desarrollo en las zonas rurales parecen hacer irreversible el movimiento de la población rural y sus problemas hacia áreas urbanas, originando en estas últimas nuevas situaciones críticas en renglones sociales y de salud se estima que en el año 2000 la población urbana constituirá el 75% del total" (25)

En el Distrito Federal se incrementa en los años 40, con el nacimiento del Hospital Infantil de México (cuna de la pediatría en nuestro país y responsable de buena parte del éxito actual de la pediatría latinoamericana). A partir de su surgimiento y de acuerdo al desarrollo experimentado por la ciudad de México la pediatría creció; los nosocomios u hospitales se multiplicaron en la ciudad. Posteriormente y de acuerdo al desarrollo se presentó un serio problema para la calidad de la medicina y en especial de la pediatría "... al crecer la planta física y el campo de acción de las instituciones de salud y de seguridad social; al incrementarse desmesuradamente la tecnología médica, al hacerse difícil el mantenerse actualizado en el progreso verdaderamente científico, resulta relativamente más fácil que el médico sea víctima y complice

(25) Fajardo Ortiz Guillermo.... Op. Cit. p. 95

involuntario de intereses no éticos ..." (26). Y consecuentemente el hospital se encuentra con frecuencia en estructura administrativa anticuada y rígidas o han sido establecida sin ningún plan, es conveniente mencionar que los médicos que generalmente tienen cargos directivos no están suficientemente preparados y enterados de los cambios médicos sociales, situación que contrasta con sus conocimientos y preparación en el área biomédica. En este trabajo en el que se establecerá el proceso salud-enfermedad desde el punto de vista biopsicosocial en hospitales de tercer nivel o de atención especializada del área pediátrica y la importancia de la hospitalización, misma que está vinculada a los recursos y el personal para el diagnóstico y tratamiento del niño y la forma tan importante en que el personal, los recursos e incluso medicamentos se enlazan para ese mismo objetivo.

Existen grandes problemas ya establecidos con anterioridad en factores intervinientes en el proceso salud-enfermedad, que llevan a la atención pediátrica esté sobrecargada y subestimada tanto a nivel hospitalario como familiar "...no es posible que nuestros hospitales reciben un 60% de la consulta externa por el servicio de urgencia, lo que solo manifiesta que hasta el último minuto nos preocupamos de un niño enfermo, con el sobrecargo agobiante a la institución, lo que propicia un manejo deficiente, del cual además nos quejamos amargamente". (27)

(26) Asociación Mexicana de Pediatría, El Crecer de Nuestros Hijos, Ed. IMSS, México, 1980, p.5

(27) Asociación Mexicana de Pediatría. ... Op. Cit. p. 666

Es importante aclarar que los hospitales de tercer nivel del área pediátrica en el Distrito Federal atienden a niños con problemática física de acuerdo a la siguiente clasificación:

1. Enfermedades específicas del periodo de la niñez.
2. Enfermedades que prevalecen en la comunidad y se presentan con frecuencia. (no siendo exclusivos de la niñez).
3. Enfermedades que se manifiestan en esta etapa.
4. problemas generados en el parto o en etapa perinatal.
5. Enfermedades genético-hereditarias.
6. Enfermedades de orden degenerativo o infecciosas.
7. Accidentes..

El Dr. Antonio Taracena miembro de la Sociedad Mexicana de Cardiología y Exdirector general de los servicios médicos del D.D.F., afirma lo siguiente en relación a las instituciones de salud, están dentro de una estructura social definida y no han alcanzado el nivel de progreso científico que tienen otros estratos de esta misma estructura social, por esta razón presentan características de subdesarrollo, consumismo y jerarquización oligárquica a las otras instituciones de la sociedad que las contiene, y así mismo afirma que en una sociedad subdesarrollada y consumista, es de esperarse que existen frecuentes desviaciones en el crecimiento y desarrollo de sus habitantes, mismas que se manifiestan en forma de entidades que alteran la antropometría y producen diversas enfermedades que afectan la economía y el equilibrio

del individuo que las padece. Estas desviaciones pueden originarse por alteración o defecto propio del proceso embriológico o fisiológico de cada individuo estable o bien ser una secuencia de las alteraciones de alguno de los elementos que garanticen esta individualidad: alimentos, medio ambiente, habitación o estructura social. Como quiera que sea, estas desviaciones que sufre el humano, repercuten en mayor o menor grado sobre su condición y su inmanencia (*) ya que limitan seriamente su posibilidad de trabajo físico o intelectual y así su participación en la formación de su sociedad cambiante.

Por lo tanto en México la hospitalización pediátrica se ha convertido en un sistema de estructura (hasta el momento con cambios débiles), en donde no se han estudiado profundamente sociológica y psicológicamente, el hecho de ser un niño hospitalizado.

Es conveniente hacer referencia a lo descrito en la Enciclopedia de las Ciencias Sociales sobre hospitalización: "Los síntomas físicos y psicológicos de la enfermedad y las características del rol del enfermo que una persona empieza a desempeñar una vez que ha sido definida como tal, la sujetan a una serie de tensiones, esté o no hospitalizada. Entre esas tensiones cabe mencionar las que se originan por la inactividad e incapacidad física; la incertidumbre en cuanto al pronóstico y al desarrollo de la enfermedad; en ciertos casos, la perspecti-

(*) Inmanencia.- Existencia pensada por el mismo, existencia en su totalidad, dentro de sí mismo. Imanente.- Lo que es inherente a un ser o va unido de un modo inseparable a su esencia.

va objetiva de la no recuperación y de la muerte inminente; problemas acerca del sentido de la enfermedad; aislamiento del mundo de los seres normales y sanos; sumisión a la autoridad de la ciencia médica, que es el médico, y al personal del hospital (Merton y Barber 1963). No obstante, el internamiento en el hospital del paciente hace más severa su separación psicológica y social tanto como física, del mundo de los sanos. Los coloca totalmente bajo los cuidados, control y tecnología de la medicina moderna y del grupo de personas que la administra. Bajo ciertas condiciones, le hace un posible objeto de experimentación e investigación. Y lo introduce dentro de una nueva microsociedad que exige de él que sea un miembro adaptado y dispuesto a cooperar".(28).

La reacción del niño ante su hospitalización.

El enfrentamiento que tiene el menor con el ambiente que le ofrece la atención médica y en éste caso la hospitalización es un fenómeno de tipo impactante y a fin de entenderlo más profundamente se partirá de la relación que existe entre el aspecto biológico del ser humano. "Vida y psiquismo designan una misma realidad, arrancan de una misma fuente material y representan, respectivamente, los modos cuantitativo y cualitativo a través de los cuales se establece el equilibrio entre el organismo y el medio, los fenómenos que de ello resultan se observan de manera fundamental en la adaptación y el desarrollo y se sitúan en un punto en el cual las conclusiones de la biología

(28) Enciclopedia de las Ciencias Sociales,... Op. Cit., p. 421.

y la psicología no alcanzan a cubrir por separado, psicobiología".(29)

Por lo tanto se puede deducir que la búsqueda de un equilibrio en el niño que se enfrenta a situaciones externas como es la hospitalización debe ser considerada a fin de que estas condiciones sean más propias para lograr su estabilidad.

Otro concepto expresado por este autor y que es aplicable para la consideración de la problemática del menor hospitalizado es que, desarrollo y adaptación son entidades especiales pues designan el modelo jerárquico de formas y estructuras por medio de la sucesión continua del individuo en el dominio temporal planteado así una relación innepable entre causa-efecto sumamente relacionados con los conceptos de cantidad y calidad. "La relación psicobiológica se establece mediante al psiquismo primario y secundario. Psiquismo Primario: Sistema orgánico en el cual la actividad física, neurodinámica, esta volcando por entero hacia el ser, en relación a los valores biofísicos y bioquímicos que se combinan en el organismo para mantener el equilibrio anterior. La interacción entre el psiquismo primario (aparatos, órganos, sentidos, etc) de factura neurovegetativa, y los cambios biofóricos del medio ambiente, interacción. De la cual resulta el equilibrio individuo o medio. Esta acción mutua se traduce por sucesivas adaptaciones de medio interno a nuevas circunstancias externas transmitidas por la herencia de caracteres adquiridos y revelados por la

(29) Alberto L. Merani, Psicobiología, Ed. Grijalbo, España, 1977.
p. 98

acción práxica, transformadora del medio externo y cambio obligado para la estructuración del neurodinamismo cerebral de los animales superiores, en especial el hombre.

Este neurodinamismo que conjuga la energética del psiquismo primario con la energía biofórica del medio externo, y que se traducen por la actividad integradora del sistema nervioso central constituye el psiquismo secundario propia de los seres estructurados por órganos, aparatos, sistemas, capaces de automantener bajo circunstancias variables el equilibrio interno externo constituyendo formas para sí" (30).

Partiendo de estos principios ahora se hablará de la reacción del niño ante su hospitalización y tratamiento.

Reacciones del niño ante la admisión hospitalaria.

Desde el momento en que el menor tiene la perspectiva de ser hospitalizado se ve ante la posibilidad de cambiar su vida diaria, por principio de cuentas el dejar su ambiente libre de "dar y tomar" "La internación le cambia bruscamente sus actividades y sus relaciones; se imponen reglas; su posición social, económica y familiar es susti-

(30) Alberto L. Merani.... Op. Cit. p. 31.

tuida por normas institucionales; únicamente "recibe" no puede dar.

En todo caso, las condiciones físicas, psíquicas, económicas y sociales del paciente determinan; tipo de cuarto, características de la cama, medicación, ropa, alimentación, higiene corporal, visitantes, entretenimiento, etc." (31).

Es importante considerar que en el niño el hospital en sí, su aspecto físico y tecnológico provocan ansiedad en él, en forma automática entiende que es un cambio en el desarrollo de su vida normal que terminará su independencia, su personalidad dependerá de gente extraña que él no conoce y que no lo conocen, es un aspecto psicosocial que modifica la trayectoria y proceso de la enfermedad, es la noción del paciente en su "papel de enfermo". Así el niño bajo condiciones de su enfermedad, su medio económico y social determinarán el grado de "perdida" de identidad ante su situación de hospitalización. Tomando como base que el hospital es una institución generadora de angustia, que en muchos casos provoca que el niño rechace su "papel de enfermo".

El primer enfrentamiento que tiene el menor con el ambiente hospitalario es la admisión. "En muchas instituciones los trámites de admisión son tan molestos que intensifican los temores del paciente

(31) Fajardo Ortiz Guillermo... Op. Cit. p. 290.

y hasta pueden crear en él un sentimiento de hostilidad." (32).

En el menor se ven aumentadas las desventajas del hospital en su estructura jerárquica, sus normas rígidas e inadecuadas cauces de comunicación.

Por lo anterior se puede afirmar que en el menor la hospitalización es generadora desde: 1) ansiedad; 2) angustia hasta un verdadero terror; 3) además de su integridad física; pérdida de su identidad (se le identifica con el número de su cama y padecimiento o de probable diagnóstico); 5) incomodidades; 6) privación ; 7) tedio y turbación en función a los aspectos de su cuidado físico.

Ante esto es conveniente considerar. "Tanto los padres como los hospitales deben procurar en la mente de los niños que van a ser internados una imagen favorable de la institución. Algunos hospitales o servicios pediátricos tratan, con excelentes resultados, de preparar a los niños para que consideren a los hospitales como lugares interesantes a los que no hay que tener miedo.

Se ha dicho que ha sido más fácil pensar de modo creativo respecto a las necesidades de los niños, que sobre las de los adultos". (33).

(32)E.L. Brown, Nuevas Dimensiones en el Cuidado de los pacientes. Edit. Prensa Médica Mexicana, México, 1971, p. 49.

(33) Ibidem. p. 52.

Este planteamiento hace referencia a dos aspectos muy importantes con respecto a la reacción emocional del niño ante su hospitalización; una de ellas es la intervención de la familia ya que dependiendo de su estructura, dinámica y conformación cultural se establecerá la relación del niño ante su hospitalización. Por lo que se hará referencia a los tipos de familia descritos por M. Petrillo y S. Sanger y su recuperación en la conducta del niño ante su admisión hospitalaria

En el caso de la familia emotiva, excesiva en la forma de mostrar sus estados emocionales, generalmente provoca en el menor una falta de confianza en el hospital, debido a los excesivos de que se ve objeto por parte de su núcleo familiar. En la familia insincera, generalmente se engaña al niño con respecto a su hospitalización lo que provoca en el menor una desilusión, confusión, desengaño y pérdida de confianza en los adultos, aspectos muy negativos para su tratamiento médico.

La familia punitiva y adusta, la amenaza y castigo métodos comunes de disciplina provocan en el menor un sentimiento de culpa en el primer momento al asociar su hospitalización como una represión. También puede sentir inseguridad transmitida por los padres, ya que en forma general este tipo de familias consideran al personal como indulgente y consentidor.

Familia de pobre cultura, el niño de este tipo de familia se comporta impulsivo, sin preocuparse de las consecuencias, él siente fácilmente pánico como se demuestra por su hiperactividad o pasividad excesiva.

En la familia sobreprotectora se da un comportamiento y actitud del niño agresiva, son exigentes y pretenden tratar como igual a los adultos..

La familia mejor adaptada, en este caso la hospitalización no representa un problema muy serio ya que estos niños son inquisitivos e imaginativos, y por lo tanto preguntan, es fácil que entienda los motivos de su hospitalización.

En todos los casos el menor se ve involucrado en un factor de crisis al cual puede reaccionar positiva o negativamente y dependera de los mecanismos de defensa que utilice: regresión, identificación, proyección, negación, racionalización, sublimación, desplazamiento, conversión, represión o compensación; así mismo en su agudeza en la composición de su personalidad. "La primera de estas situaciones, la admisión del paciente resulta particularmente importante debido a que es justamente en ése momento cuando la persona, por común hipersensible a todo lo que se refiere al lugar de su enfermedad o lesión le han llevado, recibe la impresión inicial de cómo es el lugar. Esta breve experiencia puede sentar el tono de aceptación o de rechazo de lo que seguramente habrá de venir luego, esta es la acogida que él espera siempre, y que por desgracia, muy pocos hospitales proporcionan. Incluso que las instituciones se esmeran en suavizar los tramites de admisión, rara vez ofrecen una acogida lo suficientemente calurosa como para satisfacer las esperanzas del enfermo y empezar a aliviar

así, en alguna forma, su angustia". (34)

En la cita anterior se hizo referencia a otro factor importante en la hospitalización de un niño y este, es la institución o unidad médica-hospitalaria, así el personal de llevar a cabo el proceso de admisión del niño debe considerar esto y plantearse medidas a un mejor acceso del niño al hospital y cumplir así con una admisión que sea potencialmente terapéutica.

Petrillo y Sanger plantean lo siguiente en cuanto a la hospitalización del menor:

- a) No dar ideas que lleven a esperanzas mágicas de mejoría y curación.
- b) Es probable que ideas irreales también se le ocurran al niño que se siente confundido al llegar al hospital, por haber sido preparado en forma inadecuada.
- c) Aun cuando los padres hayan tenido preocupación de preparar al niño, este desarrolla diferentes conceptos de lo que va a pasar después de la hospitalización, es conveniente que el personal conozca estas esperanzas.
- d) El niño tiene fantasías de acuerdo a su edad.
- e) El niño puede asociar su hospitalización en base a la experiencia de un familiar.

(34) E.L. Brown,...Op. Cit. p. 49

f) El niño puede asociar el ingreso al hospital con un desenlace fatal, particularmente mutilación.

La reacción del niño para determinación del diagnóstico o corta internación.

El niño por su posición imparcial (socialmente determinada) en cuanto a su tratamiento, en este caso, puede ser a nivel de determinación de diagnóstico o de hospitalización poco prolongada no significa un atenuante para su conflictiva emocional y alteración psicológica - la duración no necesariamente determinante en la conflictiva del menor - y alteración psicológica, él experimenta las mismas reacciones ante su hospitalización, principalmente, antes de la adolescencia reacciona igual por su limitada capacidad de concepción del tiempo y espacio, se agreden de igual manera sus derechos, privilegios y satisfacciones habituales.

El planteamiento anterior deja la perspectiva a la consideración de apreciación al proceso del desarrollo como un elemento importante para valorar al niño en un ambiente hospitalario.

"La atención del paciente implica mucho más que la evaluación del estado de desarrollo. Aunque estos factores se consideran en ocasiones revestir importancia primordial durante la infancia y la edad avanzada. Durante estos años vitales pueden producirse cambios fisioló-

gicos y psicológicos muy importantes, susceptibles de afectar aspectos de la vida del individuo tales como su trabajo, sus relaciones y sus reacciones a las enfermedades, las lesiones y la muerte". (35).

A continuación se describirán factores psicoemocionales del menor sometido a la stress provocado por el hospital:

Características de una persona que reacciona en forma sana o adaptativa a una situación de crisis.

- Capaz de manejar la situación usando mecanismo apropiados.

- Capaz de usar defensas constructivas para la ansiedad.

- Capaz de reconocer sus necesidades de dependencia y buscar y aceptar ayuda.

- Capaz de manejar la incertidumbre sin comportarse compulsivamente.

- Capaz de aceptar los retos del ambiente y reconocer el valor de los mismos para su crecimiento personal.

Características mal adaptativas que pueden llevar a la crisis.

- Excesiva negación o aislamiento, utiliza la fantasía para reemplazar.

- Conducta impulsiva, pone la culpa en otros.

- Niega las emociones; reacciona exageradamente o suprime los sentimientos.

- Llena las necesidades de dependencia siendo completamente dependiente de alguien o negando sus necesidades de asistencia (acciones que se pueden interpretar como negación a ayudar).

- Incapaz de buscar ayuda o utilizarla si se le ofrece.

Respuestas adaptativas o mal adaptativas del niño:

(35) Smith Doroty W. Enfermería Médico Quirúrgica.

- Amenaza a integridad física.
- Aislamiento
- Agresividad
- Retraimiento
- Apatía
- Conformismo
- Miedos

Uso de mecanismos de defensa: represión, proyección, desplazamiento, conversión, compensación, etc.

Signos de stress en etapa escolar y preescolar.

1. Dificultad en separarse de la madre.
2. Fobias.
3. Aislamiento marcado.
4. Conducta impulsiva hostil y asocial.
5. Problemas en el aprendizaje.
6. Incapacidad de relacionarse con maestros y compañeros.
7. Tipos inapropiados de conducta en condiciones normales.
8. Infelcidad, depresión.
9. Tendencia a desarrollar síntomas físicos asociados con su problema.

Tenpranos ~~signos~~ de stress en el niño hasta los 5 años.

1. Disturbios en el comer, la eliminación, el sueño, mucha o poca ingestión de comida.
2. Crecimiento retardado.
3. Síntomas orgánicos específicos (vómitos, diarreas, dermatosis, etc.).
4. Retardo en la habilidad motora y actividad, control de esfínteres, comunicación y crecimiento.
5. Disturbios en la capacidad de jugar.
6. Propensión a accidentes.
7. Miedo a situaciones conocidas o desconocidas, dudas de la propia capacidad.
8. Disturbios en el estado anímico.
9. Baja tolerancia y frustración. (*).

Entendiendo la hospitalización ya sea para un tratamiento corto o simplemente para confirmación o elaboración de un diagnóstico significa una problemática que J. Robertsón en su libro Young Childrens in Hospitals, (Londres) 1959 la definió como angustia de separación y -- que va desde la simple protesta hasta la desesperación y la negación. La divide en tres etapas:

1. Rechazo: Caracterizado por inquietud, llanto excesivo, búsqueda de sus padres, rechazo del personal y apoyo.

(*) Obra consultada, Facultad de Enfermedad, Programa de Salud Mental para personal docente, Universidad de Nuevo León, México, 1982.

2. Tristeza: tradicionalmente considerada como principio de adaptación, puede aparecer la negación, resistencia, y apatía.
3. Adaptación: el menor colabora con su tratamiento.

Esta última etapa estudiada en los últimos años se ha demostrado que puede ser falsa, que fácilmente se invierte con la llegada de los padres, en caso de una gran adaptación puede reflejar una relación inadecuada con los padres, además puede repercutir en falta de confianza, dificultad para establecer relaciones amistosas, distractibilidad, disminución del funcionamiento intelectual y egocentrismo, esto último puede ser producido tanto por relaciones familiares y sociales, defectuosas o causa de la hospitalización.

En el grupo infantil de menos de 6 meses casi nunca se observa angustia de separación ya que el niño acepta fácilmente madre sustituto.

Los padres y el personal deben trabajar a fin de disminuirla, en los niños menores de 5 años se debe alterar la atención del personal con la de los padres. Disminuir la angustia con juegos (juego repetitivo en donde la gente aparece y desaparece y así el niño conceptúa la ausencia y presencia).

En edad de 2 a 4 años la ausencia puede ser abrumadora ya que no tienen concepto del tiempo así es que lo que les consuela es la presencia real de los padres.

El grado de angustia que se manifiesta varía mucho con cada niño, dependiendo de su nivel de desarrollo, de la extensión de sus contactos sociales fuera de la familia cercana y sus anteriores experiencias de separación. Las reacciones del niño deben explicarse a los padres como normales, aceptables y como la única forma que tiene el menor de expresar su problema.

Es importante el establecimiento de horas claves para la estancia de los padres con el niño. La mayoría de los niños encuentran consuelo al tener un objeto que sepan es de los padres (fotografías, llavero, objetos personales, etc).

A medida que el niño madura su experiencia, sus necesidades de dependencia disminuyen y acepta la ausencia. Puede ser un mal síntoma las conductas regresivas. Es un factor muy importante que el niño se relacione con sus compañeros y personal.

En la Hospitalización prolongada o crónica

Tanto en la hospitalización de larga estancia como crónica puede ser considerada como un verdadero problema para el menor ya que además de enfrentarse a toda la conflictiva de su hospitalización se enfrenta a otros factores mucho más extremos, ya que se encuentra ante circunstancias agudas a nivel biopsicosocial.

La reacción del menor puede ser de las siguientes formas:

- a) Frustración. Cuando no se cumplen con las expectativas de salud del paciente en cuanto a la recuperación de la salud, o cuando sus expectativas sean incongruentes con la conducta del personal, es muy factible que se de la frustración y la angustia, de igual forma si la familia no responde a lo esperado por el menor.

- b) Formación de grupos de apoyo. A pesar de la gran variedad de salas hospitalarias estudiadas, en todos los casos los pacientes presentan unas formas determinadas de enfrentar la enfermedad en el hospital. Entre ellas se encuentra la organización de subculturas de enfermos, a veces en forma de clubs con un nombre, estatutos, directores, etc. Los enfermos tienden a interesarse por la ciencia médica sobre todo en cuanto se relaciona con sus propias enfermedades y frecuentemente reaccionan contra las emociones amenazadoras a base de humor. Existen pruebas de que la fuente de esos mecanismos no está solamente en la personalidad de los pacientes ni en la experiencia de la enfermedad.

- c) Ansiedad. En los niños vulnerables que reciben la hospitalización prolongada como un ataque físico real, Freud fue el primero en llamar la atención hacia la ansiedad como señal de una reacción interna ante el peligro interno o externo, la percepción y subsecuentemente la interpretación de lo que se ha percibido puede

depender de muchos factores.

- d) Excesiva adaptación. "Los pacientes cuya hospitalización cubre un periodo largo de tiempo pueden habituarse de tal modo a la rutina de actividades diarias y de sus obligaciones, derechos y privilegios tan claramente definidos que cualquier alteración les resulte perturbadora. Cuando se trata de niños, esta subordinación rutinaria a una autoridad impersonal puede tener consecuencias disfuncionales y causar trastornos en su desarrollo psicossocial. Puede originar regresiones, al menos temporales, a una fase previa de socialización en la que dependen más de controles externos que de los internos del superyo. (Davis 1964)". (36).

El paciente "bueno", el que "triunfa", es, por definición sociológica, aquel que progresa constantemente por el camino de la recuperación, deja el mundo del hospital tanto psíquica como físicamente y vuelve a desempeñar a pleno rendimiento los papeles normales dentro de su sociedad. La sumisión a las normas impuestas por su papel de enfermo y a las de ese sistema social que es un hospital contribuye poderosamente a la recuperación. Pero muchos de los estudios sobre la sociología de la enfermedad hacen resaltar también la paradoja de que cuanto mejor se adapta un paciente el papel de enfermo y cuando más perfecta es su integración dentro de la sociedad reducida del hospital, tanto

(36) David L. Sills, 111 Op. Cit. p. Tomo I. p. 242.

más difícil se le hace el camino sociopsicológico hacia la salud.

- e) Soledad y vacío. En consideración al estudio realizado por Ernest Dichter, en el cual concluyó mediante pruebas de proyección que el enfermo busca símbolos que lo reconforten, equivalentes a sus padres, en el mismo estudio se identificó que el enfermo tiende a considerar al hospital como una especie de familia adoptiva, pero en última instancia se contrapone con su deseo real, en base a la práctica institucional, cuando reacciona a esta situación se ve como un miembro del sistema y se crea en él un sentimiento de soledad y vacío (tan solo como un huérfano que ha sido internado).

- f) Rechazo a la práctica médica. Cuando el menor es expuesto a tratamientos, medidas clínicas y mal trato, el menor tiende hacia el rechazo de la práctica médica.

- g) Regresión emocional de tipo infantil. Cambio psicológico que adapta el menor generalmente cuando se conjugan factores adversos de hospitalización y excesivo cuidado"...algunos indicios de los -- profundos cambios psicológicos que pueden experimentar las personas enfermas durante el curso de su enfermedad, utilizando la terminología psiquiátrica, cabe decir que es probable que tenga lugar una regresión emocional de tipo infantil, en cuanto a su dependencia de las figuras paternas, sus quejas frecuentes e insistencia

de que se les proporcionen cuidados, y su satisfacción por lo común muy ostensible". (37).

Reacción del menor ante las intervenciones quirúrgicas

La familia o el personal médico pocas veces presta a informar al niño con respecto a su intervención, el menor escucha discusiones que parcialmente entiende y que él interpreta, por lo que él es una confusión. El niño solo se entera de su próxima intervención (si lo alcanza a entender) por la ansiedad de los padres y el movimiento que se genera a su alrededor. El niño presiente que algo especial va a ocurrir, su reacción inmediata puede ser de agresión que incluso en ocasiones es reprimida. Así el niño interpreta lo que será su intervención quirúrgica y estas interpretaciones corresponden de acuerdo a su edad.

De 0 a 1 año, en este caso el niño solo depende de su sensibilidad, mediante sus limitadas capacidades: oído, vista, olfato, etc., y percepciones de afecto o no, puede percibir un disturbio en su manejo (el ayuno preoperatorio, análisis, etc.) lo que genera en él, un descontrol e inquietud condicionada. Al final de esta etapa su problemática se intensifica ya que es capaz de conocer a su madre o madre sustituto. Anna Freud lo ubica dentro de la unidad biológica de la pareja madre-hijo.

(37) E.L. Brown... Op. Cit. p. 17.

De 1 a 5 años, se continúa con esta relación del binomio madre-hijo. El cariño a la madre es muy fuerte y la capacidad del niño para expresarse verbalmente todavía es muy limitada. Sus principales preocupaciones son el abandono y la individualización.

"De los 3 años en adelante se da un cambio sustancial. "Mediante el desarrollo ulterior del ego, la inclinación social se convierte en parte prominente de la vida del niño. A la edad de 3 ó 4 años, por término medio, se inician el juego en grupo y una verdadera sociabilidad durable. Como ya se ha mencionado, en este momento es cuando el reconocimiento del yo, como entidad completa, llega a su máximo desarrollo. Entre los dos miedos más intensos manifestados por los niños, se encuentran la separación de los padres y la lesión del propio yo. De acuerdo con el concepto de desarrollo del yo se han hecho algunas explicaciones acerca del primero. El miedo a herirse, el miedo a la sangre y el temor del fuego, que frecuentemente se hacen evidentes a los 3 y 4 años, se explican como basados en ideas similares; es decir, en la pérdida de la identidad al perder una parte de la misma. El tipo ritualístico y repetitivo de juego que en estas edades suele realizarse". (38).

Es decir al final de esta etapa el niño puede identificar lo que sucede en su mundo exterior, puede comprender fácilmente lo que

(38) Dr. H. Watsón, George H. Lowrey, Crecimiento y Desarrollo del Niño.

significa la intervención quirúrgica y sus repercusiones si no se entienden las necesidades del niño no son comprendidas y satisfechas, su experiencia quirúrgica puede convertirse en una experiencia desoladora.

En los niños de 6 a 9 años, en esta etapa los niños son muy imaginativos, lo que puede llevarlos a fantasías. También conocen su conformación física lo que despierta en ellos ideas de mutilación. El lenguaje es desarrollado y pueden expresar sus necesidades, si es que no se les ha reprimido. El niño necesita coordinación entre personal-familia a fin de que no surja en él la desconfianza. El niño tiene conciencia de su individualidad lo que puede crear en él actitudes de rechazo ante circunstancias que le son molestas. Es importante comentar la fantasía, por el contrario se le debe hablar con la verdad para que después de la operación sus esperanzas no sean inválidas y crea en él, sentimiento de frustración. "Despertar el cariño de un adulto especialmente estimado puede favorecer una identificación sana y fortalecer la confianza que el niño necesita a esta edad para afrontar problemas de orden físico, social y académico". (39).

En los niños de 9 a 13 años, en este caso el niño siente hacia su operación claras expectativas. Es importante estimular a que pregunte

(39) M. Petrillo y S. Sanger, Cuidado Emocional del Niño, Ed. Prensa Médica, México, 1975, p. 164.

lo que desee saber. Generalmente este grupo de edad tiene problemas de adaptación. El miedo a la muerte es frecuente en este periodo. Se pueden presentar tendencias regresivas, es común el sentimiento de frustración por las perspectivas que el menor ya manifiesta en esta edad.

Impresión del niño ante la muerte

El niño se enfrenta a la muerte de acuerdo a su edad. El manejo de estos niños para el personal médico y paramédico significa un problema, una forma por medio de la cual se puede prestar ayuda al menor es considerando la forma en que de acuerdo a su edad el niño entiende la perspectiva de la muerte. El menor de 3 años no tiene concepto de tiempo infinito, en él sólo se presenta la angustia de separación. De 3 a 6 años atribuye a la enfermedad a castigo por mala conducta. De 6 a 10 años empieza a temer a la muerte, la concepción ya como el término de la vida, dolor, mutilación progresiva, dolor inesperado y misterio. Más de 10 años, a partir de esta edad su concepción es similar al del adulto, pero profundamente sentimentalizada la muerte es un obstáculo, se convierte en frustración ya que en esta época el niño inicia su independencia, crecimiento físico y posee una imagen ideal de sí mismo. .

La angustia acerca de la muerte es especialmente intensa en pacientes que pertenecen a las familias orientadas hacia el futuro. En-

general se ha hablado de la problemática del preescolar, escolar y del recién nacido, voluntariamente se ha dejado al final el grupo de edad que corresponde al adolescente, ya que por sus características propias amerita sea manejado por separado.

El adolescente hospitalizado.

Se puede considerar la adolescencia de los 10 a los 20 años iniciándose con el período de la pubertad de los 10 a los 15 años, al cumplirse con el proceso de crecimiento y desarrollo morfológico y fisiológico.

Lewin se refirió con respecto a la adolescencia como un proceso de transición en el que el joven cambia de grupo de pertenencia. Cuando se produce una enfermedad o un accidente, especialmente si es lo suficientemente grave como para ser necesario su hospitalización, el adolescente experimenta un alto riesgo de pérdida, sufrimiento y depresión.

La asociación para la atención de la salud del niño ACCH (Washington D.C.) plantea, ya sea que el paciente adolescente sea atendido en una unidad especializada (ya que esta sociedad sugiere la existencia de una sala específica para adolescentes) o una sala regular, todo adolescente hospitalizado y su familia requiere de un manejo especial.

Es necesario el establecimiento de medios "...para ayudar a lo jóvenes a hacer frente a las tareas propias del desarrollo de este período de edad y reducir el mínimo las potenciales distorsiones causadas por la enfermedad, lesiones y hospitalización. En un ambiente favorable es posible mantener una actitud sana al hacer frente a la vida y la enfermedad, y lograr un aprendizaje beneficioso". (40).

La enfermedad y la hospitalización pueden tener efectos muy graves en el menor y el adolescente, en esta ocasión en que la naturaleza de la enfermedad asalta la integridad física corporal y psíquica que hasta ahora había alcanzado, los aspectos crónicos o agudos de la condición de salud, la hospitalización y los efectos físicos y psicológicos que alteran el desarrollo del adolescente que crece cada vez más independiente.

"El cuerpo del adolescente es víctima de una agresión. La imagen que tiene de sí mismo y de su cuerpo, en la realidad y en la fantasía, pasa a ser víctima fácil de distorsiones cognitivas. El impacto de la enfermedad o la herida crea una sensación de pérdida y disminución de su propia estima. El adolescente lo negará, pero de todas formas lamenta la pérdida del funcionamiento independiente. Las respuestas psicológicas y del comportamiento a ésta situación pueden comprender la depresión, la aparición de síntomas neuróticos o psicópatos

(40) Of. Sanitaria Panamericana, O.M.S., La Salud del Adolescente y el Joven, Ed. O.N.U., Estados Unidos, 1985, p. 164.

de naturaleza permanente o temporal, y el funcionamiento con mala adaptación. El comportamiento provocador, hostil, pasivo o deprimido puede manifestar turbulencia interior. El paciente adolescente empleará también muchos mecanismos de defensa.

Al estar hospitalizado, la movilidad y el funcionamiento independiente del adolescente quedan impedido, y se ve despojado de todo dominio y control sobre el ambiente que lo rodea. La separación de padres, hermanos y compañeros puede interpretarse como abandono y constituye en el adolescente la base de la sensación de no valer nada". (41).

Dentro de los problemas de salud que presentan los adolescentes se incluyen los trastornos nutricionales (anemia por falta de hierro, desnutrición, obesidad, anorexia nerviosa, alteraciones metabólicas, endocrinas, diabetes, dermatosis, etc.) y las enfermedades crónicas: asma, epilepsia, enfermedades renales, cardíacas y problemas músculo-esqueléticos.

Los trastornos mentales y psicológicos del adolescente comprenden una gama muy amplia de afecciones que van desde problemas de aprendizaje relativamente simples hasta trastornos psiquiátricos muy serios, tales como depresiones profundas que pueden conducir a intento de suicidio.

(41) Of. Sanitaria Panamericana, O.M.S., ...Op. Cit. p. 317.

Hay que considerar también que los adolescentes en esta etapa crítica de formación de valores y conducta responden creativamente a los impactos familiares, culturales, políticos y de su hospitalización, no se debe subestimar esta etapa. La conducta del adolescente esta regida por el equilibrio que existe entre la madurez psicofísica y la social. Así mismo, el abuso del alcohol, el hábito de fumar cigarrillo y el consumo de drogas parecen responder a factores sociales psicológicos y familiares que juntamente a conductas anómalas se engloban bajo la categoría de comportamientos generadores de riesgo.

Un problema de salud también es el embarazo en la adolescente que constituye una de las preocupaciones médicas más importantes derivadas de la conducta sexual de los jóvenes, de la mayor precosidad sexual sin uso de medidas anticonceptivas. "En varios países de América Latina la proporción de embarazos en madres menores de 20 años supera el 30% del total, con un alto índice de aborto provocado. Existen casos en que la joven lo desea, pero en la mayoría causa:

- a) Una pérdida de autonomía, piden o se da la dependencia paterna, cuando se iniciaba el proceso de independencia.
- b) Interrupción de sus relaciones sociales, escolares o laborales, deja de crecer con su grupo y pierde así un elemento de apoyo afectivo muy importante en su vida.
- c) Hay una demora o estancación de su desarrollo personal.

"Con respecto a los hijos del adolescente, se caracteriza, la prematuridad, el bajo peso al nacer y mortalidad perinatal". (42).

2.2. Alteraciones del Ambiente Social del Menor Hospitalizado

Con el objeto de tener una visión amplia de lo que significa la hospitalización, no sólo a nivel interno paciente-hospital, se abarcará en este subtema las repercusiones de la hospitalización del menor en su ambiente social.

Partiremos por lo tanto de un concepto el cual de pie a tratar el objetivo: "El ambiente psico-socio-cultural lo constituye aquellos factores que quedan incluidos en las relaciones humanas, enmarcadas en un ambiente social amplio o limitado, organizado o desorganizado, no importa cual sea su forma de gobierno o religión, y características por una serie de elementos culturales que bien pueden ser primitivos o muy evolucionados, simples o complejos, frustrantes o estimulantes, que afectan al individuo y que a su vez éste lo afecta de alguna manera. Es prácticamente imposible el practicar un deslinde preciso en los factores psicológicos, sociales y culturales, que integran el medio ambiente, ya que los factores se entremezclan y traslapan entre sí como frenadores, potencializadores, estimulantes, frustra--

(42) Of. Sanitaria Panamericana, O.M.S., ... Op. Cit. p. 19

tes, etc...". (43).

Dentro del entorno psicosociocultural del niño podemos entender:

- a) La familia
- b) Grupo parental más próximo
- c) Guarderías
- d) Preprimaria
- e) Primaria
- f) Secundaria
- g) Grupos de amigos.

La Familia

Las relaciones entre los padres y los hijos se generan en la familia, cualquiera que sea su formación y dinámica, es un factor de la formación de la personalidad y punto de partida de la integración social.

El Lic. Araujo Valdivia, académico y expresidente del Colegio de Abogados en México define a la familia como la institución social regido por normas tradiciones, étnicas y jurídicas, cuyo origen obedecen a la necesidad biopsicológica de procreación y convivencia y cuya

(43) Academia Mexicana de Pediatría, Humanismo y Pediatría, Ed. Fondo Editorial Nestlé, México, 1968, p. 282.

madurez se alcanza mediante la vinculación de los afectos, se integra la personalidad de cada uno de los hijos moldea los patrones culturales; por otra parte desarrolla una honda vinculación de profundas y trascendentes raíces biopsicosociales, lo que les hace sentirse estrechamente unidos dando así la presencia de la responsabilidad familiar.

Así cuando uno de sus miembros se enfrenta al a enfermedad reaccionan de acuerdo a su propia estructura. "Hay familias que ante la hospitalización hacen acopio de buenos recursos de solidez emocional y otras que entran en un caos que afecta a todos los integrantes de la familia. Ackerman habló de que si un miembro de la familia tiene problemas afectará a todos los demás. Esto puede suceder en las áreas emocional, física y económica". (44).

Se ha observado la unidad familiar reducida, conyugal y emocionalmente unida que es característica de nuestra sociedad urbana e industrial, puede encontrar ciertas dificultades al enfrentarse con la enfermedad. El rol de enfermo, constituyendo como constituye una razón semilegitima para desentenderse de las responsabilidades del mundo adulto y para demandar la atención de los otros, atrae a cada miembro de la familia de una manera definida y a menudo inconcientemente motivada. A la esposa-madre en una familia urbana moderna, la enferme-

(44) Chagoya Beltrán, Leopoldo, Aspectos Emocionales de la Enfermedad Física del Niño y Adolescente, Ed. Médica del Hospital Infantil de México, México, 1982, p. 49.

dad le ofrece un un modo institucionalizado de reaccionar ante sus pesadas responsabilidades afectivo-expresivas y una manera compulsivamente femenina de reaccionar frente a su exclusión de ciertas prerrogativas. Al esposo-padre le ofrece una oportunidad legítima de apartarse de la disciplina, del esfuerzo y de la exigencia. Al niño que está siendo llevado por el proceso de socialización a lo largo del camino difícil y lleno de tensiones que conduce a la madurez, la enfermedad le ofrece un escape de la obligación cada vez mayor de comportarse como una persona adulta.

Pero los miembros de la familia pueden sentirse emocionalmente amenazados por la enfermedad de una persona de su grupo pequeño, unido y cargado de afecto, con sus particulares tensiones. Existe, en efecto, la probabilidad de que en esas circunstancias la familia reaccione ante la enfermedad de uno de sus miembros con simpatía excesiva o con excesiva severidad. Y esta reacción puede impedir la completa y rápida recuperación del enfermo.

Nos referimos nuevamente a los tipos de familia descritos por Petrillo y Sanger a fin de describir la reacción familiar ante la enfermedad, tratamiento y hospitalización del menor. Familia insincera, las reacciones de los padres son complejas, ya que ellos mismos tratan de evadire de la realidad. En ocasiones el grado de engaño es tal que llegar a considerar como verdaderas sus ideas; por ejemplo, hay padres que pueden asegurar que en un niño en coma les oye y entiende. Es

factible que no admitan su error y además tratan de manipular al personal médico en tratamiento del paciente.

Familia punitiva y adusta, este tipo de familia reciente la hospitalización del menor profundamente, ya que se dan sentimientos de culpa. La característica materna es de tener miedo hacia el niño del menor, la paterna es ser hostil o retraído generalmente consume alcohol. La reacción emocional en este tipo de dinámica familiar puede ser agresiva al tener que alterar su ritmo normal para estos padres, la enfermedad significa una nueva calamidad que reciben con enojo, o bien puede ser de angustia al presentir que en el hospital el menor puede encontrar padres substitutos de quien reciban lo que ellos no le han podido transmitir. En ambos casos se da el sentimiento de culpa, inseguridad al considerar al personal como indulgente y consentidor.

La familia con pensamiento mágico, en este tipo de familias se utiliza el pensamiento mágico-religioso para sobrellevar la enfermedad del menor. Tradicionalmente sienten desconfianza hacia los tratamientos médicos, generalmente son dóciles pero requieren siempre de una amplia información de tratamientos médicos a indicaciones precisas de como deben proceder con el paciente.

La familia de pobre cultura educacional, graves conflictos materiales y trastornos familiares frecuentes van aparejados con un nivel ocupacional bajo, existe desunión entre los miembros de la familia.

Hay una actitud derrotista ante el futuro. Generalmente las familias de esta clase usan métodos opresivos en la crianza de sus hijos, a los que los niños pueden someterse. Sin una autoridad bien definida, esta gente se muestra angustiada y se muestra definitivamente hostil.

La familia sobreprotectora, la familia sobreprotectora, ambiciosa, accede a todos los caprichos del niño. En el hospital los padres confunden sus propias necesidades con las de su hijo.

La familia cuya religión interfiere en el tratamiento, las familias cuyos principios religiosos están en conflicto con la autoridad médica crean dificultades especiales para sus hijos hospitalizados. El aceptar el tratamiento médico o quirúrgico equivale a violar sus creencias.

La familia mejor adaptada, es en la que se usa una disciplina suave, firme y constante, actúa razonablemente, esta orientado hacia la realidad y es objetiva. Persive las metas futuras, tiene confianza en sí misma, cree en los demás y sabe disfrutar las experiencias nuevas.

El comportamiento humano está visto como capaz de desarrollo y sujeto a muchas causas. En los casos graves o crónicos la alteración de los padres que a su vez trasmite a sus hijos no enfermos tienen implicaciones serias ya que pueden convertirse en desorganización

familiar "la desorganización de la familia por errores en su formación original o en el comportamiento de los padres, cualquiera que sean las causas que los determinan y el modo en que se manifiestan, producen gravísimas distorsiones en la personalidad de los hijos. La desorganización familiar, surge casi siempre cuando por deficiencias económicas, preocupaciones personales, por compromisos o por indolencias y desorganización". (45).

Analizar el patrón de relaciones de una familia es difícil por sus interacciones complejas pero se pueden tomar los patrones comunes anteriores a fin de predecir sus condiciones de "stress" y por ayudarlas, ya que cualquier grupo y en este caso el familiar conservan sus características básicas aún en ocasiones críticas.

- El manejo de las familias en casos graves o crónicos ameritan más cuidado "En los enfermos y en su familia, la conducta autodestructiva, la negación de la gravedad de la enfermedad, el rehusarse a cooperar con el cirujano, y la depresión, son señales de esta crisis interna". (46).

- Los padres ante un diagnóstico fatal. Muchas familias tienen reacciones de dolor similar, la primera fase es de negación, protesta, azoro, vacío e idealización. Generalmente los sentimientos de culpa

(45) Academia Mexicana de Pediatría, ... Op. Cit. p. 223.

(46) Chagoya Beltrán, Leopoldo, ... Op. Cit. p. 49.

en los padres de ira contenidos se aumentan en los casos de enfermedad prolongada cuando hay episodios de un final inminente, con ciclos recurrentes, de optimismo y fracaso o en los casos donde no hay esperanza, en los cuales se expone a un dolor psíquico extremo.

Actitudes paternas ante la muerte

A N T E S

Repentina

Aguda

Crónica

Ansiedad, preocupación,
esperanza.

Duelo prematuro dolor
anticipado, sentimiento
de culpa, formación
y desplazamiento de --
reacciones, necesidad
de información.

D U R A N T E

Repentina

Aguda

Crónica

Incredulidad, ira
desplazada, dolor
acelerado, adormecimiento prolongado.

Preocupación desesperada,
negación, culpa.

Negación remordimiento,
resurgimiento de amor.

D E S P U E S

Repentina

Aguda

Crónica

Culpa, duelo

Enojo contra el médico, necesidad de atención posterior, idealización excesiva, pérdida de fantasía.

Remordimiento, desahogo
y culpa.

Hermanos en caso de fallecimiento del menor hospitalizado:

Hermanos	Antes	Durante	Después
0-5	Reacciones a los cambios en los padres (sensación de pérdida de amor y alejamiento).		1. Responden a la <u>reacción</u> de los padres.
5-10	Preocupación por su papel. Temor por sí mismos		2. Sentimiento de <u>culpa</u> por <u>sobre</u> vivir.
10-15	Generalmente valerosos		

(*)

El grupo parental más próximo

El hablar del grupo parental más próximo del niño es hacer referencia, a los abuelos, tíos y primos que conviven más directamente con el menor; en la mayoría de las familias la crisis verdadera no va más allá del núcleo familiar, a no ser caso de enfermedad congénita o de tipo hereditario y contagiosa en donde se puede ver involucrado el grupo parental. Se presenta igual crisis que en la familia, en los casos en que se dan luzos substitutos de paternidad o fraternidad, y en los casos de familias con cierta patología como es la familia emotiva, ya que esta se caracteriza por su oscilación de humor e histerismo, predomina una atmósfera de crisis y los propios padres o pueden evitar la presión de toda la familia al insistir de su excesivo protec-

(*) Obra consultada, M. Petrillo y S. Sanger, ... Op. Cit.

cionismo, generalmente son sumamente alarmistas y se congregan ante los problemas.

La Guardería

En la guardería se da un medio ajeno a la vida familiar del menor, un niño convive en este lugar sólo horas determinadas y la edad de estancia es de 3 meses a 4 años de edad, es decir la edad preescolar.

En el lactante no tendrá ningún significado el hecho de que un compañero de sala sea internado en una unidad hospitalaria, ya que su atención esta centrada en el binomio madre-hijo, que en este caso será la madre substituta.

No existen estudios específicos en México, pero podemos hacer referencia del estudio de Powdemaker realizado a 28 niños que vivieron sus primeros años en guardería, afirma que las relaciones entre ellos no son estrechas por ser esta una relación pasajera, además se da en ellos una incapacidad de dar y recibir afecto -los grupos no son duraderos-. "La conclusión parece incontrovertible, que niños tratados_ en instituciones, sufren una experiencia de tipo aislante que produce una personalidad aislada". (47).

(47) Academia Mexicana, ... Op. Cit. p. 286.

Con lo que se puede concluir que en este caso no existe un problema para el grupo social del niño que tiene que ser hospitalizado, desde el punto de vista emocional y psicosocial de su grupo.

Jardín de Niños

Considerando el jardín de niños como ambiente social del menor que se hospitaliza, en este caso si ya existe repercusión. La edad preescolar es una etapa fundamental afectivo emocional del niño. Es cuando tienen lugar fenómenos de autoafirmación y exploración de su medio ambiente que quizás se manifiesten con actitudes de hostilidad y obstinación que, de no ser bien canalizadas, pueden desembocar en frustraciones... los otros niños son considerados como socios y objetos con derechos propios, a quienes puede amar u odiar y con cuyos sentimientos se puede identificar. Es decir el niño tiene conciencia de lo que pasa a su alrededor y el establecer relación de afecto y conciencia de lo que pasa en el mundo extrafamiliar va moldeando su conducta y personalidad, en este momento él puede ubicar cuando uno de sus compañeros se hospitaliza, entiende que se separa de él por una enfermedad.

"El niño de 4 años es voluble, ya que esta en una etapa ocupada por completo por el crecimiento, cuenta historias exageradas, fanfarronea, chismea, amenaza, inventa, etc., en él se tienen muchos rasgos

muy positivos de desarrollo y socialización". (48).

Para un niño de esta edad puede ser muy nociva la enfermedad y hospitalización de su compañero, pero fácilmente puede ser superada si es manejado adecuadamente por la maestra y su familia ya que él crece y depende en gran medida de ellos.

Primaria y Secundaria

En la primera etapa el niño aun recurre a la intuición, empieza a utilizar las operaciones mentales concretas inicia en aceptar los puntos de vista de otros, disminuyendo su egocentrismo, es el período esencial del establecimiento de normas. La etapa escolar se da de los 6 a los 12 años, psicológicamente se ubica dentro del período de latencia denominado así por S. Freud, quien la determina al final de la epidica, es decir en esta etapa se detiene el desarrollo sexual.

Así en este período se presenta una gran actividad en el niño, se da importancia a los logros intelectuales, los emocionales y el dominio del yo y el control del superyo, por lo tanto tiene gran importancia para la conformación de la personalidad. Muchos autores plantean esta etapa también como la edad de la "pandillas", es decir se crean estrechas relaciones de amistad y complicidad, y por lo

(48) Academia Mexicana de Pediatría,... Op. Cit. p. 401.

que pueden repercutir ampliamente la hospitalización de uno de sus miembros.

Al hablar de escuela secundaria estamos entrando al período de la adolescencia. "La estructura social en la que entra el adolescente implica que los amigos y amigas se vuelvan íntimamente más importante que los padres en la búsqueda del joven para definir su identidad, sus intereses, su profesión y su papel social.

Los jóvenes encuentran nuevos ideales entre sus amigos..." (49). Así en el adolescente la hospitalización de uno de sus miembros pueden desarrollar depresión y actos impulsivos de agresión que manifiesten la alteración que le provoca. A continuación se planteará un cuadro en el cual se plantean alteraciones y percepciones del ambiente del menor hospitalizado:

ALTERACIONES DEL AMBIENTE DEL MENOR HOSPITALIZADO

Percepciones del medio del menor hospitalizado

Cambio	Respuesta	Interpretación del evento visto subjetivamente como amenaza (distorsión de la realidad)	Mecanismo Inefectivos Efectivos	Resultados Crisis No crisis
Evento	Stress y de equilibrio del medio	Visto realista y objetivamente.	Inefectivos Efectivos	Crisis o no. No crisis.

(49) Asociación Mexicana de Pediatría, ... Op. Cit. p. 449 .

2.3. La Salud Psíquica del Niño

En la práctica del personal que tiene como objetivo el trato con niños que se encuentran internados en unidades hospitalarias, significa un factor muy importante el reconocer las etapas de crecimiento en el niño, ya que en el hombre la etapa más significativa es precisamente la infancia, esta significa mucho en su conformación.

Según Alberto L. Merani, el desarrollo del hombre exige una serie de años suplementarios que señala morfológicamente una extrema lentitud del período de crecimiento, muchísimo mayor que los mamíferos de talla equivalente.

En todos los estudios de evolución embrionaria y post-embrionaria, el crecimiento humano está caracterizado por su lentitud y débil rendimiento, que posteriormente se revirtuará, ya que el hombre es el ser que alcanza los niveles más elevados de desarrollo neurodinámico que desemboca en el pensamiento abstracto. Dentro de la teoría desarrollada por Merani le dan gran importancia al desarrollo del niño, este diferenciado por etapas que son influenciadas por diversos factores o condiciones que actúan exclusivamente sobre el desarrollo psíquico, lo aceleran o retardan, en síntesis son:

- a) Las variaciones de velocidad de sucesión de los estados mentales no dependen únicamente de la constitución de los niños sino

también de aspectos psicológicos, sociales y ambientales.

- b) Su determinación reposa siempre sobre términos medios generales en torno a los cuales oscilan los casos particulares.
- c) Las funciones mentales no evolucionan con un sincronismo para cada caso particular.

Con lo expuesto anteriormente es claro ver como el desarrollo óptimo no es una consecuencia biológica y social, así mismo las consecuencias que los factores adversos a este ritmo normal de desarrollo siendo en este caso la enfermedad y la hospitalización.

Para el personal médico y paramédico es de vital importancia reconocer las etapas y signos de desarrollo normal del niño a fin de tener bases firmes y de limitar sus pautas de acción. Anna Freud al igual que Merani le da la misma importancia a las etapas del desarrollo y su funcionalidad como principios para moldear conductas en relación al trabajo con el menor. "...no esperemos que el niño demuestre una pauta muy regular en su crecimiento y estamos dispuestos a hacer concesiones si su nivel de desarrollo es más avanzado en su campo de vida que en otro. La desarmonía entre las líneas de desarrollo se convierte en un agente patógeno solo cuando el desequilibrio de la personalidad es excesivo. En este caso los niños ingresan al servicio de diagnóstico con una larga lista de quejas provenientes del hogar o de la escuela son los niños problema, trastornan a los demás no aceptan las normas de la comunidad y en consecuencia

no se adaptan a ningún tipo de vida comunitaria. La investigación clínica que estos niños no pertenecen a ninguna categoría diagnóstica comunmente aplicada, una forma de aproximarse a la comprensión de su anormalidad es utilizar las distintas fases de las variadas líneas del desarrollo como una ~~escala~~ aproximada de valores". (50).

La unidad biopsicosocial del niño

Se iniciará con la relación que establece Merani entre biología y psiquismo, la interacción entre el psiquismo primario (aparatos, órganos, sentido, etc) de factura neurovegetativa y los cambios biofóricos del medio ambiente, interacción de la cual el equilibrio individuo-medio. Esta acción mutua se traduce por sucesivas adaptaciones del medio interno a nuevas circunstancias externas, transmitidas por la herencia de caracteres adquiridos y revelados por la acción praxica, transformadora del medio externo y camino obligado para la estructuración del neurodinamismo cerebral de los animales superiores en especial el hombre.

Este neurodinamismo que conjunga la energética del psiquismo primario con la energía biofórica del medio ambiente, y que se traduce por la actividad integradora del sistema nervioso central, constituye

(50) Freud Anna, Normalidad y Patología, Evolución del Desarrollo, Ed. Paidós, Argentina 1978. P. 103.

el psiquismo secundario, propio de los seres estructurados por órganos, aparatos, sistemas, capaces de automantener bajo circunstancias variables el equilibrio interno-externo constituyendo formas para sí. Así vida y psiquismo designan una misma realidad y arrancan de una misma fuente. Con el objeto de tener un conocimiento del niño en su desarrollo óptimo se plantearán a continuación diversas teorías, que servirán de principio para el trabajo con el niño dentro de las unidades hospitalarias de especialidad pediátrica.

Iniciaremos con la definición e importancia del período perinatal. Antes se creía que el final de la gestación era una etapa definida. En estos últimos años se ha puesto el acento en la interdependencia, en los planos fisiológico y patológico, de los fenómenos que preceden al comienzo del nacimiento, y las primeras fases de adaptación a la vida extrauterina.

En la práctica sería útil subrayar la importancia de la preparación al nacimiento tanto como la del acto mismo del nacimiento o la vigilancia de los instantes que siguen. Por esta razón se ha convenido en englobar bajo el término perinatal esos días que preceden al nacimiento y los primeros días de vida. Los últimos días del período fetal permiten una adaptación previa a la vida extrauterina la preparación de un cierto número de estructuras y la maduración de las funciones esenciales. Entre éstas hay que insistir sobre la función respiratoria: la madurez del sistema pulmonar que se prepara para cambiar

de golpe su funcionamiento y ser capaz de asumir en unos instantes la pesada carga de la oxigenación de la sangre. Se puede aludir también a la adaptación corazón-pulmón: auténtica evolución en el sistema circulatorio del feto a que tiene que hacer frente, desde el mismo momento de la ruptura del cordón umbilical, a nuevas vías sanguíneas. Se podrían citar otros muchos ejemplos. Para las estructuras y conexiones nerviosas, los últimos días que preceden al nacimiento son de una importancia capital, ya que el buen funcionamiento del sistema de control depende la puesta en marcha de todas las funciones de regulación de las que la respiración es la más importante».

Ahora se definirá el proceso de psicogénesis desde el punto de vista genético descrito por Merani, clasificando en forma sugestiva los periodos de desarrollo psíquico:

1. Fase Infantil. Va desde el nacimiento hasta aproximadamente el primer año. Limitada generalmente por el destete, se caracteriza, esencialmente desde el punto de vista neuromuscular, por la adquisición de la posición erecta y la marcha. Desde el ángulo neurosocial se destacan los primeros esbozos del lenguaje articulado. Estos acontecimientos señalan la especificación genérica del individuo, y la primera actividad gnosiso-práxica cuya evolución desembocará en la simbología del Homo-sapiens.
2. Fase de la Primera Infancia. Se extiende entre el primero y el tercer año. Su significación psicobiológica está señalada

por cambios capitales derivados de la actitud erecta, por el desplazamiento en el espacio y por el uso instrumental de la mano los que establecen las primeras acciones y reacciones entre individuo y medio. Otra característica saliente es la elaboración del lenguaje articulado, cuyo valor de síntesis práxica y mental señala la heterogeneidad decisiva entre el desarrollo del ser humano y del animal.

3. Fase de la segunda infancia. Cubre el lapso comprendido entre el cuarto y sexto año. Se le puede considerar como el período de las primeras adquisiciones verdaderamente psicológicas, especialmente la estructuración de la diferencia entre sujeto y objeto. En la base de todas estas adquisiciones hay profundas y firmes ramificaciones de neto corte biológico, en particular en lo que se refiere a la motricidad general.
4. Fase de la Tercera Infancia. Se manifiesta por un hecho psicosocial de capital importancia: la escolarización del niño, que cubre el período que va de los seis o siete a los once o doce años. Los intereses biológicos y los propiamente mentales sufren, con mayor fuerza que hasta entonces, al presión del medio sociocultural. Se establece de hecho la interacción de los psicobiológico y sociocultural, y se instaura en el individuo un nuevo equilibrio psíquico en relación con el plano físico y el medio social concreto.
5. Fase de la Pubertad o Preadolescencia. Hacia los once o doce años el niño ha logrado estabilizar el equilibrio característico de la fase anterior que se quiebra de pronto, inagurando los comienzos de la pubertad. Esta fase se extiende hasta los catorce

o quince años. La pubertad señala un acontecimiento a la vez biológico y social. Biológico, porque es crisis de base fundamentalmente neurohumoral que comienza antes que capturemos sus manifestaciones morfológicas. Es social porque entraña una nueva actitud en la relación de los sexos y en los modos de agrupamiento de los individuos. A través de este mecanismo y por intermedio del sistema nervioso superior obra en la estructura psicobiológica de los individuos.

6. Fase de la adolescencia propiamente dicha. Se extiende desde los catorce o quince años hasta los diecisiete o dieciocho. Sus características básicas son psicológicas y sociales, con la paulatina elaboración del pensamiento abstracto y la integración en el grupo socioeconómico como individuo productor. Desde el ángulo psicobiológico las transformaciones tienen origen en el adolescente como individuo más que en los adolescentes como generalidad.
7. Fase de la postadolescencia o de la maduración final. Esta encuadrada entre los diecisiete y los dieciocho años y los veinticinco, aproximadamente. sus rasgos esenciales son exclusivamente mentales y sociales. Psicobiológicamente, con esta fase termina la maduración, que después de haber alcanzado con la madurez su mayor nivel inicia el proceso de desintegración psicobiológica con la vejez, la senectud y la senilidad.

En este capítulo se dan gran importancia a los factores emocionales en el niño como manifestación hacia estímulos externos con lo que

o quince años. La pubertad señala un acontecimiento a la vez biológico y social. Biológico, porque es crisis de base fundamentalmente neurohumoral que comienza antes que captemos sus manifestaciones morfológicas. Es social porque entraña una nueva actitud en la relación de los sexos y en los modos de agrupamiento de los individuos. A través de este mecanismo y por intermedio del sistema nervioso superior obra en la estructura psicobiológica de los individuos.

6. Fase de la adolescencia propiamente dicha. Se extiende desde los catorce o quince años hasta los diecisiete o dieciocho. Sus características básicas son psicológicas y sociales, con la paulatina elaboración del pensamiento abstracto y la integración en el grupo socioeconómico como individuo productor. Desde el ángulo psicobiológico las transformaciones tienen origen en el adolescente como individuo más que en los adolescentes como generalidad.
7. Fase de la postadolescencia o de la maduración final. Esta encuadrada entre los diecisiete y los dieciocho años y los veinticinco, aproximadamente. sus rasgos esenciales son exclusivamente mentales y sociales. Psicobiológicamente, con esta fase termina la maduración, que después de haber alcanzado con la madurez su mayor nivel inicia el proceso de desintegración psicobiológica con la vejez, la senectud y la senilidad.

En este capítulo se dan gran importancia a los factores emocionales en el niño como manifestación hacia estímulos externos con lo que

se describirán las respuestas emocionales o métodos de comportamiento emocional más característico según la edad del niño descritos por H. Watsón y G. Lowrey. En el esquema que se presenta a continuación, no intentamos abarcar toda la variedad de respuestas emocionales. Hay muchas variables, tanto en el individuo como en la situación.

1-4 Semanas: Gritos de hambre; respuesta de sobresalto; casi todos los gritos, ni no todos, son sin lágrimas.

4-8 Semanas: Se inicia el grito diferencial por causas distintas; por ejemplo, hambre, antes de dormir, dolor; vocalización de agrado; sonrisas.

8-16 Semanas: Sonríe a las caras; ríe fuertemente; los gritos son menos frecuentes.

6 Meses: Grita fácilmente a la menor provocación; por ejemplo, cambio de posición, retiro de un juguete, sonidos poco usuales; juega solo gustosamente; agita brazos y piernas al ser frustrado.

7-8 Meses: Muestra miedo a los extraños; aparece la afección o el amor del grupo familiar; inestabilidad emocional demostrada por cambios rápidos y fáciles de gritos a risas.

1 Año. Goza con juegos o trucos sencillos; puede llorar pidiendo afección; los gritos están más frecuentemente asociados a irritaciones o frustraciones mínimas que antes; tozudo en la resistencia.

18 Meses: Dueño de sí mismo; nueva percepción de los extraños; comienza la predilección por los juguetes; explosiones temperamentales si algo va mal.

- 2 Años: Equilibrio emocional mejorado; comienza a disminuir el número de reacciones emocionales relativamente violentas; tono de voz usado simbólicamente; orgullo por sus hazañas de tipo habilidad motora y por vestirse; puede ser halagado mediante acciones y expresiones faciales; miedo principalmente de tipo auditivo; puede mostrar temor ante la salida de los padres.
- 3 Años: Comienza a gozar del juego cooperativo y en grupo; más independiente y menos temeroso que un año antes; ritualístico en muchas actividades; por ejemplo: al vestirse, arreglar muñecos, ir a la cama; amistoso y con deseos de agradar; puede estar celoso de sus hermanos; mucha risa al jugar; humor relacionado, tanto con la actividad general como con el juego verbal; control emocional creciente; menos temores que a los 2 años, y ahora son principalmente visuales, por ejemplo, lo grotesco, lo oscuro, los animales.
- 4 Años: Algo discutiador, pero esto lo usa con frecuencia como juego y en su deseo de experimentar el uso de palabras nuevas y acciones nuevas; egoísta; impaciente; orgulloso de sus hazañas; humor variable y exagerado; le gusta descubrir; le gusta parlotear; jactancioso; cuando se junta con otros niños, puede ser ligeramente profano u obsceno; agresivo, tanto física como verbalmente; rudo y poco cuidadoso a veces con juguetes; los temores son muy semejantes a los 2 y 3 años, pero ahora gusta de ser "atemorizado" mediante al jugar con adultos; fuerte sentimiento del "yo", "mío", del hogar y de la familia; comienza a distinguir su "yo"

de los demás, y a reconocer a las personas como entidades; auto-crítica breve y superficial.

En el anexo 2 se plantea un cuadro descrito por Sanger y Petrillo en el cual se describe las etapas del desarrollo y maduración, etapas de desarrollo intelectual y psicosexual normal del niño, además se incluyen aspectos relacionados con la estimulación temprana planteados por la Dra. Lucille Atkin Zuckerman, Jefe del Departamento de Psicología del Instituto Nacional de Perinatología.

2.4. Las Emociones del Personal Médico, Paramédico y Paciente ante la Enfermedad y el Tratamiento.

El Dr. Enrique Dulantó Guitiérrez afirma, la única razón para que haya relación médico-paciente es la presencia de enfermedad, considerándose ésta un fenómeno biopsicosocial y por lo tanto a través de la relación se tratará de diagnosticar sobre las tres esferas. Es evidente que según el origen de la enfermedad, la historia natural de la enfermedad se podrá determinar la relación. De ahí que la relación médico-paciente:

1. Actividad-pasiva (que corresponde el modelo médico tradicional).
2. Guía-cooperación.
3. Participación mutua. Este último es el más apto para el manejo de enfermedades crónicas y trastornos emocionales ligados a padecimientos e intervenciones quirúrgicas.

Antes de realizar la descripción analítica de las emociones del personal médico y paramédico ante la enfermedad y tratamiento se tratará el concepto microanálisis de la dinámica social y psicología de la organización social del hospital.

El hospital considerado como una organización, tiene en forma inherente una dinámica que en sí puede contener una excitación patológica, en relación al nivel de tensión permanente y en cubierta entre el personal a cargo de los enfermos.

Se han realizado estudios por Stanton y Schuwarts, los cuales describen el microanálisis de la dinámica social y psicológica de carácter patológico y las desviaciones en los hospitales. Se observó que los factores etiológicos más importantes es un alto nivel de tensión permanente y en cubierta que se ve aumentada a causa del grado de dependencia física y psicológica en que se encuentra los pacientes con respecto al personal y del grado de percepción de las actitudes y sentimientos de los miembros del personal que esta dependencia puede provocar. Pudiéndose dar el caso que en forma inconsciente el personal aísla las reacciones emocionales de los pacientes y miembros

de su familia, lo que puede retardar la recuperación del enfermo. Estos puntos de vista han dado lugar a su estudio y consideración, generándose así planteamientos encaminados a la aplicación de características afectivas y la interacción entre el personal del hospital y los pacientes, se conoce este método como "comunidad terapéutica" y consiste en crear un ambiente dentro del hospital, aprovechando las potencialidades tanto del paciente como del personal.

Los estudios sobre hospitales, tomados como sistemas sociales, indican que las formas definidas en que los pacientes se adaptan a la enfermedad y a la hospitalización dependen tanto de los otros pacientes como los miembros de la comunidad médica.

Desempeño social del personal médico y paramédico

Dentro del marco de las estructuras médico, personal-paciente, puede comprobarse que existen pautas de ambiente social y convencionalismos, el personal conoce sus derechos y obligaciones en cierta forma, igual que el paciente, pero esta desde un punto de vista unilateral, ya que en pocos casos se logra reciprocidad, la relación puede ser resumida en los siguientes modelos de interacción.

1. Activo-pasiva, caracterizado por la dependencia: el personal ordena, el paciente es receptor pasivo, se relacionan especial-

mente con la práctica en el terreno pediátrico.

2. Dirección-cooperación, el personal orienta al paciente y demanda su cooperación, este modelo se ha aplicado principalmente para el tratamiento del adolescente.
3. Cooperación mutua, el personal debe ayudar al paciente a ayudarse.

Estos tipos de relación pueden ser calificados en base a: meditación de capacidades, valoración de sentimientos y transferencias y contratransferencias. Un factor muy importante en cuanto a la dinámica de sentimientos del personal en su quehacer ordinario y sus consecuencias positivas o negativas sobre el paciente y sus familias dependera de los siguientes factores:

- Ausencia o presencia de programas que brindan al estudiante del área médica o paramédica sobre técnicas de comunicación y de relación personal-enfermo.
- Conciencia sobre la importancia que se de un clima de cordialidad y honestidad a fin de cumplir expectativas del paciente-personal-institución.
- Verdadera vocación médica y de servicio. "Se van viendo nuevas generaciones de agentes de salud y en ellas por motivos varios que van desde los antecedentes familiares de actitud ante el estudio, la capacidad cultural y la conciencia ciudadana, la sobrepoblación estudiantil, hasta las políticas ligadas a la educación, encontramos personas que tienen una pobre visión de lo que es ser un profesionista ligado a esta área y su función

en la comunidad; si a esto agregamos la deficiente preparación humanística, la pobreza cultural, la incapacidad de un lenguaje que corresponda a un universitario y lo inadecuado en su empleo semántico y simbólico, entenderemos la incapacidad para expresar convicciones en forma adecuada, comunicar ideas, órdenes y sugerencias de cambios o de conductas que pueden ser recibidas, comprendidas, realmente escuchadas por el paciente, de manera tal que le permitan evaluar su contenido y tomar responsabilidad ante la acción recomendada". (51).

Sobre este mismo aspecto "La formación de profesionales de la medicina, deben conocer enfermedades, enfermos y personas, para el eficaz ejercicio de la profesión médica. Esta integración de criterios en la formación médica es consecuencia natural de la necesidad en que se encuentra el médico de considerar a su enfermo no sólo como un cuerpo, sino como una totalidad biopsicosocial. El médico debe tener conocimientos sobre el psiquismo, el carácter y la personalidad de los enfermos, para comprender más ampliamente las enfermedades, sean orgánicas, sean emocionales". (52).

(51) Chagoyan Beltrán, Leopoldo, ... Op. Cit., p. 6-7.

(52) UNAM Revista de la Facultad de Medicina, Vol 1, años 1, marzo de 1959.

Emociones del personal

Se partirá del reconocimiento que dentro del hospital existen factores de tipo emocional, que se inician en las difíciles relaciones humanas (generadas por la diversidad, de características, metas, preparación, formación, cultura, etc.) en un ambiente cargado de tensión emocional, en el cual se tiene que desarrollar la vida profesional y que en muchas ocasiones alteran la relación positiva entre paciente-familia-personal y su actitud ante la enfermedad y tratamiento. Independientemente del factor anterior existen otros aspectos de tipo emocional que se dan en el personal y se puede describir de la siguiente forma:

- Frustración o ansiedad. Cuando se da un deterioro paulatino de la relación derivadas de expectativas insatisfechas de una curación oportuna y orientación inadecuada.

- Impotencia Profesional. Este sentimiento existe cuando se ofrecieron grandes esperanzas, las cuales no es factible dar por satisfechas.

- Rechazo al enfermo. Se establece esta actitud emocional cuando el menor le manifiesta su angustia y desesperación repetitivamente y el personal no cuenta con elementos o interés suficiente para darle el apoyo y atención que requiere.

- Sentimiento de omnipotencia. Generados por su papel directivo o de poder dentro de la unidad médica.

- Presión. Frecuentemente el personal médico y en ocasiones el técnico, se siente sumamente presionado por el valor casi mágico que le atribuye el paciente que en este caso es el niño o su familia. - Además de presión de tipo administrativa que ejerce el hospital relacionada con su productividad, ingreso, calidad, cantidad, eficacia, eficiencia, etc.

- Sentimiento de ser manipulado. En ciertas ocasiones se les atribuye "un ropaje" y poderes superiores a lo que el personal desea, lo que le hace sentirse manipulado en virtud de que en determinado momento se quiere descargar en él una angustia.

- Afecto. Generado por el ínteres humano hacia la vida, el niño y su familia.

- Evasión o escapismo. "El cuerpo médico y paramédico de las salas hospitalarias permanecen ajenos al problema, pretende no saberse involucrados, por más que se saben estarlo, y pretenden con seguridad separar al paciente en emocional y orgánico, grave y lamentable error, escapismo puro, imposible de aceptar en personas dedicadas a la vida hospitalaria; postura sólo explicable cuando sabemos que con ella

quizá pretenden disminuir su dolor e impotencia ante lo imposible".(53).

- Temor. Este sentimiento esta dirigido esencialmente a cometer un error en su práctica que puede relacionarse con el sentimiento de impotencia o inseguridad.

- Identificación. Cuando se establecen vínculos estrechos con el paciente, la problemática puede convertirse en un problema mutuo.

- Empatía. Cuando entre el paciente-enfermedad-tratamiento y personal se establecen relaciones adecuadas.

- Prejuicio. "El personal hospitalario debe reconocer sus propias reacciones ante estas clases sociales. Holligheas y Redilch han demostrado que existe prejuicio ante determinadas clases sociales, a pesar de la "objetividad profesional" que está supuesta no hacer distinciones. Debido a que los profesionales proceden generalmente de la clase media; están poco familiarizadas con la -baja y alta- y tienden a tener hacia ellas actitudes demasiado críticas o demasiado solícitas". (54).

(53) Chagoyan Beltrán Leopoldo, ... Op. Cit. p. 21.

(54) M. Petrillo y S. Sanger, ... Op. Cit., p. 39.

- Independencia. Priorativo del área médica.

- Negación de sentimientos. Este mecanismo de defensa es comúnmente utilizado a fin de no crear vínculos de tipo emocional con el niño.

Existen otros tipos de emociones que se dan en el personal, estas no generadas por el paciente, su familia, su enfermedad o su tratamiento pero que si repercuten en ellos y estan en función a su grupo y necesidades psicológicas;

- Terror a la crítica
- Aprobación del medio social.
- Sensación de la importancia del puesto.
- Seguridad
- Apoyo en situaciones generadoras de angustia.
- Anhelos, autorrealización, etc.

Desafortunadamente existe personal que se siente incomodo con su rol y responsabilidad en el cuidado emocional del niño, de igual manera llegan a ignorar a los padres. "La participación de las enfermeras. Ellas ocupan un puesto muy importante en la detección de casos con problemática así como el diagnóstico de un niño que ha superado la crisis de la hospitalización, ellas pueden determinar el ambiente y las experiencias a las que los niños se veían expuestos además constituyen el grupo más numeroso, la enfermera mediante cursos o

sesiones de capacitación fácilmente reconocer que el paciente y en especial el pediátrico requieren cuidado específico y así colaborar con los niños y familias que necesitan ayuda. No se debe violentar a un niño para que venza sus temores o cambie sus funciones corporales". (55).

El personal así merece se le considere también en su preparación e interés a fin de que acepte lo importante del enfoque ambiental y de atención del niño hospitalizado señalando de igual forma la necesidad de aplicar un método de educación y orientación de todas las personas que trabajan con los niños. Un problema que reviste vital importancia para el personal de unidades hospitalarias es la posibilidad y confirmación de una diagnóstico fatal, en este caso la actitud que debe ser adoptada es de colaboración, realidad y apoyo.

<u>Antes</u>	<u>Durante</u>	<u>Después</u>
Angustia Conspiración de silencio.	Reacción: alejamiento Tareas: 1. Disipar dudas 2. Proporcionar terapia a los padres. 3. Propiciar cooperación activa. 4. Proteger la dignidad del paciente 5. Mantener una actitud realista	Necesidad de cuidado -- posterior a los pacientes. Tacto respecto a solicitud de autopsia. Información precisa sobre el retiro del cadáver.

(55) M. Petrillo y S. Sanger, ... Op. Cit., p. 10.

Tenemos la imperiosa necesidad de corregir los grandes defectos que estamos propiciando todos al no poner debida atención a la educación, formación y atención en el niño, que al haber sido hecho sin esmero, sin amor, ternura, con fracasos estruendosos, adultos corruptos y sin escrúpulos, terriblemente egoistas y sin espíritu de cooperación, ni conciencia cívica. Esta no es la forma de conseguir la felicidad, que es el objetivo pretendido para todos nosotros, para nuestros hijos y para el individuo al que atendemos.

CAPITULO III
TRAYECTORIA DEL TRABAJO SOCIAL MEDICO EN MEXICO Y CARACTERISTICAS
ESPECIFICAS Y ORGANIZACION DE LAS UNIDADES HOSPITALARIAS
DE ATENCION PEDIATRICA

3.1. Antecedentes del Trabajo Social Médico en México

En México al igual que en otras sociedades de América Latina, el Trabajo Social se puede considerar, tiene antecedentes incluso aun antes de la conquista española, en función a su organización socio-política e ideología.

Los Aztecas por ejemplo tenían organizada una beneficencia pública que atendía al individuo desde la etapa prenatal hasta su muerte, prestandole atención en todas las fases de su vida. El cuidado de los niños era esencial para ellos, su preocupación prenatal tenía fundamentos mágico religiosos, ya que deferían al niño a su xoalticatl o médico nocturno. A los Aztecas se les puede atribuir principios firmes de salubridad ya que sancionaban la falta de limpieza tanto personal como pública.

Con la conquista se trunca este proceso, y así se inicia otro

en el cual el interés social se centra en el poder religioso o interés filantrópico.

Etapa caritativa del Trabajo Social

El Trabajo Social era limitado, pocas personas a excepción de los misioneros ayudaban al necesitado, procediendo empíricamente sin técnicas, empleando generalmente solo medidas paliativas, como socorros, con dinero o proporcionando comida en puertas de conventos situación que fue nociva hasta cierto punto ya que dió origen a la mendicidad.

Existieron determinados benefactores que tuvieron otra visión con respecto a la solución de los problemas humanos y sociales de esa época contándose entre ellos : Fray Pedro Gante, que en 1522 en la zona del hoy estado de Tlaxcala, fundó un colegio en el cual se asistía y educaba a los niños indígenas y posteriormente creó otro para niños mestizos.

El Lic. Vasco de Quiroga, Obispo de Michoacan, se dedicó a enseñar artesanías (que aun se desarrollan). Se puede afirmar que él creó un verdadero Centro de Trabajo Social en Santa Fé de la Laguna, que contaba con un hospital, casa-cuna, colegio, industrias primitivas y otros servicios para bienestar de la comunidad, como se puede apreciar

trató de abarcar los campos que hoy se conocen y trabajan en forma independiente por trabajadores sociales. Atendía a los niños (expósitos hasta que podían valerse por si mismos.

Fray Bernardino Alvarez fundó el Hospital de los desamparados, estableció también una escuela para niños desvalidos.

El Virrey Martín Enríquez ubicaba a niños huicholes en casas adineradas dando pie a lo hoy considerado hogar sustituto. El Dr. Pedro López, fundó el Hospital de la Epifanía y en 1587 fundó la "archicofradía de Damas" para atención de los niños pobres.

"Tal como describe Motolinia, en los hospitales de la época se encontraban fundamentalmente aquellos que habían sido atacados por alguna "fiebre" de origen desconocido y los que habían sufrido serios accidentes en las obras de construcción o padecían los traumatismos provocados por el trabajo en las minas de azogue. Otros eran llevados a los hospitales como consecuencia de los malos tratos a que eran sometidos a lo largo de las jornadas y algunos más llegaban víctimas de la completa desnutrición... La atención de estos males se daba a través de dos más fundamentales: cuando se trataba de -- las epidemias, es decir, de enfermedades que podían atacar indiscriminadamente tanto a la población indígena como a la española, el Estado Virrcinal intervenía directamente para prevenir el mal; cuando se trataba de la atención hospitalaria, fuera o no consecuencia de una

epidemia, era la iglesia quien se encargaba de brindarla". (56)

Etapa Filantrópica

Don Fernando Ortíz Cortés, fundó un asilo para menesteros. Posteriormente Don Francisco Zuñiga, colaboró para el sostenimiento de hospitales, cárceles y escuelas, se considera un gran promotor del Trabajo Social en México.

En el período de la independencia aún fuertemente influenciado por la religión representando por Hidalgo y Morelos quienes planteaban perspectivas no paleativas y de ayuda sino de un cambio social.

"En el terreno médico la situación de conflictos a nivel social y político repercutía notablemente en las acciones de salud en el terreno hospitalario, "En los momentos inmediatos posteriores a la Independencia el gobierno siguió controlando por medio de los municipios todos los hospitales que habían pertenecido a las órdenes hospitalarias y sólo dejó fuera de su vigilancia las fundaciones de carácter particular, como es el caso del Hospital de Jesús. La expropiación de los hospitales tampoco siguió una marcha constante, misma que se presentaba sólo en los momentos en que el grupo liberal ocupaba

(56) Moreno Cueto, Enrique, et. all. Sociología Histórica de las Instituciones de Salud en México, Ed. IMSS, Méx., 1982, p. 15.

el poder, cuando los gobiernos conservadores se encontraban a la cabeza del Estado con el apoyo eclesíastico la política hospitalaria cambiaba radicalmente y la Iglesia recuperaba gran parte de las instalaciones expropiadas. El clero nunca se enfrentó exclusivamente en el terreno político a la fuerza creciente del Estado. El enemigo que ocasionó más mella al poder que el clero obtenía a través de los hospitales fue el movimiento médico en pro de la medicina científica que surgió en Europa desde principios del siglo XIX y que a pasos acelerados penetraba a México". (57).

Esa situación afectaba cada vez más a la ideología de la fe cristiana con que la iglesia respaldó su actividad hospitalaria, el primer enfrentamiento abierto que sintió el clero fue en 1831 durante la primera República Federal, y consistió en la superación del tribunal de protomedicato (causante de 200 años de retraso médico).

Ya en el México independiente en 1821 con una población de 14 334 780,00 habitantes el Dr. José Luis Mora, filósofo y escritor destaca la importancia y necesidad del socorro público, estimándolo condición de la respuesta ético-sentimental de los ciudadanos.

En 1836 el ajetreo político entre la iglesia y las tendencias liberales la atención médica se vio seriamente afectada como es claro observar por la autorización de la reparación absurda de la escuela

(57) Moreno Cueto, Enrique, ... Op. Cit., p. 25.

de cirugía y se ordenó de paso que el Colegio de Medicina entregara todo su material de anatomía y de operaciones y edificio a las monjas de Nueva España de Santa María de Guadalupe. El Colegio de Medicina fue relegado a las ruinas del Convento del Espíritu Santo.

Etapa benéfico asistencial

De la caridad a la beneficencia

En febrero de 1861 al triunfar la Reforma el Presidente Juárez, decretó la secularización de los hospitales y establecimientos de beneficencia adscribiéndoles al gobierno del Distrito Federal, y creando a la vez la Dirección General de Fondos de la Beneficencia.

Con el período de Reforma, el poder religioso se disminuye, dando paso a un desarrollo de carácter científico, se desarrolla en México la teoría del positivismo. "En 1874 fue Lerdo de Tejada quien tuvo que enfrentarse al Clero, personificado ahora en las Hermanas de la Caridad. La disposición de ese año fue decisiva y consistió en decretar su expulsión de los hospitales de todo el país". (58)

Se inicia la etapa de seguridad social a partir del siglo XX con el desarrollo social y económico, se inició la fuerza obrera, representada por los hermanos Flores Magón que defendieron en el

(58) Moreno Cueto, Enrique, Op. Cit., p. 29.

manifiesto del Partido Liberal Mexicano, teniendo concepción de la seguridad social que revolucionaba las ideas existentes hasta el momento.

De la beneficencia a la asistencia

Las ideas de salubridad y seguridad social se inician con el florecimiento de la medicina científica en Europa Occidental y la ruptura entre el campo y la ciudad. Con el proceso revolucionario se imprimió un sentido cualitativamente opuesto al concepto y práctica institucional relacionada con la salud. El departamento de salubridad se creó como organismo autónomo y ejecutivo en 1922. "Sus funciones ya no se limitaban al Distrito Federal, a los puertos y fronteras sino que llegaban a extenderse a casi todo el país. El adiestramiento del personal y la norma de que para ocupar puesto oficiales dentro de la salubridad mexicana se tuviera una especialización en la materia eran finalidades determinantes de muchas de las medidas que el departamento imponía. La organización de las llamadas campañas, acciones técnico-administrativas coordinadas, se manifestó eficaz, oportuna y adecuada. La educación higiénica, ya con las características de una doctrina de interés social, se manifestaban con todo el valor y las posibilidades que intrínsecamente posee". (59).

(59) Moreno Cueto Enrique, et. all., Op. Cit., p. 38.

En 1920 ya se hace alusión a personal que cubre funciones de investigación de problemática de casos dentro del ámbito de la beneficencia pública, personal considerado como "inspectores", detectarán aspectos educativos y de la alimentación de los niños alojados en las casas-cuna, hospicios, etc., que en muchas de las ocasiones también funcionaban como pequeños hospitales.

Etapa del tecnicismo acéptico

Etapa del Trabajo Social Médico, esto en virtud de que el Trabajo Social técnicamente establecido tiene su origen en el área médica, se inicio en la década de los veinte, aquí se fundamenta para el trabajo social una perspectiva técnica, se considera técnico y acéptico ya que se implementa técnica específica para el desarrollo de las actividades y acéptico por no involucrar corrientes ideológicas, interesándose primordialmente por la adaptación del individuo a la dinámica social establecida.

"Desde 1920 se sintió en México la necesidad de contar con mujeres preparadas para desarrollar una amplia labor de servicio social. En diferentes instituciones se improvisaron trabajadoras sociales tomando maestras y enfermeras que desempeñaron ese trabajo con entusiasmo, pero fue hasta el año de 1933 cuando se creó una escuela de enseñanza doméstica". (60).

(60) Revista de Trabajo Social Núm. 1, Ed. Escuela de Trabajo Social, México, D.F. 1944, p. 6.

En 1922 el Dr. Isidro Espinosa de los Reyes, fundó los primeros Centros de Higiene Infantil, como enfermeras visitadoras que ampliaran la actividad del Centro de Salud. En 1923 el Lic. José Vasconcelos, crea las misiones culturales integrándose a este trabajo tres personas, con cursos cortos en Trabajo Social en los Estados Unidos, siendo Elena Lanzaduri, Elen Torres y Vesta Sturges.

En 1929 el C. Presidente Emilio Portes Gil, creó la Asociación Nacional de Protección a la Infancia, con un comité de voluntarias que protegían al niño desde el punto de vista físico, social y moral. En 1929 se creó la plaza de inspectoras "inspectoras de la beneficencia pública", que canalizaban enfermos a hospitales y verificaban la alimentación y atención en los establecimientos de la beneficencia, en este año ya se cuenta con enfermeras visitadoras.

En 1933 se crearon plazas de las investigadoras sociales. En el período Cardenista el Trabajo social obtuvo gran apoyo por su política ya que propone evolucionar la educación a través del método de socialismo científico en este período se "desarrolla la conciencia nacional", por lo tanto existe una tendencia social el fin de los principios y objetivos del Trabajador Social.

En 1936 se estableció el curriculum de 3 años de escuela de Trabajo Social y se registra en la Dirección General de Profesiones, la primera egresada de la escuela fue la Trabajadora Social María Luisa Beltrán Frausto.

Así la preparación técnica dió origen al a institucionalización del Trabajo Social en el Area Médica en función al acuerdo tomado por el Presidente Cárdenas el 12 de agosto de 1936, con la Beneficiencia Pública del Distrito Federal.

En 1938 la Dra. Enelda G. Fox, jefe de la Oficina de Cooperación Privada y Acción social de la Dirección de Asistencia Infantil, se preocupó por contar con Trabajadoras Sociales y definir su labor al de las enfermeras visitadoras, asignándole a las primeras el manejo de problemática familiar, grupal y colectiva, así como el manejo de casos en beneficio del niño, promovió cursos de capacitación colaborando con ella las trabajadoras Sociales Paula Alegría y María Eleña Rincón.

Etapa de Integración del Humanismo y de la Técnica Social

En 1940 el Trabajo Social Médico, tuvo un gran avance el introducir se en el Hospital General de la S.S.A., siendo la encargada la Trabajadora Social María Elena Rincón. "... se realizó entonces Trabajo Social Médico de casos de investigación y medio familiar del paciente para conocer sus posibles relaciones de su entorno con su problema de salud. Ayudar a la aceptación del paciente de su situación y a lograr su cooperación para lograrla. Participación de la familia

en el tratamiento médico social de caso. Ayuda para la rehabilitación óptima del enfermo". (61).

"El Trabajo Social apenas tiene 73 años de formación sistemática en escuelas de servicio social (Amsterdan 1899) y 52 años de haberse empezado a nivel universitario (Chicago 1920). En América Latina la formación profesional para el servicio social apenas tiene 47 años (Santiago de Chile 1925)..., situado durante todo este tiempo en un nivel de dependencia externo respecto al servicio social norteamericano". (62).

Con la preparación de personal, con una orientación técnica, paramédica y para jurídica, lo que esta en íntima correspondencia con los problemas del momento el Trabajador Social se desenvuelve como una especie de asistencia del médico o de otro profesional.

En la Universidad Nacional Autónoma de México, por iniciativa de Médicos y Abogados se crea en 1940 la profesión de Trabajo Social, con el mismo plan de estudios de la S.E.P., con la fundación del Hospital Infantil de México en 1943 se trabaja formalmente el Trabajo Social Médico Hospitalario, siendo la responsable del departamento la Srta. Ma. Elena Rincón.

(61) Ponencia María Luisa Flores, Escuela Nacional de Trabajo Social, Cd. Universitaria, México, D.F. 1983.

(62) Macías Gómez Edgar, Hacia un Trabajo Social Liberador, Ed. Humanistas, B. Aires, 1973.

En 1944 se inician los servicios del Instituto Mexicano del Seguro Social y en el mes de mayo del mismo año, ingresan las tres primeras Trabajadoras Sociales quedando adscritas a la oficina de "Estudios Económicos y Sociales". Hasta 1946 son ubicadas en Clínicas y Sanatorios (subrogados) que tenían como actividades visitas domiciliarias, entrevistas, observación, investigación, así como visitas a empresas.

Al fundarse el Hospital de la Raza del I.M.S.S., las Trabajadoras Sociales tenían actividades administrativas, la reglamentación de visita a pacientes, el auxilio espiritual a los enfermos, atención de incapacidades médicas, intervención en campañas de salud, posteriormente se adquiere relativa autonomía, así la sección de Trabajo Social pasa a ser un departamento más de los Servicios Médicos, se nombra además una Jefe en la Subdirección General Médica.

En 1956 surgió el I.S.S.S.T.E., se creó la Comisión Nacional de Hospitales y se elaboró el primer censo de hospitales en el país. En 1958 se inició la creación de una red de hospitales de urgencias pediátrica. En 1960 se desarrolla en el Hospital Infantil de México un curso de supervisión en Trabajo Social, con el propósito de incrementar conocimientos y destrezas en el campo médico y en el proceso de supervisión, tratando de lograr con el curso la superación y desarrollo de capacidad de dirección en trabajo Social Médico.

En este año las actividades de Trabajo Social en el Hospital Infantil de México eran de la siguiente manera:

"Labor general de Trabajo Social.

1. Mediante un interrogatorio de los familiares del paciente para detectar el estado económico de los mismos, se fija las cuotas en consulta externa, emergencia, hospitalización, derecho de operación a enfermos hospitalizados, estudios auxiliares, etc.

2. Valiendose de la técnica adecuada del caso social individual, la Trabajadora Social ayuda a los familiares del paciente en el tratamiento médico y en la solución de los problemas que éste presenta, ya sea:
 - falta de recursos económicos
 - desorganización familiar
 - desempleo
 - problemas de salud, etc.

3. El Trabajador Social orienta profilácticamente a los familiares del paciente, y a éste último cuando está en edad de comprender las aplicaciones que le dan.

4. Combinada la orientación en la oficina y en el medio ambiente el Trabajador Social colabora en la modificación del medio familiar y social, cuando éste está creando conflictos al paciente.

5. El trabajo en equipos. El Trabajador Social ha luchado por integrar en el núcleo de profesionistas. En algunas ocasiones el Trabajador Social junto con pasantes en Medicina, realizan visitas domiciliarias, informando lo investigado.
6. El Trabajador Social pasa visita con el médico Jefe de la sala una o dos veces por semana, según las necesidades del servicio, con el objeto de proporcionar al Médico todos los informes que éste solicite en relación con el problema médico social del niño. Así como para recibir ordenes médicas en relación con la atención de los niños, investigaciones de focos de infección o contagio, etc.
7. En sesiones médicas, el Trabajador Social participa presentando lo referente a la investigación social realizada.
8. El Trabajador Social traslada a los niños del hospital a sus hogares en casos de urgencia, cuando el médico lo solicite.
9. Cooperar en la externación de los niños abandonados por los familiares, haciendo los trámites correspondientes para que ingresen a casas hogar u hogares substitutos.
10. Informa a los familiares del niño sobre otros servicios médicos o sociales que pueden ser un medio de solución a sus problemas personales o familiares.
11. El Trabajador Social ayuda a los familiares a interpretar las órdenes médicas.

12. Establece relación constante con los familiares del paciente con el fin de calmar el estado angustioso en que se encuentra la enfermedad del niño, y así lograr una mayor cooperación en el plan de tratamiento médico.
13. Cada Trabajador Social entrega un informe mensual de su labor" (63)

En 1964 existió participación de Trabajo Social en las reuniones fronterizas de Salubridad mediante ponencias de Trabajadores Sociales. Desde el año de 1960 en que se crea el I.S.S.S.T.E., en lo servicios médicos del área metropolitana se considera la importancia de la participación de la Trabajadora Social en el equipo de salud, situación que respalda el establecimiento de la Jefatura de Trabajo Social.

Con el movimiento de reconceptualización iniciado en 1975 se replantea las actividades en Trabajo Social Médico. "Estas interrogantes iniciales y esencia se hicieron que surgieran quienes dijeron No, al "Metodologismo acéptico" y que consecuentemente constituyeron su análisis. A estas antitesis es la que hemos dado en denominar "Generación del 65".

- A) En 1965, los portavoces de estas ideas que, inicialmente eran brasileños, uruguayos y argentinos, sienten la necesidad de

(63) Historia de la Fundación del Hospital Infantil de México, Ed. Ed. Talleres de Impresión Modernas, Méx., 1968, p. 280.

reunirse en encuentros internacionales...

- B) En 1965, se hace plenamente conciente en esto jóvenes profesionales, la necesidad de comenzar a investigar, teorizar, enseñar y ensayar Servicios Sociales genuinamente latinoamericanos...
- C) Se crea el grupo ECRO de Argentina". (64).

Este movimiento tuvo principal impacto a nivel docencia, por lo que las escuelas de Trabajo Social hacen modificaciones en sus programas de estudio, situación que repercute definitivamente en el quehacer profesional en el Area Médica Hospitalaria.

Otras circunstancias o movimientos que repercuten en la actividad profesional del Trabajo Social, fueron la elaboración del documento de "Araxa", en donde se dan planteamientos que representaron cambios, por ejemplo en los principios de Trabajo Social, Y en 1971 el documento de "Teresopolis", con la aplicación de la teoría estructural funcionalista de Talcón Parsons.

Específicamente eventos en relación al Trabajo Médico Social en el Area Pediátrica se pueden considerar los siguientes:

El 1º de febrero de 1961 por decreto fue creado el Instituto de Protección a la Infancia. En 1968 se crea la Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez. En 1974. reestructuración del Instituto

(64) Alayón, Norberto, ABC del Trabajo Social Latinoamericano, ED. Ecro, Buenos Aires, p. 52-53.

Nacional de Protección a la Infancia. En 1975 Instituto Mexicano para - la Infancia y la Familia. En 1976 por decreto Presidencial se fusiona la Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez y el Instituto Nacional de Protección a la Infancia, dando paso al sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. Durante el período 70/76 se reintegra la Dirección Materno Infantil. Es importante hacer la consideración que en esta década con la aparición del ahora, Instituto Nacional de Pediatría se da un gran avance tecnicometodológico, de la actividad de la Trabajadora Social en el Area Médico-Hospitalaria en base a la creación de la especialidad en Trabajo Social Médico en la cual se focalizaba la enseñanza en esta área de nuestra disciplina, mediante un programa teórico-práctico adecuados.

En 1982 por decreto presidencial del 21 de diciembre, se declara que los programas de asistencia social del gobierno de la República se racionalicen, encomendándoseles al Desarrollo Integral de la Familia.

Las actividades docentes y de capacitación en el Area de Trabajo Médico Social se intensificaron Instituciones Públicas como son: I.M.S.S., I.S.S.S.T.E., S.S.A. y D.I.F., a partir de los año 70. Otros eventos importantes dentro de los avances en Trabajo Social Médico Hospitalario se puede mencionar la elaboración del manual de procedimientos de Trabajo Social en 1974 en el Instituto Mexicano del seguro Social y la creación en 1977 de la Asesoría Nacional de Trabajo Social.

Dentro de la evolución que ha presentado esta disciplina ha influido notablemente conceptos y metodología del materialismo histórico y dialéctico.

Materialismo Histórico y Dialéctico, y Trabajo Social

Trabajo Social se ubica en una nueva perspectiva, así la Práctica, entidad como actividad del Trabajo Social dirigida racionalmente hacia la transformación de "su" objeto, a la luz de un respaldo teórico y método científico, que se refiere a la realidad, que lo constituye esencialmente, la filosofía, teoría y método materialista dialéctica e histórico.

El materialismo en cuanto teoría

Como teoría entra a precisiones conceptuales; el establecimiento de delimitaciones entre unas formas o vías de conocimiento, y otras; a la formulación de leyes aplicables a la realidad, conocimiento e historia; y a la determinación de su objeto material:

- a) "Modos de producción que han surgido y seguirán surgiendo en la historia", para el caso del materialismo histórico, y
- b) "Procesos de Transformación por vía natural que se han producido y se seguirán produciendo, en todo cuanto existe", para el caso del materialismo dialéctico.

El materialismo dialéctico y método dialéctico, pasan a constituir el método general de la ciencia, el método científico tiene como fases las siguientes:

- Investigación. Descubre lo existente y se plantea su comprobación experimental.
- Sistematización. Reúne los resultados obtenidos y elabora su interpretación.
- Exposición. Procura una ordenación consecuente de los resultados -- presentados en forma clara.

El materialismo dialéctico, en tanto filosofía.

Como filosofía proporciona:

- a) Una concepción de la realidad de la cual no debe evadirse el Trabajador Social, ya que en sí representa el punto de partida del inicio de cualquier acción profesional.
- b) Un conjunto de principios directrices encaminados hacia el mismo -- sentido.
- c) Una nueva postura, comprometida y científica, en contradicción con la que sustentó el Trabajador Social.
- d) Unos nuevos valores a concretizar a través de la acción. (*)

Se puede afirmar por lo tanto que el Trabajo social se ha caracterizado por ser propio de un determinado momento histórico.

(*) Obra consultada, Gallardo Clark Angélica, La Praxis de Trabajo Social en una Dirección Científica, Ed. Ecro, p. 33.

3:2: Funciones y Metodología del Trabajo social Médico en Unidades Hospitalarias de Atención Pediátrica.

"El establecimiento y desarrollo del Trabajo Social Médico durante los últimos 50 años, ha surgido debido al reconocimiento por parte de los médicos del significado de los aspectos sociales y emocionales de la salud y la enfermedad" Lidia C.H. de Vittorioso.

El Trabajo Social dentro del área médica comprende que el origen natural de los problemas pueden ser de orden físico, intelectual, emocional y además que muchos de los problemas son de carácter económico, formas de organización social, etc., que dan dentro del ambiente familiar y hospitalario en que se encuentra el niño, por lo tanto debe asumir una actividad técnico profesional que al ubicarse dentro del campo hospitalario, participa en la recuperación de la salud, preservación de la misma, la convalecencia y rehabilitación física, emocional y social.

En esta área cuando los factores biológicos y sociales resultan negativos y se produce la enfermedad en el niño solo podrá ser abordada en forma biopsicosocial, así el tratamiento de su padecimiento será integral, considerando a la medicina desde el punto de vista social o medicina social, fomento de la salud, prevención de la enfermedad, restauración de la salud y rehabilitación del menor, mismos que para

su desarrollo requiere de la actividad específica de cada uno de los miembros de grupo interdisciplinario y de métodos sociales que pueden ser proporcionados por el Trabajador Social.

El Dr. Pascual Navarro Murilló, concibe al Trabajo Social Médico Hospitalario como "...lazos de unión de los pacientes, familia, público en general e institución. Su función fundamental es conocer y atender los problemas psico-sociales y económicos de los pacientes; investigando como antes se ha dicho, su medio ambiente; labor que evidentemente no puede ser llevada a cabo por el médico; entender y resolver las complicaciones sociales de la enfermedad, colaborando en forma organizada con los ordenamientos que el médico establezca, logrando que el paciente coopere con el tratamiento médico. Ayudando además a resolver los problemas que pueden influir en el curso de su enfermedad; pues se ha comprobado que los procesos físicos, invalidantes, mentales, cáncer, etc. tienen mucha influencia en los conflictos individuales y familiares". (65).

De ahí que cuando se habla de Trabajo Social Médico, aún siendo sólo en el campo hospitalario del campo pediátrico, no se puede desligar del Trabajo Social en general y la medicina social.

El Trabajo Social procura sacar una actitud crítica acerca de las causas-efectos de los problemas sociales, así como los recursos

(65) Navarro Murillo Pascual, Avances en Trabajo Social Médico, Ed. Méndez Oteo, México, 1985. p.6.

disponibles con el fin de que los sujetos afectados por esos problemas asuman una acción organizada y preventiva transformadora que lo supere. Para ello deberá:

- a) Conocer científicamente su problema.
- b) Determinar como los hombres los enfrentan y que alternativas de solución arbitran.
- c) Capacitarlos para que pueden asumir el papel que les corresponde.

A fin de ubicar más claramete las funciones y metodología del Trabajo Social en hospitales pediátricos partiremos del concepto y objetivos del Trabajo Social en el área médico-hospitalario. Se partirá de algunos conceptos generales del Trabajo Social Médico, en consideración a la no existencia de uno totalmente establecido.

"Acción ejercida mediante metodología científica para el conocimiento de los factores sociales que influyen en la salud, para intervenir en la investigación, planeación y administración de programas tendientes a sensibilizar, organizar y movilizar a la población, a efecto de contribuir a las transformaciones sociales necesarias para la salud integral". (66).

Concepto de Trabajo Médico Social. Es la acción dirigida a la

(66) Secretaría de Salubridad y Asistencia, Reunión de Trabajadores Sociales Interinstitucional, SSA, Méx., 1978.

investigación de la patología social que influye o afecta la salud, con el fin de intervenir en la correlación de los factores que originan conflictos de salud en el individuo, grupo o comunidad. Su objetivo es la preservación y fomento de la salud del individuo, dentro de su contexto social. Lo anterior incluye una acción promocional, preventiva, rehabilitatoria, investigación y de enseñanza.

Trabajo Social Médico. Es la disciplina o campo de acción que siguiendo el método científico enfoca sus acciones para colaborar en los programas de salud, concretamente en los niveles de prevención, curación, rehabilitación y promoción de la salud, atacando los problemas desde el punto de vista individual, de grupo y/o comunitario, teniendo como función primordial establecer el enlace entre los equipos de salud y los derechohabientes, para facilitar a la comunicación el entendimiento y la interacción, buscando con ello mejores resultados en las acciones de salud y más constante en el proceso de la atención médica.

Específicamente para el área médico-hospitalaria se han desarrollado las siguientes definiciones:

"El Trabajo Social es una actividad técnico y profesional, que al encuadrarse dentro del ámbito hospitalario, colabora en la recuperación de los pacientes con dificultades personales y/o ambientales, relacionadas con la preservación de su salud, la enfermedad, la convale-

cencia y la readaptación". Ana E. B. Brandenburg.

"Es la disciplina profesional que basada en conocimiento de las ciencias sociales, de la conducta y de la biomedicina, ejerce una serie de técnicas sistematizadas, encaminadas a lograr el desarrollo de la Institución, involucrada a través de su participación activa, tanto a los individuos a quienes se otorga la atención como al personal de las mismas". I.M.S.S. Subdirección General Médica 1979.

"La función principal del Trabajo Social en el Hospital es contribuir al tratamiento integral del paciente ayudándole a resolver aquellos problemas sociales y emocionales que interfieren con el tratamiento médico, su ajuste a la institución, su rehabilitación y la conservación de su salud física, mental y social". Lidia C. Hernandez de Vittorioso.

"En el área médica, el Trabajador Social dirige su acción a la investigación de la patología social que influye o afecta la salud, con el fin de intervenir en la corrección de los factores que originan conflictos de salud en el individuo dentro de un contexto social.

Para que el desempeño de trabajo social en el área médica sea efectivo, tenemos que tomar en cuenta primeramente que el ser humano es un ente biopsicosocial y como tal presenta una serie de necesidades

en cada una de las áreas citadas. De igual manera no se puede separar al individuo de su ambiente, familiar y social ya que éste influye determinantemente en su vida". Lic. T.S. Mercado G. Margarita, Curso de Trabajo Médico Social Centro Médico de la Raza.

Mediante el análisis de las definiciones anteriores es factible el observar la diversidad de perspectivas en la elaboración de las mismas, por lo que se siente la necesidad de hacer incapié en los factores que deben de considerarse a fin de realizar una definición completa del Trabajo Social Hospitalario, enfocado al área pediátrica:

1. Su integración a una disciplina de carácter social.
2. Consideración del paciente como un ser Biopsicosocial.
3. Actividad encaminada a los momentos de promoción de la salud, protección específica, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno incluyendo también la limitación, incapacidad y rehabilitación.
4. Atención Social del paciente y su familia en función a su padecimiento, su hospitalización y reintegración a su ambiente social.
5. La integración con el equipo de salud.
6. Y la relación con el medio ambiente.

Objetivo del Trabajo Social Hospitalario en el área médico-pediátrica

Objetivos generales:

- 1) Conocer la situación económico-social, educacional y cultural

del paciente, así como su actitud frente a su padecimiento, con el personal médico, técnico, administrativo y su familia.

- 2) Modificar a través del tratamiento social, conductas negativas del paciente y su familia en su atención médica.
- 3) Lograr la participación activa tanto del paciente como de los miembros de la familia para buscar soluciones a sus problemas y de esta manera definan metas de rehabilitación según sus posibilidades físicas, mentales y sociales.
- 4) Lograr la integración positiva del paciente a su medio familiar y social.
- 5) Contribuir a las transformaciones sociales necesarias para lograr la promoción y restauración de la salud.

-

Objetivos Específicos

- 1) A través del método y técnicas de Trabajo Social de caso, obtener conocimiento amplio sobre las condiciones económicas, socio-culturales, educacionales, emocionales, etc., debido a que las alteraciones familiares repercuten directamente en la sintomatología del paciente y lograr cambios en beneficio de la familia.
- 2) Aportar a equipo de salud el estudio de las variables socioeconómicas y culturales que inciden en la etiología, la distribución y el desarrollo de las enfermedades y sus consecuencias sociales localizando, identificando, controlando o eliminando aquellos que retardan o impiden el logro de los objetivos de salud y

a la plena utilización de los servicios, así como la localización e identificando los que favorecen a su logro.

- 3) Integración del Trabajador Social al equipo interdisciplinario de salud y así contribuir al tratamiento biopsicosocial del paciente tomándolo como prolongación de su familia.
- 4) Sensibilizar y motivar y orientar a la familia y al paciente (si está en condiciones) acerca de la magnitud del padecimiento y la importancia del tratamiento y manejo adecuado.
- 5) Realizar acciones y medidas tendientes a la educación para la salud, la investigación y la enseñanza.
- 6) Orientar y capacitar a los pacientes y a sus familias en los problemas consecuentes de la enfermedad.
- 7) Siendo un objetivo en el área profesional la busca de la adquisición de conocimientos que permitan mejorar el tratamiento social que se proporciona.

Tomando en cuenta los objetivos planteados cabe hacer mención de los supuestos filosóficos en la disciplina de Trabajo Social:

- A) Reconocer el valor del ser humano como persona, cualesquiera que sean sus circunstancias, condición, raza, religión, opinión política o conducta; y hacer lo posible por fomentar en él un sentido de dignidad y respeto propio.
- B) Respetar las diferencias entre las personas, grupos y comunidad, tratando al mismo tiempo de conciliarlos con el bienestar común.
- C) Fomentar el propio esfuerzo como medio de desarrollo en la persona el sentimiento de confianza en sí mismo y su capacidad para afrontar responsabilidades.

- D) Promover oportunidades para una vida más satisfactoria en las circunstancias particulares en que se encuentra la persona, los grupos o comunidades.
- E) Aceptar el deber profesional en pro de la aplicación de medidas sociales compatibles con los principios y los conocimientos del trabajo social acerca de los anhelos y necesidades humanas, con objeto de brindar a toda persona la posibilidad de hacer el mejor uso posible de su medio y de sus propias aptitudes.
- F) Respetar la índole confidencial de la relación profesional.
- G) Utilizar esta relación para ayudar a las personas, grupos y comunidades, que ayuda a alcanzar un grado mayor de libertad y de confianza en sí mismos y no tratar de manejarlos para que adopten un sistema preconcebido e impuesto.
- H) Hacer un uso responsable de la relación profesional con miras a promover, lo más posible, el mayor bien para el individuo y los mejores intereses en la sociedades". (67).

Filosofía del Trabajador Social

Que consiste en fe, en la dignidad, el valor y el poder creador del individuo, y la convicción inalienable del derecho de cada ser humano a escoger y a cumplir su propio destino en el marco de una sociedad estable y progresista.

Funciones del Trabajo Social Médico en Unidades Hospitalarias de Atención pediátrica.

Con el objeto de contar con una visión más amplia de las funciones que realiza el Trabajador Social en Unidades Hospitalarias de atención pediátrica de tercer nivel o alta especialidad, partiremos de su

(67) Tercer Estudio Internacional sobre "Formación para el Servicio Social" de Naciones Unidas.

descripción a nivel teórico descrito por diversos autores y posteriormente se expondrá como se lleva operacionalmente en las Instituciones estudiadas en este trabajo.

Natalio Kisnerman

1. Promoción
 - 1.1. Elaborar y ejecutar programas de divulgación de los factores que inciden sobre la salud para los usuarios reales y potenciales, así como otros profesionales.
 - 1.2. Proporcionar información sobre derechos y deberes del paciente y su familia.
2. Prevención.
 - 2.1. Estudiar la incidencia de las variables socioeconómicas y culturales en la etiología, la distribución y el desarrollo de los problemas de salud.
 - 2.2. Estudiar las actitudes y los valores que benefician u obstaculizan el acceso a mejores niveles de salud.
 - 2.3. Analizar el nivel de aprovechamiento por parte de los usuarios de los servicios de salud.
 - 2.4. Orientar y capacitar a la población usuaria sobre el uso de los recursos institucionales.
 - 2.5. Orientar y capacitar al grupo familiar a fin de asegurar la salud de sus miembros.
 - 2.6. Capacitar a voluntarios auxiliares y alumnos de trabajo social para ejecutar acciones de salud.
3. Recuperación.
 - 3.1. Contribuir con el equipo de salud a reducir y reparar los daños causados por la enfermedad.
 - 3.2. Capacitar al enfermo y a su familia para que participe en su recuperación.
4. Rehabilitación.
 - 4.1. Asegurar que todo enfermo o minusvalido físico o mental pueda lograr el uso máximo de su potencialidad.
 - 4.2. Orientar al medio familiar laboral, escolar y comunitario para la reubicación social del enfermo.

Actividades

- A) Servicios directos de atención a pacientes y grupos
- B) Investigación.
- C) Educación para la salud de programación o administración de servicios sociales.
- D) Capacitación de los recursos humanos.

Ana E. B. De Brandenburg

1. Integrar los equipos de trabajo estableciendo interacción con los demás profesionales que intervienen en cada caso.
2. Aplicar los métodos de trabajo social de caso y de grupo.
3. Participar en la programación, puesta en marcha y desarrollo de todas las actividades de servicio.
4. Proyectar hacia la comunidad los programas sanitarios y sociales.
5. Participar en programas educativos para informar al resto del personal con respecto a fines y objetivos del trabajo social.
6. Colaborar en trabajos de investigación médico social.

Marie C. Castellanos

1. Lograr que acepten del mejor modo posible su enfermedad.
2. Tratar que disminuya, al mínimo, la tensión emocional que da lugar a conflictos y ansiedades.
3. Procurar que interpreten su verdadero problema y, si es necesario que cambien su actitud mental y forma de pensar.
4. Crear en ellos una opinión favorable respecto al médico y al tratamiento.
5. Lograr la adaptación o rehabilitación personal.
6. Lograr que sientan la necesidad de continuar sus tratamientos.
7. Prever y evitar recaídas o la aparición de síntomas nuevos, negativos, para lo cual se suministrará la oportuna y adecuada información u orientación.
8. Procurar que sus actividades recreativas y empleo del tiempo libre le resulte satisfactorias y tengan un efecto constructivo.
9. Preparar al paciente para cualquier situación de cambio: operación, tratamiento, hospitalización, alta, etc.

Dr. Pascual Navarro Murillo

1. Con el enfermo hospitalizado
 - 1.1. Adaptación al medio hospitalario
 - 1.2. Aceptación de reglamentos y normas interiores del hospital, así como la participación en su tratamiento, así como la intervención de diferentes especialistas.
 - 1.3. Orientar a familiares sobre normas del hospital e instrucciones médicas.
 - 1.4. Lograr el ajuste y la integración en el hospital y en grupos de carácter terapéutico.
2. Al ser dado de alta el paciente.
 - 2.1. Realizar labor terapéutica para que el niño acepte las limitaciones temporales o definitivas que hayan quedado como secuelas de su enfermedad.

- 2.2. Orientar convenientemente par que se continúe las recomendaciones y prescripciones médicas, dietéticas e higiénicas.
- 2.3. Propiciar el ajuste y la interacción a su familia en las mejores condiciones posibles.
3. Con la familia.
- 3.1. Que colaboren ampliamente con el cuerpo médico para la recuperación de la salud del enfermo cuando se encuentre hospitalizado.
- 3.2. Colaborar en el tratamiento y adaptación del niño al hospital.
- 3.3. Cuando ha sido de alta, cumplir con las indicaciones del personal médico y paramédico.
- 3.4. Propiciar que acepten al paciente con sus limitaciones o en su caso sin proteccionismo en casos que no lo ameriten.
4. Técnico profesional.
- 4.1. Propiciar la solución completa a los problemas médicos sociales del paciente, mediante su capacitación y metodología.
- 4.2. Colaborar con el equipo humano hospitalario para llevar a cabo la rehabilitación integral de los enfermos menores.
- 4.3. Participación en los programas de mejoramiento del hospital para beneficio del paciente y familia.
- 4.4. Propiciar la educación para la salud y las relaciones humanas dentro del hospital.
- 4.5. Procurar que los trámites administrativos sean accesibles en los casos que así lo requieran.
- 4.6. Contar con un registro estadístico de las experiencias encontradas.
- 4.7. Procurar el mejoramiento profesional, las sesiones interdisciplinarias y la organización de cursos para trabajadoras sociales.

La reunión de trabajadoras sociales interinstitucionales realizada en la Secretaría de Salubridad realizada en 1978 determinó como funciones específicas del trabajador social en el área hospitalaria, se pueden agrupar de la siguiente manera:

- a) Investigación
- b) Planeación
- c) Capacitación
- d) Educación
- e) Promoción
- f) Coordinación

- g) Asistencia
- h) Supervisión
- i) Asesoría

Cabe mencionar que el trabajo social en el ámbito hospitalario plantea áreas específicas en las que desarrolla sus funciones y son las siguientes:

- 1) Asistencial
- 2) Preventiva
- 3) Promocional
- 4) Correctiva y rehabilitatoria
- 5) Investigación
- 6) Enseñanza.

Funciones generales de los Trabajadores Sociales en el Hospital Infantil de México Federico Gómez.

Independientemente de las funciones específicas que cada Trabajadora Social tiene asignadas, de acuerdo al servicio al que está adscrita, son funciones generales de todas las Trabajadoras Sociales de este Hospital.

- 1.1. Armonizar sus labores, con el equipo de salud del servicio donde estan comisionadas.
- 1.2. Investigar, diagnosticar y tratar los problemas socioeconómicos, individuales y familiares que estén afectando negativamente la situación de salud del paciente.
- 1.3. Crear y fomentar la confianza de padres y otros familiares en el Hospital, su personal profesional y sus procedimientos.
- 1.4. Impulsar y estimular las conductas positivas y procurar la modificación de las negativas en pro del reforzamiento y ajuste del núcleo familiar.
- 1.5. Actuar con el paciente y/o la familia para lograr la modificación de los estados emocionales negativos, así como prejuicios y falsas ideas en cuanto a la salud y la enfermedad.
- 1.6. Ayudar a pacientes y familiares a que comprendan y se adapten a las rutinas, disposiciones y reglamentos del Hospital.
- 1.7. Orientar a la familia en cuanto a la interpretación de las disposiciones médicas y sobre el manejo del niño en su hogar.
- 1.8. Hacer sentir al niño y a la familia, el interés que la Institución tiene en su salud.
- 1.9. Participar en los trabajos de investigación, tanto médica en sus aspectos sociales, como en las que determinan los niveles normativos de Trabajo Social.
- 1.10. Participar en la elaboración de programas de bienestar social y educación para la salud, así como en la ejecución, desarrollo y evaluación de los mismos.
- 1.11. Mantener coordinación constante con el grupo de Trabajadoras Sociales del Hospital, par el manejo integral del caso.
- 1.12. Hacer las derivaciones de casos, proporcionando la información necesaria al familiar, previa coordinación adecuada con los servicios sociales de la institución a la cual se deriva al paciente, a efecto de obtener información acerca de si me acepta a éste, cuándo y en qué condiciones.
- 1.13. Elaborar estudio social completo a domicilio cuando la complejidad o problemática del caso así lo requiera.
- 1.14. Redactar informes de caso o solicitud de las supervisoras o de la Jefa de Trabajo Social.
- 1.15. Formular ~~sumarios~~ de transferencia cuando el caso sea derivado a otro servicio o a otra institución y de cierre de caso siempre que este es afectado.
- 1.16. Coordinarse con Trabajadoras Sociales y personal de otras Instituciones, para afectar trámites oficiales, lograr información acerca de los casos o para conseguir recursos de asistencia social que fueron necesarios para implementar la asistencia médica.
- 1.17. Efectuar visitas domiciliarias periódicas para seguimiento de caso.
- 1.18. Detectar e informar a las autoridades de Trabajo Social, sobre los casos en que se sorprende explotación, descuido o maltrato a a menores, o bien se determina situación de incapacidad de ~~de~~ los padres en cuanto al manejo de sus hijos.

- 1.19 Controlar mediante los instrumentos adecuados, la totalidad de los casos atendidos por servicio.
- 1.20 Rendir informes mensuales mediante la forma impresa correspondiente, a la Jefatura del Departamento, a través de las supervisoras, los que deberán expresar el resultado del trabajo realizado en el mes.
- 1.21 Colaborar en los programas de enseñanza y adiestramiento en servicio para estudiantes, pasantes y Trabajadoras Sociales que cubren prácticas escolares, servicio social o adiestramiento como aspirante a plaza.
- 1.22 Asistir a sesiones clínicas, conferencias y eventos de capacitación continua que amplíen su acervo profesional de conocimientos acerca de los avances científicos de la medicina y disciplinas afines.
- 1.23 Suplir las ausencias de las Trabajadoras Sociales que salen para efectuar comisiones o visitas domiciliarias.
- 1.24 Localizar pacientes y/o familiares a través del medio de comunicación que resulte más adecuado en cada caso.

Funciones de las Trabajadoras Sociales en el Instituto Nacional de Pediatría

Procedimientos Generales:

Pasos Técnicos

1. Ficha de identificación
 - 1.1. Clasificación para recuperación de cuotas (asignación de una categoría de pago de cada paciente).
 2. Estudio socioeconómico corto.
 3. Estudio socioeconómico profundo.
 4. Signos de combe (6)
 5. Notas subsecuentes.

(*) Signo de Combe. Es un estudio epidemiológico enfocado básicamente a investigar condiciones de vivienda, alimentación y condiciones de salud de familia y posibles fuentes de contagio.

6. Resumen social (generalmente se mancha para enviarlo a otro servicio o Institución ejemplo: casa-cuna, ministerio público, etc.).
7. Sumario Social (Sintetizar los principios elementos del tratamiento social del paciente al cierre de caso).
8. Resumen del fallecimiento (generalmente son presentados en sesiones clínicas. patológicas).
9. Notas de reingreso.
10. Manejo de pacientes con síndrome de niño maltratado.
11. Sesiones interdisciplinarias.
12. Seguimiento de caso.
13. Orientación (sobre recursos y alternativas para la solución de diferentes problemáticas..
14. Visita médica.
15. visita domiciliaria
16. Visita a instituciones
17. Sesiones interdepartamentales
18. Supervisión.
19. Revisión bimestral de servicios.

Procedimientos Asistenciales:

1. Ayudas.
2. Canalizaciones.

Procedimientos Administrativos:

1. Pases de madre participante
2. Donación de sangre.
3. Recuperación de cuotas.
4. Reclasificaciones, pueden ser ~~ascendentes~~ o descendentes.
5. Notas de crédito.
6. Alta de pacientes.
7. Alta voluntaria
8. Citatorios.
9. Permiso de salida.
10. Vales de alimentos.
11. Constancias.
12. Localización de familiares y/o pacientes.
13. Correspondencia.
14. Manejo de casos médico legales.
15. Actas de abandono a menores.
16. Manejo de expedientes sociales.
17. Manejo de registros diarios.
18. Informe mensual.

Su objetivo. Detectar si algún miembro de la familia o persona que haya estado en contacto directo con el paciente se encuentra enfermo de tuberculosis. Canalizar a las personas enfermas al centro de salud correspondiente para su tratamiento antifímico. Generalmente el médico lo solicita, se requiere visita domiciliaria.

Metodología del Trabajo Social Médico en Unidades Hospitalarias de Atención Pediátrica.

Desde el momento que se habla del Trabajo Social se esta implícito el término y acción "Social", que significa la atención de factores relacionados con el ambiente humano del niño, tanto como fuera del hospital, del que se derivan problemas dentro de la naturaleza física, intelectual o emocional y social, por lo tanto el menor puede reaccionar como un ser que necesita convivir armoniosamente con su ambiente físico, y como un miembro más de un grupo que comparte un ambiente social, factor muy importante en consideración a la actividad del Trabajador Social.

De ahí la importancia de la participación y atención social del Trabajador Social, además que como sabemos, cuando los factores biológicos y sociales resultan negativos, se produce la enfermedad, que solo podrá ser tratada en forma biopsicosocial. "El campo de la práctica en el Trabajo Social está planeado con miras a estimular y crear una actitud científica y un acercamiento disciplinado hacia los problemas sociales y humanos".(68).

La metodología que se utiliza en Trabajo Social en el área hospita-

(68) Hernández de Victorioso Lidia C., Trabajo Médico Social, Ed. Humanitas, Buenos Aires, 1976. p. 10.

laria de atención pediátrica es la general y utilizada en esta disciplina.

Es ampliamente conocido que la disposición metodológica con la que se desenvuelve el Trabajador Social en este campo de trabajo, es mediante los métodos de caso y grupo, esencialmente y en forma complementaria o parcial en el método de desarrollo de la comunidad. Metodología muy difundida pero que no se deja de considerar la existencia de un método profesional o único.

"..La inquietud por la formulación de un método profesional tiene su origen por un lado, en la preocupación de un método profesional -básicamente del cono sur - por imprimir a sus acciones mayor efectividad en relación directa con el contexto social donde ejercen, y por otro lado, en el hecho de que el análisis realizado sobre la metodología tradicional ha demostrado que a pesar de la segmentación funcional del método sobre el objeto de la acción -individuo, grupo y comunidad- manifiesta cierta unidad en la estructura del proceso metodológico. Asimismo es posible identificar la repetición y afinidad de muchas técnicas y procedimientos incluidos en cada uno de los métodos antes citados. Esto permitió producir el método básico en el cual se distinguen cinco etapas del proceso de Trabajo Social, a saber: Investigación, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación. Dichas etapas comprenden y resumen las que de una u otra presentan los métodos tradicionales. Concretando, a este método global se llega por abstracción de los elementos esenciales y comunes a los métodos específicos y tradicionales de la profesión". (69).

Ahora bien particularizando al Trabajo Social Médico Lidia C.H. de Victorioso lo ha descrito de la siguiente manera: "El método básico consiste en el estudio del individuo, del grupo o de la comunidad

(69) Lima, Boris, Epistemología del Trabajo Social, Ed. Humanistas, Buenos Aires, p. 127.

en sus elementos esenciales y aspectos circunstancias más significativas, en la interpretación o diagnóstico de sus necesidades y potencialidades, en el trazado de planes para tratar problemas o atender necesidades y aspiraciones, y en la ejecución de los planes elaborados. ... La enseñanza de este método fundamental se desarrolla en procesos básicos perfectamente individualizados y diferenciados que toman los nombres de "Trabajo Social de caso individual" "Trabajo Social de Grupo" y "Trabajo Social de intergrupo (para Trabajo Social Hospitalario) o comunidad".

Trabajo Social de Casos

Se le ha definido como el método "... individual que debe aplicarse en función de la situación prolongada o transitoria de casos siendo ésta un factor de gran presión en el paciente, ya que se unen las molestias y malestares propios, el temor a la invalidez, a la muerte, o a la prolongación demasiado excesiva de su situación como tal, y tendrá como punto de partida básico, el conocimiento cabal de su asistido para poder interpretar las relaciones del mismo y para proyectar y ejecutar su tratamiento social en la forma más positiva posible".
Ana G. de Brandenburg.

Según el Dr. Pascual Navarro Murillo, es el método que se desarrolla en torno a los problemas individuales. En el campo médico se refiere al estudio de la situación total del niño enfermo, de su familia en relación con su influencia en el problema, así como la

aplicación de conocimientos, técnicas y actividades en la orientación adecuada para solucionar dicha problemática, que puede ser de carácter económico-social, malas condiciones de salud, desempleo, ignorancia, vicio, vivienda, desorganización familiar, etc., y así llevarlos a mejores condiciones, mediante la movilización de sus recursos personales y de las Instituciones de servicio médico social.

Este autor enfatiza en la necesidad de este método en las Unidades Hospitalarias de atención pediátrica al afirmar lo siguiente: El Trabajo Social Médico de casos, es de importancia capital en la integración de los servicios médicos, en especial en los casos de niños que viven en hogares cuyas condiciones no son satisfechas, muchos otros que presentan dificultades en el medio escolar ocasionados muchas veces por la falta de preparación y desconocimiento de psicología infantil por parte de los maestros; o a los niños huérfanos, abandonados o desertores del hogar; o hijos de matrimonios desajustados o madres solteras que presentan un gran número de problema, que se reflejan en el estado de salud del niño e impiden su curación si estas situaciones no se conocen en el equipo de salud. Es aquí donde La Trabajadora Social debe realizar un estudio social exhaustivo, tanto en el medio familiar como escolar y comunicar los resultados como sus sugerencias, alternativas y plan social hechos con criterio.

Principios básicos del Método de Trabajo Social de Casos.

1. Aceptación del paciente y su problemática específica.

2. Respeto profesional hacia el paciente.
3. Individualización.
4. Respeto a la autodeterminación evadiendo el paternalismo y autoritismo.
5. Secreto profesional.
6. Comprensión empática o identificación.

Técnicas aplicables en el Método de Trabajo Social de Casos.

1. En la etapa de conocimientos;
 - a) Cédulas o cuestionarios
 - b) Entrevista directa o indirecta
 - c) Observación focalizada
2. En la etapa de Reflexión:
 - a) Entrevista Clínica
 - b) Estudios de personalidad del paciente, padres y hermanos.
 - c) Estudio de mecanismos de defensa
 - d) Test
 - e) Análisis de dibujos, relatos, fantasías, tabus, etc.
 - f) Elaboración de historiales.
3. En la etapa de desición:
 - a) Técnicas en la elaboración de programas y plan social
 - b) Supervisión
4. En la etapa de Acción:
 - a) Diálogo
 - b) Técnicas didácticas.

c) Técnicas de Terapia de apoyo: Apoyo emocional

Manejo de duelo

Integración al medio hospitalario,

etc.

d) Técnicas de Investigación científica. (Investigación en la --
sistematización de casos).

Etapas del Trabajo Social Individual o de Caso.

Proceso de Conocimiento. Es la etapa de investigación de datos que dificultades y que permiten la elaboración del diagnóstico.

La Información puede ser de fuentes directa. Por medio de la entrevista y observación de índole objetivo y subjetivo.

Fuentes indirectas. Entrevistas colaterales.

Es importante esta primera etapa ya que de ella dependerá el diagnóstico y el acertado tratamiento. Es necesario considerar la importancia de la colaboración del paciente y considerarlo como ser bio-psico-social.

Aspectos que comprenden el estudio social:

1. Problema actual del paciente.
2. Los antecedentes personales, familiares y sociales como él los ve.

3. Los informes obtenidos en otras fuentes
4. Las observaciones personales del Trabajador social.

La recopilación de la información debe ser focalizada y con objetivos definidos.

Puntos que deben registrarse en un informe del caso:

- Razón por la que se turna el caso.
- Forma en que el paciente ve el caso.
- Ayuda que se le ha prestado hasta el momento.
- Actitud de los familiares y paciente ante el problema.
- Servicios solicitados para el paciente y familia.

Detalles específicos del caso:

- Resúmenes o sumarios. Explicaciones breves
- Diagnóstico. Dan diagnóstico social del caso.
- Transferencia. Traslado
- Sumario de Cierre. Término del caso.
- Valoración. Es un paso muy importante en el Trabajador Social, valorar la investigación, diagnóstico y tratamiento correcto a fin de acceptar o rechazar y así poder recomendar o utilizar nuevos métodos.

Proceso de reflexión

Es el análisis de las causas que dificultan el desarrollo normal

del individuo y las alternativas de solución. Es el juicio sintético, manifestado en proposición procedente de un proceso de razonamientos. El término diagnóstico es médico, en Trabajo Social implica búsqueda de relaciones causa-efecto y estudio profundo de la personalidad del paciente y su situación y los factores determinados. La interpretación psicosocial que realiza el Trabajador Social será más acertada y científica cuando mejor se apliquen las disciplinas colaterales entre las que la psicología ocupa un lugar importante. Para la formulación del diagnóstico se requiere la formulación de las siguientes preguntas:

- a) ¿Cuál es la dificultad real y verdadera que presenta el paciente?
- b) ¿Corresponde la ayuda necesaria a la Institución?
- c) ¿Cuáles son las posibilidades del niño para la solución del problema?
- d) ¿Es la Trabajadora Social la persona calificada para proporcionar ayuda?

Puede ser en forma narrativa con orden de prioridades, para su elaboración requiere un cuadro con los siguientes datos: Areas, fenómeno observado, variable significativa y elementos.

Pronóstico. Son las posibilidades de éxito o fracaso, es también dinámico, se puede realizar también en forma narrativa mediante el siguiente esquema o cuadro:

Areas Parámetros Nulo Leve Transitorio Permanente

Proceso de decisión

Son las alternativas y opciones a tomar (plan).

Son procedimientos para resolver el caso.

Proceso de Acción.

Son las providencias de ejecución de alternativas (tratamiento) Son medidas tangibles e intangibles del proceso de decisión. Se registra en forma cronológica, anotando fecha, de participación de los hechos alcanzados, tales como ayudas para obtener el conocimiento para que comprenda mejor su problema, orientación tendiente a resolver el conflicto, trabajos para lograr el cambio de actitud, obtención de ayudas materiales. Así mismo se señalarán las causas que impidieron el desarrollo del plan de su totalidad o en algunas de sus partes.

Este proceso deberá ser permanente hasta que el caso quede cerrado, sin olvidar que incluye las áreas:

- Asistencial
- Correctiva
- Preventiva
- Rehabilitación y de
- Investigación

Trabajo Social de grupos

El Trabajo social Médico en el área hospitalaria se entiende este método "...un proceso socio-educativo, tendiente al lograr la sociabilización del individuo utilizando la situación grupal como instrumento de cambio". Ana E. G. de Bandenburg.

Nuevamente nos referimos a lo afirmado por el Dr. Pascual Navarro Murillo quien afirma, se define como el trabajo desarrollado en la solución de problemas humanos mediante procesos socioeducativos, en el campo médico se abarcan los problemas de grupos de paciente hospitalizados, ambulantes, grupos de niños, de consulta externa o familiares o visitantes, generalmente homogéneos, utilizando básicamente el proceso enseñanza-aprendizaje, actividades culturales, recreativas, terapia ocupacional, artísticas y actividades sociales, tendientes a lograr la integración del niño enfermo a su ambiente y así la perspectiva de un bienestar en grupo, ya que el hombre es un biotipo social, teniendo como objetivo el desarrollo individual, integración de grupo o incidencia al problemática que plantean los integrantes del mismo.

Es conveniente hacer mención de la afirmación realizada por Ana E. G. de Bandenburg, en la que ratifica que el régimen de vida hospitalaria que obliga a un difícil proceso de adaptación, provocando distintos tipos de respuestas conductuales, sumisión, rebeldía, acepta-

ción, resignación, negación, apatía, etc. Como el individuo aporta al grupo su propia y específica modalidad, modificada en este caso por el factor enfermedad internación; y como el grupo considerado como unidad presente una psicología resultante de éstos y muchos otros factores, fácil de deducir el complejo mecanismo de integración y de dinámica grupal que se presenta en estos casos.

Proceso de Grupo:

Formación. Identificación de objetivo del método de grupo.
Conflicto. De personalidad, de objetivos, de valores y normas.
Organización. Autodirección, división del trabajo, conciencia.
Integración. Aceptación del rol liderazgo repartido, tarea.
Disolución. Objetivos cumplidos.

Proceso del Método de Trabajo Social de Grupos:

Investigación. Recopilación de datos.
Diagnóstico. Análisis o interpretación.
Planeación. Proposición de programas de resolución de problemas.
Ejecución. Realización de programas
Evaluación. Objetivos alcanzados.

El programa debe considerar tres aspectos:

- Intereses del grupo.
- Intereses de la Institución.
- Intereses del método profesional y socio-educativos.

Los programas deben ofrecer respecto al grupo:

- Satisfacción de intereses comunes.
- Facilitar el descubrimiento de intereses no expresados.
- Permitir el fomento de nuevos intereses.
- Que exista por lo menos un interés común
- Que permita la libre expresión y participación.
- Que los lleve al logro del objetivo fijado.

Proceso administrativo. 6 etapas que debe considerar el grupo

- Previsión.
- Planeación.
- Organización.
- Integración.
- Dirección.
- Control.

Club. Es la forma de asociación voluntaria, en la cual los miembros de un grupo se unen en torno a objetivos específicos. Con capacidad para autodirigirse, con un objetivo integral, común e inagotable, con organización propia que no se disuelve.

El trabajo con un club es un trabajo integral, un proceso educativo, dirigido al desarrollo y ajuste social del individuo a través de la asociación voluntaria.

Grupo formal

Club

Formación

Formación

Conflicto

Conflicto

Organización

Organización

Integración

Integración

Disolución

Consolidación

Como elegir la técnica:

Los objetivos.

La madurez.

El tamaño.

El ambiente físico.

Las características del medio externo.

Las características de los miembros.

La capacidad del conductor.

El proceso de grupo:

Desarrollo evolutivo del mismo: considerando la integración dinámica entre sus miembros y el logro del objetivo.

La interpretación de los elementos:

Análisis del grupo como un todo: Cómo se dió la integración, subgrupos, cómo se produjeron los conflictos, cusas, etc.

Análisis de la reunión: Ambiente y clima de su desarrollo, ubicación y nivel de participación, etc.

Análisis de los miembros: Existe aceptación o rechazo, grado de participación, roles que desempeñan.

Análisis del Trabajador Social de Grupo: Como guía del proceso grupal, como se siente con respecto a los miembros y situaciones.

Informe del Proceso: Consiste en una breve historia del grupo, señalándose número de miembros, motivación realizada, estructura, roles, sistemas de control, etapa del proceso a que se ha llegado.

La crónica de grupo o relato de grupo:

- Es considerada el instrumento básico documental en Trabajador Social de Grupo.
- Permite percibir al grupo como un todo.
- A cada miembro individualizado.
- El desarrollo del proceso de grupo.
- La dinámica de la estructura.
- El logro de objetivos, etc.

Partes de una crónica:

Encabezamiento: Sirve para la identificación del grupo. Comprende: fecha, número de la crónica, miembros presentes, ausentes, duración, tema y objetivos.

Relato: incluye todo lo que acontece en la reunión, equivale al qué, al cuándo y al dónde del grupo.

Interpretación: Equivale al diagnóstico de la reunión, el porqué de los comportamientos y de las situaciones grupales.

Plan de Acción: Incluye la actividad que se hará en la próxima reunión cómo, dónde y para qué.

Grupo de Tratamiento:

Consiste en crear deliberadamente un medio protegido donde las relaciones sociales se fomentan de manera que conduzcan rápidamente a un cambio positivo de la personalidad de sus miembros.

El programa debe ofrecer:

Respecto al método: que ayude al desarrollo del grupo como tal que cumpla con su finalidad primordial de tratamiento.

Acción social:

Es todo esfuerzo conciente, organizado y dirigido que de modo expreso tiene por finalidad actuar sobre el medio social para mantener una situación, mejorarla y transformarla.

Trabajo Social de Comunidad.

Como inicialmente se aclaró este método como tal no se desarrolla en este campo de trabajo, el medio hospitalario, en consideración a que los objetivos de la Institución y su propia dinámica lo impiden

pero sin embargo existen programas y acciones que se hacen extensivas a la comunidad, es decir un tipo de proyección del Hospital de la Comunidad.

Lidia C. H. de Vittorioso hace mención que de acuerdo con el informe de la Organización Mundial de la salud, corresponde al Hospital, en relación con la prevención de la enfermedad, desarrollar las siguientes acciones:

- a) Vigilancia de evoluciones normales del proceso salud-enfermedad.
- b) Vigilancia del crecimiento normal del niño y del adolescente.
- c) Lucha contra las enfermedades transmitibles.
- d) Prevención de las enfermedades de larga evolución.
- e) Prevención de la invalidez mental y física.
- f) Educación sanitaria.
- g) Higiene del trabajo.

Al principio, muchas de estas acciones pueden ser desarrolladas dentro del hospital, con los pacientes que concurren espontáneamente, para su tratamiento, pero hay que extenderla hacia la comunidad y estimular y promover la participación de la misma. Si el hospital logra convertirse en el centro de la actividad médica considerando la acción de las Instituciones de salud y bienestar y desarrollo de sus programas "mediante el esfuerzo organizado de la comunidad e Instituciones y Hospital", sus acciones corresponderán al área de la salud pública.

Ahora bien si se analiza lo expresado por Ana Brandenburg, que refiere al Trabajo Social Hospitalario como: "La comunicación directa, frecuente y sistemática con el enfermo; familia, trabajo, comunidad, politización, educación, etc., y la participación activa interdisciplinaria a través de todas las del proceso"

Donde incluye tres niveles:

1. El trato directo con los enfermos internados o en tratamiento.
2. La organización, utilización y supervisión del trabajo voluntario.
3. La organización y funcionamiento de talleres de actividades.

Encontrándonos así con el proceso salud-enfermedad, entiendo este como un proceso dinámico y resultado de las relaciones históricas del hombre y de su ambiente como parte de los conflictos sociales, biológicos y ambientales y funciones concretas. Por lo tanto si esta presente la relación salud del niño y la comunidad y estan directamente relacionados con los niveles socioeconómicos de la población es de inegable importancia la realización de acciones preventivas y educativas en las comunidades para la salud y prevención de la enfermedad. Un ejemplo claro de esta relación hospital-comunidad esta reflejado en la actividad que realizan las trabajadoras sociales en el campo hospitalario de atención pediátrica (se incluye en otros hospitales como son los Generales de Zona y de Gineco Obstetricia), y es el desarrollo del prorama de Planificación Familiar Voluntaria, que como tal ya tiene perspectivas de repercusión en la comunidad, pero en donde se hace incapié en los aspectos o factores de riesgo

reproductivo, los cuales conllevan alto riesgo al producto, y como consecuencia lógica ingresan a hospitales pediátricos como son los casos de prematuridad, desnutrición (en útero), labio y paladar hendido, macrosomía, bajo peso al nacer, etc.

Este programa se desarrolla en Unidades del Instituto Mexicano del Seguro Social.

3.3. Objetivos de Hospitales Pediátricos del Sector Público y Privado

En este Trabajo se realizó la investigación de campo en las siguientes Instituciones:

1. Hospital General Centro Médico la Raza.

En esta Unidad Hospitalaria se proporciona atención de 2º nivel o de Especialidad a la Zona Tacuba y atención de 3º nivel o alta especialidad pediátrica a zona norte del área metropolitana y Estado de México, Hidalgo y Querétaro, según programa de regionalización.

A partir del mes de septiembre de 1985, este Hospital ha ampliado su cobertura a falta del Hospital de Pedriatría Centro Médico Nacional. Sus objetivos son:

De atención médica:

- Dar cumplimiento a las obligaciones en materia de salud mediante la atención a la problemática médico social de la población de re ch o h a b i e n t e .
- Aplicación en toda su potencialidad los alcances de la ciencia - m é d i c a - m é d i c a y l o s d i s p o s i t i v o s t e c n o l ó g i c o s d i s p o n i b l e s s i n d e j e r - c o n s i d e r a r l o s p r o b l e m a s d e s a l u d , c u a n t i t a t i v a m e n t e y c u a l i t a t i v a m e n t e .
- Adecuar la programación y operación de los servicios médicos a _ l a p r o b l e m a t i c a m é d i c o - s o c i a l .
- Propiciar la comprensión de los derechohabientes hacia los pro - b l e m a s m é d i c o - s o c i a l e s q u e a f r o n t a n , y e s t i m u l a r s u p a r t i c i p a r t i c i p a c i o n a c t i v a y d i r e c t a e n l a b u s q u e d e s o l u c i o n e s r e a l i s t a s y s u - - c o o p e r a c i o n j u s t i f i c a d a m e n t e o r i e n t a d a .

Médicos:

- Establecimiento necesario de la distribución eficiente del perso n a l m é d i c o y t é c n i c o a c o r d e l a d i s t r i b u c i o n e f i c i e n t e d e l o s n e c e s a r i a s n e c e s i d a d e s .
- Motivas al personal multidisciplinario al ejercicio de sus profe s i o n e s .

Administrativos:

- Instituir una r a c i o n i z a t é c n i c a d e l o s r e c r s o s h u m a n o s y - t é c n i c a s d e l o s H o s p i t a l p a r a s u a d e c u a d a o p e r a c i o n .
- Simplificar y mejorar la administración y evaluación de los ser v i c i o s m é d i c o s .

Económicos:

- Optimizar la utilización de los recursos financieros.
- Preservar el equilibrio financiero, facilitando el manejo y control interno, auditorías contables y programas de evaluación de los servicios médicos y supervisión.

Docentes:

- Organizar los recursos humanos, materiales, tecnológicos y económicos requeridos para la enseñanza del personal de pre y postgrado y en general en forma permanente.

Investigación:

- Organizar los recursos para la investigación médica y sociológica.
- Fomentar y motivar la investigación, mediante programas acordes a las necesidades.

2. Hospital Infantil Privado.

En ésta Unidad se proporciona atención pediátrica de 2º nivel o de especialidad y 3er. nivel o alta especialidad pediátrica. Hospital fundado en 1969.

Sus objetivos son:

De atención Médica:

- Ofrecer atención médica especializada y de la más alta calidad a la población infantil mediante admisión o ingreso del menor por orden escrita o verbal de su médico, programada o directamente - urgencias.

- Atención Médica de Alta calidad mediante:

Unidad Neonatal técnicamente avanzada.

Unidad de Terapia Intensiva con atención individualizada de personal médico y paramédico las 24 hrs.

Area de quirófanos que comprende 7 salas de operaciones.

Servicios auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento.

Atención cuidadosa de personal altamente calificado.

Control de alimentos.

Uso de material y productos en su mayoría desechables.

Médicos

- Es política de la Institución que los Médicos Tratantes:

Pediatras, Cirujanos y de otras ramas acrediten su especialidad y desarrollo profesional, ante el Consejo Técnico del Hospital.

Económicos:

- Lograr la rentabilidad de la Unidad

- Orientación a familiares sobre la opción en la elección del cuarto del menor.

- Orientación sobre depósitos de ingreso y recomendaciones sobre la revisión de estados de cuenta y su pago cada tercer día y liquidación inmediata al alta del paciente.

Docentes:

- Selección de un número de aspirantes para obtener la especialidad en pediatría en la Unidad con reconocimiento Universitario.

- Propiciar y colaborar con la capacitación de personal médico y paramédico.

3. Instituto Nacional de Pediatría.

En esta Uidad se presta atención médico-hospitalaria de 3er. nivel o alta especialidad pediátrica o población abierta. El Instituto_ esta integrado al Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia y otorga atención médica a población infantil en forma__ abierta.

Sus objetivos son:

De atención médica:

- Proporcionar atención Médica a la población infantil ambulatoria y hospitalizada en las subespecialidades médicas o quirúrgicas - que requiera.
- Atención de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento -- altamente especializado: radiodiagnóstico, sonografía, medicina_ nuclear, radioterapia, endoscopia, electrodiagnóstico, laboratorio de clínicos, anatomía patológica, banco de ~~serre~~ y de órga-- nos y tejidos, hemodialisis, etc.
- Proporcionar rehabilitación física, psíquica y social.
- Acciones de atención preventiva.

Médicos:

- Organización adecuada del personal a fin de dar atención a los - problemas orgánicos, emocionales y de educación para la salud a los pacientes.

Administrativos:

- Organización eficiente de los recursos Humanos y Técnicos del Ins_ tituto desde la programación hasta la evaluación de la atención__ otorgada a la población infantil y su familia.

Económicos:

- Uso óptimo de los recursos del Instituto y de la población atendida.
- Utilización de información y elaboración de presupuestos.

Docentes:

- Realización de programas y acciones de carácter docente para especialización del personal médico y paramédico en especialización pediátrica.
- Implementación de ~~programa~~ de capacitación en todas las áreas para el logro de una constante capacitación.

Investigación:

- Implementación de recursos materiales y humanos para realizar investigaciones de alto nivel.

A través de las relaciones humanas, será función importante comunicar al paciente y su familia los datos relacionados con las expectativas de vida y muerte, así como datos que permiten un mejor conocimiento de lo que el padecimiento, de como evitar recaídas, como manejar complicaciones o escuelas y como cooperar con el hospital y el personal calificado, y como hacer viable una mejor salud a nivel personal y comunitario.

- 3.4. Organización y Funcionamiento de Hospitales Pediátricos del Sector Público y Privado.

La sociedad de la zona urbana y sub-urbana objeto de este estudio ha superado las condiciones de tipo cultural estructural para que se de la existencia de una cantidad considerable de hospitales, las ideas religiosas y sociales han legitimado la existencia de ello y su mantenimiento, se ha aceptado la necesidad de su tratamiento en un ambiente extrafamiliar.

Se define al hospital como "...el establecimiento de salud que ofrece internación y proporciona atención médica a personas enfermas o heridas, o que se sospecha que lo están, a parturientas o a personas que presentan uno o más de estos estados". (70).

Este concepto esta encaminado por lo tanto a lo referente a la atención médica ya que la abarca en sus tres niveles; preventiva, curativa y rehabilitatoria.

El hospital también tiene una orientación hacia la enseñanza, es decir promueve y participa en la formación personal médico, paramédico administrativo y de servicios generales. En forma general un hospital tiene los siguientes objetivos:

(70) Fajardo Ortiz Guillermo, ... Op. Cit. p. 423.

1. Preservar y restaurar la salud.
2. Proporcionar atención médica, de diagnóstico y de urgencia, integral.
3. Preparar en el campo de la salud.
4. Proyectarse a la comunidad a través de la investigación.

La importancia de la hospitalización esta asociada con la especialización de medios y personal que la medicina científica puede actualmente proporcionar, se encuentra en un lugar primario principalmente por su condición, ya que la misma le permite contar con los recursos de salud que en otras formas de atención es imposible alcanzar.

Así el hospital esta organizado para proteger y tratar a los enfermos, sus fines, estructuras y funciones dependen de la ciencia médica de acuerdo a nuestro nivel de desarrollo. Sin embargo toda organización necesita una estructura administrativa para organizar y manejar economicamente sus recursos y controlar a su vez su funcionamiento. En nuestra sociedad los hospitales estan organizados de la siguiente manera:

Clasificación:

Dentro de los hospitales que operan en cualquier sistema sanitario asistencial, podemos distinguir muchos tipos. La siguiente clasifica-

ción es la que más se maneja, aunque claro está, existen otras muchas. Los hospitales se pueden clasificar por su tipo de construcción y son:

Horizontales. Si su tipo de construcción es en un sólo piso y en una gran extensión de terreno.

Verticales. Si su tipo de construcción es hecho en varios niveles y en una extensión mínima de terreno.

Mixto. Si su construcción tiene unidades de un sólo piso y unidades de varios niveles. Por su dependencia los hospitales se pueden dividir en: gubernamentales y privados.

Los gubernamentales, son aquellos que dependen del gobierno, y a su vez pueden ser de dos clases: oficiales y descentralizados. Los primeros son los que dependen directamente del ministerio de salud de un país, en nuestro caso los que dependen de la Secretaría de Salud y Asistencia, los segundo, son aquellos que dependen de instituciones paraestatales, como Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para Trabajadores del Estado, Petróleos Mexicanos y otras.

Los privados son los que dependen de la denominada iniciativa privada, como su nombre lo indica, son instituciones que como empresa su objetivo es obtener ganancia de tipo económico y lógicamente dependen de un dueño o de una empresa.

Otra clasificación por su dependencia son los de beneficencia y los privados. Los de beneficencia generalmente dependen de un patronato.

Por el tipo de pacientes que atienden, los hospitales se clasifican en generales y de especialidad. Son hospitales generales los que atienden cualquier tipo de pacientes, por lo que estos dentro de su organización deben tener las cuatro divisiones de la medicina a saber: medicina interna, cirugía, gineco-obstetricia y pediatría.

Son hospitales de especialidad los que atienden sólo pacientes con enfermedades de esa especialidad. Por ejemplo, hay hospitales de gineco-obstetricia (para atender solo pacientes de embarazo, parto, puerperio y ginecológicas) de pediatría (para atender sólo pacientes infantiles (niños)).

Por los días de estancia que permanecen los enfermos, los hospitales se clasifican en hospitales para atender pacientes con padecimientos agudos y para atender a pacientes con padecimientos crónicos. Los primeros son aquellos en los que el promedio de estancia es menor de 15 días y los crónicos, son los que el promedio es mayor de 15 días.

Otra clasificación de hospitales que se maneja es la que se relaciona con el cuerpo médico regular del hospital y así tenemos

que hay hospitales abiertos y hospitales cerrados. Son hospitales abiertos aquellos que reciben pacientes que lleve cualquier médico. Son hospitales cerrados aquellos que reciben pacientes de médicos acreditados en el mismo, o que trabajan dentro de la institución, es decir, en este tipo de hospitales no pueden trabajar otros médicos de fuera.

Por su ubicación geográfica los hospitales se dividen en locales, regionales y nacionales. Son locales, los ubicados en comunidades rurales y sub-urbanas. Son regionales los ubicados en una capital de estado. Son nacionales los ubicados en la capital del país. La Secretaría de Salud y Asistencia tiene otra clasificación basada en el número y camas y así tenemos:

Hospital "A" tienen más de 100 camas.

Hospitales "B" tienen de 50 a 99 camas.

Hospitales "C" tienen de 25 a 49 camas.

Hospitales "D" tienen menos de 25 camas.

Funciones y Actividades

Para cumplir con la función de prevención debe desarrollar actividades de promoción general englobando ésto: saneamiento ambiental intrahospitalario (correcta disposición de agua, de excretas, control de fauna transmisora y nociva, etc) educación higiénica, (todos los

trabajadores de un hospital deben ser educadores higiénicos), etc.

Dentro de la función de prevención el hospital debe realizar también actividades de protección específica, entendiéndose por ésto, el control de algunas enfermedades como las transmisibles que se pueden controlar por medio de la aplicación de vacunas o de algunas enfermedades degenerativas que se pueden controlar por medio de programas de detección, como es el caso del cancer cérvicouterino o de la diabetes. Para todo esto es básico el desarrollo de programas de educación para la salud.

En la función de curación, las actividades a desarrollar son: realización de estudios clínicos completos, estudios complementarios (laboratorio, Rayos X, anatomía patológica, etc.) elaboración de diagnósticos y establecimiento de programas terapéuticos (médico o quirúrgico) adecuados.

Para cumplir con la función de rehabilitación deben desarrollarse actividades de tipo físico, social y mental. Para la función de docencia, se cumple con actividades que abarcan todas las disciplinas que existen en un hospital, así tenemos actividades docentes para médicos, enfermeras, trabajadores sociales, personal administrativo y personal de servicios generales.

Para que la función de investigación se cumpla, se realizan actividades en diversas ramas, tales como: investigación de recursos y así es posible, investigación socioeconómica de las familias y de la comunidad.

Organización Básica

Para cumplir los objetivos, es necesario realizar determinadas funciones y actividades; para que todo esto se cumpla, deben establecer claramente las jerarquías, definir las funciones y hacer la departamentación respectiva. En un hospital moderno las jerarquías que se deben establecer son las siguientes: (ejemplos ideales).

Unidad central o normativa. Es la entidad de la que depende directamente el hospital.

Cuerpo de Gobierno. Es la entidad responsable de aplicar las normas y de controlar a la institución. El cuerpo de gobierno de un hospital se integra generalmente por un Director y una unidad administrativa, ésto dependiendo del tipo y tamaño del hospital.

Unidades Asesoras. Aunque no intervienen directamente en el mando de una institución, siempre es conveniente describirlas y como su nombre lo indica, son entidades que orientan, que dan sugerencias al cuerpo de gobierno para que tomen las mejores decisiones. Ejemplo

de estos cuerpos asesores son: El Consejo Técnico Consultivo, el Comité de Docencia, el Comité de Investigación, una Unidad de Planeación o de Evaluación , etc.

Departamentos. Son las entidades responsables de aplicar en el ámbito de su competencia las atribuciones que le son inherentes para el logro del objetivo del hospital. La departamentación que más se maneja dentro de la organización de hospitales es la siguiente: Departamentos médicos, departametnos paramédicos, departamentos auxiliares, ~~departamentos~~ departamentos administrativos y departamentos generales.

Esta clasificación departamental, está dada, claro está, tomando en cuenta el tipo, tamaño -dependencia de un hospital; sin embargo para simplificar la comprensión de esta unidad, vamos a ubicarnos en un hospital general agudo. Dentro de los departamentos médicos, tendríamos los cuatro que debe tener todo hospital general, Medicina Interna, Cirugía, Gineco-obstetricia y Pediatría. Dentro de los departamentos paramédicos, tendríamos los siguientes: Enfermería, Trabajo Social, alimentación, farmacia, Archivo Clínico, Bioestadística.

Los departamentos auxiliares, los dividiremos en dos partes: los auxiliares de diagnóstico y los auxiliares de tratamiento. Los auxiliares de diagnóstico que son: laboratorio de análisis clínicos, laboratorio de anatomía patológica, radiodiagnóstico, radioisotopos.

Los auxiliares de tratamiento que son: banco de sangre, medicina física, terapéutica quirúrgica, anestesiología.

Todos estos departamentos, o sea los médicos, los paramédicos y auxiliares, integran las entidades que dependen directamente de la Subdirección Médica y forman por así decirlo, la función sustantiva o básica del hospital. Los departamentos administrativo de un hospital son los siguientes: Personal, Contraloría, Contabilidad, Caja, Compras, Almacén de Varios, de Medicamentos, de Víveres, Inventarios, Archivos y Correspondencia, Imprenta, Estadística.

Los departamentos generales de un hospital son los siguientes: Intendencia, lavandería, Mantenimiento y Transportes. Estos departamentos administrativos y generales son los que integran las entidades que dependen directamente de la Subdirección Administrativa, y forman por así decirlo la función de apoyo para que se pueda dar la función sustantiva. (*).

Desafortunadamente en el área metropolitana del Valle de México se han conjugado factores de todos los órdenes económicos y sociales que han influido en la demanda de asistencia médica, industrialización, pobreza, etc, lo que ha motivado la existencia de una gran cantidad

(*) Obra consultada Asociación Mexicana de Hospitales, del Hospital Moderno. Concepto, Objetivos, Clasificación y Estructuras. 1979.

de población que exige su atención hospitalaria, así los hospitales se han transformado en instituciones rígidas, y que en muchos de -- ellos no se cumplen los objetivos por lo que fueron creados.

CAPITULO IV
ANALISIS DE LA PROBLEMATICA BIOPSIICOSOCIAL
DEL MENOR HOSPITALIZADO

Investigación de Campo en una Unidad Hospitalaria
Pública, Privada y de Población Derechohabiente.

4.1. Principales Efectos Psicoemocionales del Niño Enfermo

A fin de conocer los efectos psicoemocionales que causan la enfermedad en el menor, se analizará primeramente el contacto que tiene el niño con la Institución. Esto en base a la encuesta con un total de: 250 cuestionarios en el Hospital General del Centro Médico La Raza del Instituto Mexicano del Seguro Social. 250 cuestionarios en el Instituto Nacional de Pediatría. Y 160 cuestionarios en el Hospital Infantil Privado.

Para el análisis se usarán las siguientes abreviaturas en los cuadros que en el presente capítulo se exponen:

I.M.S.S. Instituto Mexicano del Seguro Social.

I.N.P. Instituto Nacional de Pediatría.

H.I.P. Hospital Infantil Privado.

En la problemática del niño, se interpretaron las respuestas del cuestionario dirigido al menor, con las siguientes preguntas:

¿ Los trámites de tu ingreso al hospital fueron ?	
Ingreso rápido	61 %
Ingreso tardado	39 %
Total	100 %

Cuadro No. 1

El niño sintió que su admisión fue rápida, esto se debe generalmente que los ingresos al hospital son por urgencias y consecuentemente la admisión es inmediata.

La problemática que esto genera es:

1. Cambio repentino de su ambiente social.
2. Dependencia extrema de la desición médica para su manejo.
3. Pérdida de identidad:
 - a) Es identificado por su padecimiento.
 - b) Por su comportamiento
 - c) Por número de cama
 - d) Por probable diagnóstico
 - e) No se conoce su nombre, ni su carácter, preferencias, principales temores, etc.
4. La separación materna antes de los cinco años de edad.

5. Y después de los cinco años, el ambiente hospitalario genera; angustia, ansiedad, miedo, incomodidad, aburrimiento y confusión.

En los casos que sintieron que su admisión fue prolongada, se detectó que son menores que han pasado por el proceso de la programación, es decir, que el padecimiento ha sido tratado desde sus inicios y que finalmente se requiere de su hospitalización. La hospitalización para el niño es un factor desencadenante de crisis, misma que se ve aumentado por el proceso que lo lleva a la Institución.

El ingreso al hospital puede realizarse de dos maneras: a nivel de urgencias y programación. En el estudio de 10 674 casos (*) en el Instituto Mexicano del Seguro Social, en las diferentes especialidades estudiadas en este trabajo, se obtuvieron los siguientes resultados, en relación a la admisión por urgencias o programación. Se obtuvo un porcentaje del 64% del total con ingresos mediante el servicio de urgencias y un 36% con admisión programada.

Y su respuesta emocional es:

1. Predisposición (familiar, fantasías, amigos, personal, etc.).
2. Sentimiento de hostilidad
3. Pérdida de identidad
4. Falta de preparación adecuada para su hospitalización
5. Y angustia.

(*) Anuario Estadística 1983. Hospital General del Centro Médico La Raza, Instituto Mexicano del Seguro Social.

A continuación se analizará la incidencia por grupos de edad en los diferentes hospitales.

¿ Qué edad tienes ?				
Edad	I.M.S.S.	I.P.N.	H.I.P.	TOTALES
0 - 4 años	25 %	28 %	81 %	45 %
5 - 9 años	27 %	29 %	7 %	21 %
10 - 14 años	36 %	33 %	6 %	25 %
15 - 18 años	12 %	10 %	6 %	9 %
Total	100 %	100 %	100 %	100 %

Cuadro No. 2

Es preciso considerar que en el Hospital Infantil Privado la mayor población que atiende es menor de 4 años de edad. Por lo tanto se puede deducir que; el Hospital General del Centro Médico la Raza (I.M.S.S.) y el Instituto Nacional de Pediatría, se enfrenta a una atención similar, es decir, con la consecuente problemática del niño, relacionada con su edad y sus propias necesidades.

¿ Te explicaron tus padres sobre tu enfermedad y hospitalización?				
	I.M.S.S.	I.N.P.	H.I.P.	TOTALES
No le explicaron	60 %	55 %	75 %	63 %
Sobre la necesidad de su hospitalización	23 %	23 %	19 %	22 %
Sobre su tratamiento	15 %	17 %	6 %	13 %
Le dieron información deformada	2 %	5 %	0	2 %
Total	100 %	100 %	100 %	100 %

Cuadro No. 3

Los conflictos del niño se ven aumentados por falta de información específica y detallada de su enfermedad y hospitalización debido a que los padres no le proporcionan información por inseguridad o diversidad de la información que reciben por parte del personal médico y paramédico.

Aclarando que en el Hospital Infantil Privado no se le ha explicado al niño en un alto porcentaje, ya que atiende esencialmente a población lactante y preescolar, de ahí que se considere que no requiere gran información, sino únicamente apoyo emocional de parte del personal y padres, esta se apoya en la atención individualizada del menor, atendiendo las expectativas y necesidades del niño, con participación convenida padres- personal en el tratamiento y manejo adecuado.

Tambien es relevante analizar que regularmente el niño recibe información sobre la necesidad de su hospitalización y aceptación del tratamiento, lo que repercute emocionalmente en el menor ya que sólo cuenta con información parcial y paliativa no complementada con información objetiva y documentada.

En cuanto a los menores que reciben información deformada, su estado emocional es aún más crítico puesto que trae consigo; frustración, desconfianza, miedo situación que se ve reforzada en ocasiones por las condiciones físicas de sus compañeros o incluso la suya propia.

¿ Qué piensas que te haran aqui en el hospital?	
Que recibirá atención para su recuperación	27 %
No contestó	25 %
Que lo van a intervenir quirurgicamente	16 %
Que va a recibir un tratamiento	16 %
Tienen fantasias	10 %
Que lo van a inyectar o poner suero	6 %
Total	100 %

Cuadro No. 4

Se obtuvo que la mayor cantidad de entrevistados presentan una actitud positiva, por buena atención del personal y de sus familiares, encaminado a una recuperación inmediata. En cuanto a los menores que no contestaron, se desconocen sus actitudes, al no poder manifestarlos por su edad o estado físico. Otros menores sienten temor a la agresividad hacia su integridad física, reflejando temor hacia una operación. Y otros menores presentan el mecanismo de defensa de sublimación, al considerar la importancia que tiene su tratamiento y hospitalización. Y en el menor porcentaje se da una conflictiva muy marcada, ya que en el niño se da la confusión y distorsión de su realidad al identificar su hospitalización por medio de fantasías. Por ejemplo que va a morir, que van a dejar tijeras dentro de su cuerpo, que tiene bolas o tumores, abandono, miedo a fantasmas, pesadillas, etc.

En la página siguiente se observa el cuadro Núm. 5 el cual nos refleja las repercusiones psicoemocionales del niño, están también muy relacionadas con la especialidad y tiempo que tienen durante la hospitalización, ya que está en función directa con su afección física.

¿ En qué especialidad te encuentras y cuánto tiempo tienes de estar aquí ?

Especialidad/Tiempo de Hospitalización.	Instituto Mexicano del Seguro Social.					Instituto Nacional de Pediatría					Hospital Infantil Privado				
	0-10 días	11-20 días	21-30 días	31 a Más	TOTALES	0-10 días	11-20 días	21-30 días	31 a Más	TOTALES	0-10 días	11-20 días	21-30 días	31 a más	TOTALES
Pediatría Md. Lactantes.	43%	29%	-	28%	100%	45%	44%	-	11%	100%	100%	-	-	-	100%
Pediatría Md. Escolar	71%	14%	15%	-	100%	20%	20%	-	60%	100%	-	-	-	-	100%
Cirugía Pediátrica	67%	33%	-	-	100%	33%	23%	22%	22%	100%	100%	-	-	-	100%
Neumología	89%	-	11%	-	100%	56%	33%	11%	-	100%	100%	-	-	-	100%
Hematología	56%	22%	-	22%	100%	67%	17%	-	16%	100%	50%	50%	-	-	100%
Nefrología	63%	12%	-	25%	100%	31%	23%	23%	23%	100%	100%	-	-	-	100%
Cardiología	50%	38%	12%	-	100%	12%	11%	44%	33%	100%	50%	-	-	50%	100%
Endocrinología	44%	33%	23%	-	100%	58%	34%	-	8%	100%	-	-	-	-	100%
Neurocirugía	38%	38%	12%	12%	100%	57%	-	29%	14%	100%	67%	-	-	33%	100%
Oncología	34%	55%	11%	-	100%	50%	-	-	50%	100%	-	-	-	-	100%
TOTALES	55.5%	27.4%	8.4%	8.7%	100%	42.9%	20.5%	12.9%	23.7%	100%	81%	7.15%	-	11.85%	100%

CUADRO No. 5

Tanto la especialidad como la estancia hospitalaria, crea conflicto emocional en el niño, y existe mayor incidencia con una estancia menor a los diez días y repercute de la siguiente manera:

Disturbios en procesos fisiológicos.

¿ Comes y Duermes bien ?	
Come y duerme bien	47 %
Come y duerme en forma regular	34 %
No duerme bien	8 %
No por indicación médica	7 %
No come bien	4 %
Total	100 %

Cuadro No. 6

Se observa que una cantidad considerable de niños si duermen y se alimentan bien, debido a una aparente adaptación, esta se refiere, que como el paciente es atendido en unidades de ~~tercer~~ nivel con padecimientos agudos, la participación de los padres es constante, por ejemplo: en el Instituto Nacional de Pediatría y en el Hospital General del IMSS, hay afluencia de pacientes del interior de la República, los padres tienen permanencia dentro del hospital. Y en el Hospital Infantil Privado, la estancia de familiares es también constante.

¿ Cuantas veces evacuas al día ?	
Sin alteración significativa	68 %
Más de dos veces	18 %
Estreñimiento	14 %
Total	100 %

Cuadro No. 7

Se determina que en un alto porcentaje se da disfuncionalidad en estos procesos, se presentan mecanismos de defensa como por ejemplo: Conformismo (al niño no le gusta el hospital, pero se resigna a su estancia) y compensación (el niño trata de comer bien para que su recuperación sea rápida). El menor manifiesta su aceptación o rechazo al hospital mediante su respuesta:

¿ Qué te gusta y que no te gusta de este lugar?				
	I.M.S.S.	I.P.N.	H.I.P.	TOTALES
No le disgusta nada	19 %	21 %	69 %	36 %
No le gusta nada	29 %	39 %	13 %	27 %
No le gusta el tratamiento	23 %	11 %	13 %	16 %
Le gusta la atención	11 %	23 %	5 %	13 %
No le gusta la comida	18 %	6 %	-	8 %
TOTAL	100 %	100 %	100 %	100 %

Cuadro No. 8

Se obtuvo que la mayor cantidad de entrevistados presentan una actitud positiva, por buena atención del personal y de sus familiares, encaminado a una recuperación inmediata. En cuanto a los menores que no contestaron, se desconocen sus actitudes, al no poder manifestarlos por su edad o estado físico. Otros menores sienten temor a la agresividad hacia su integridad física, reflejando temor hacia una operación. Y otros menores presentan el mecanismo de defensa de sublimación, al considerar la importancia que tiene su tratamiento y hospitalización. Y en el menor porcentaje se da una conflictiva muy marcada, ya que en el niño se da la confusión y distorsión de su realidad al identificar su hospitalización por medio de fantasías. Por ejemplo que va a morir, que van a dejar tijeras dentro de su cuerpo, que tiene bolas o tumores, abandono, miedo a fantasmas, pesadillas, etc.

En la página siguiente se observa el cuadro Núm. 5 el cual nos refleja las repercusiones psicoemocionales del niño, están también muy relacionadas con la especialidad y tiempo que tienen durante la hospitalización, ya que está en función directa con su afección física.

¿ En qué especialidad te encuentras y cuánto tiempo tienes de estar aquí ?

Especialidad/Tiempo de Hospitalización.	Instituto Mexicano del Seguro Social.					Instituto Nacional de Pediatría					Hospital Infantil Privado				
	0-10 días	11-20 días	21-30 días	31 a Más	TOTALES	0-10 días	11-20 días	21-30 días	31 a Más	TOTALES	0-10 días	11-20 días	21-30 días	31 a más	TOTALES
Pediatría Med. Lactantes.	43%	29%	-	28%	100%	45%	44%	-	11%	100%	100%	-	-	-	100%
Pediatría Med. Escolar	71%	14%	15%	-	100%	20%	20%	-	60%	100%	-	-	-	-	100%
Cirugía Pediatría	67%	33%	-	-	100%	33%	23%	22%	22%	100%	100%	-	-	-	100%
Neumología	89%	-	11%	-	100%	56%	33%	11%	-	100%	100%	-	-	-	100%
Hematología	56%	22%	-	22%	100%	67%	17%	-	16%	100%	50%	50%	-	-	100%
Nefrología	63%	12%	-	25%	100%	31%	23%	23%	23%	100%	100%	-	-	-	100%
Cardiología	50%	38%	12%	-	100%	12%	11%	44%	33%	100%	50%	-	-	50%	100%
Endocrinología	44%	33%	23%	-	100%	58%	34%	-	8%	100%	-	-	-	-	100%
Neurocirugía	38%	38%	12%	12%	100%	57%	-	29%	14%	100%	67%	-	-	33%	100%
Oncología	34%	55%	11%	-	100%	50%	-	-	50%	100%	-	-	-	-	100%
TOTALES	55.5%	27.4%	8.4%	8.7%	100%	42.9%	20.5%	12.9%	23.7%	100%	81%	7.15%	-	11.85%	100%

CUADRO No. 5

Tanto la especialidad como la estancia hospitalaria, crea conflicto emocional en el niño, y existe mayor incidencia con una estancia menor a los diez días y repercute de la siguiente manera:

Disturbios en procesos fisiológicos.

¿ Comes y Duermes bien ?	
Come y duerme bien	47 %
Come y duerme en forma regular	34 %
No duerme bien	8 %
No por indicación médica	7 %
No come bien	4 %
Total	100 %

Cuadro No. 6

Se observa que una cantidad considerable de niños si duermen y se alimentan bien, debido a una aparente adaptación, esta se refiere, que como el paciente es atendido en unidades de ~~tercer~~ nivel con padeci-
mientos agudos, la participación de los padres es constante, por ejemplo: en el Instituto Nacional de Pediatría y en el Hospital General del IMSS, hay afluencia de pacientes del interior de la República, los padres tienen permanencia dentro del hospital. Y en el Hospital Infantil Privado, la estancia de familiares es también constante.

¿ Cuantas veces evacuas al día ?

Sin alteración significativa	68 %
Más de dos veces	18 %
Extreñimiento	14 %
Total	100 %

Cuadro No. 7

Se determina que en un alto porcentaje se da disfuncionalidad en estos procesos, se presentan mecanismos de defensa como por ejemplo: Conformismo (al niño no le gusta el hospital, pero se resigna a su estancia) y compensación (el niño trata de comer bien para que su recuperación sea rápida). El menor manifiesta su aceptación o rechazo al hospital mediante su respuesta:

¿ Qué te gusta y que no te gusta de este lugar?

	I.M.S.S.	I.P.N.	H.I.P.	TOTALES
No le disgusta nada	19 %	21 %	69 %	36 %
No le gusta nada	29 %	39 %	13 %	27 %
No le gusta el tratamiento	23 %	11 %	13 %	16 %
Le gusta la atención	11 %	23 %	5 %	13 %
No le gusta la comida	18 %	6 %	-	8 %
TOTAL	100 %	100 %	100 %	100 %

Cuadro No. 8

Se puede deducir que el menor tiene una actitud positiva hacia el hospital manifestando que lo que le gusta es la atención por parte del personal médico y paramédico. Por otra parte existe también una actitud negativa, que se refleja con la pérdida de identidad, derechos, privilegios y satisfacciones habituales, que se expresan con agresividad, miedos y mecanismos de defensa, etc.

En cuanto a la respuesta a que no le gusta su tratamiento, se manifiesta con el temor a su integridad física y a lo desconocido. Una pequeña cantidad de niños expone una inconformidad específica al referir que no le gusta la comida y otros toman una actitud conformista, apática e indiferente al manifestar verbalmente que no le disgusta nada.

Una circunstancia que da pauta al conocimiento del control del niño dentro del ambiente hospitalario, esta en función a la cooperación o no del niño en su tratamiento, esto se detecta con la pregunta Colaboras para tu tratamiento?, de lo que se concluye que:

1. El niño llora cuando lo van a inyectar, pero se coloca en posición adecuada.
2. Cierra los ojos y toma el medicamento.

Lo anterior puede ser una respuesta; miedo a la censura, que se agudice su enfermedad, convencimiento o deseo a una pronta recuperación.

¿ Quién te visita con más frecuencia ?	
Padres	83 %
Abuelos	8 %
Hermanos	7 %
Tíos y otros (familiares amigos)	2 %
Total	100 %

Cuadro No. 9

La convivencia de los padres con el menor, trae consigo los siguientes factores:

- a) Cuando el niño es lactante, la convivencia es positiva porque existe un apoyo y motivación emocional, y de esta manera el niño cubre sus necesidades psicoafectivas.
- b) En edad preescolar, la presencia de los padres tienen una relación punitiva con su hijo, ya que se encargan de controlar la actividad natural del menor, que se considera no adecuada para un ambiente hospitalario. Cuando la convivencia se lleva a cabo, ayuda al niño a su aceptación.
- c) En las etapas de escolar y adolescencia, es frecuente una relación poco comunicativa, debido a la distracción de uno de ellos, en actividades rutinarias como: leer revistas, ver T.V., realizar juegos de mesa, tejer, bordar, convivir con otros familiares, etc.

En un bajo porcentaje la visita se da por parte de los abuelos, principalmente en casos de niños prematuros, en consideración al período de puerperio de la madre y actividad laboral del padre. En los casos de visita por parte de los hermanos y otros familiares es causa de familias extensas o con problemas familiares por ejemplo: delegar responsabilidades a hijos mayores o falta de organización en la familia.

¿ Cuánto tiempo te visitan ?	
Durante el horario de visita	59 %
Las 24 hrs. del día	24 %
Menos del horario de visita	17 %
T o t a l e s	100 %

Cuadro No. 10

El tiempo de convivencia significa también un factor de riesgo para el niño. En un alto porcentaje de los casos existe una relación limitada o marcada por el horario establecido en la Institución, teniendo como consecuencia:

1. Disminución del sentimiento
2. Apoyo efectivo.
3. Apoyo en la adaptación al hospital

4. Angustia en los momentos de separación.

En los casos con estancia de 24 horas, que es un horario determinado por la gravedad de la enfermedad. Para el niño y los padres es muy importante la estancia en estos momentos debido a: la necesidad del niño al sentir la presencia de los padres y la tranquilidad de los padres por la vigilancia e información constante. Por último la visita al menor en el horario establecido, puede cambiar por: indicación médica, negligencia, apatía y frustración de los padres, lo que ocasiona: estados depresivos en el niño y dependencia o tendencia a establecer los lazos emocionales con el personal.

Por otra parte en la especialidad en cirugía pediátrica se tiene un promedio de estancia hospitalaria de 5.75 días, por lo que se puede considerar una estancia corta, pero sin embargo se enfrenta al niño a una problemática emocional en base a las respuestas dadas a la siguiente pregunta; ¿ Te informaron lo que es una intervención quirúrgica?, lo que genera confusión, agresión reprimida, miedo a herirse, miedo a la sangre, desconfianza, fantasías, ideas de mutilación, frustración y temor a la muerte.

Un 29 % si fue informado siendo generalmente el personal médico y paramédico, que se ve reforzado por parte de los padres en forma repetitiva. Un 15 % negó información al respecto. Las actitudes de los niños después de la intervención quirúrgica se da; la resignación, ya que se les condiciona a que esta relacionado con la salud. Y en

algunos casos se da plena conciencia de que es un medio para la salud.

En base a la pregunta Cómo te sentiste después de que fuiste operado?, se obtuvo que el 35 % presentó molestias físicas, el -- 28 % o manifestó problema alguno y un 12 % expresó un sentimiento de mutilación, esto da pauta a ser un niño mal informado previamente a su operación.

Como se ha venido exponiendo, en los casos de padecimientos agudos crónicos y fatales, sus consecuencias por lo tanto son conflictivos agudos tanto para el menor como su familia.

¿ Sabes como es tu diagnóstico?

Crónico	56 %
Favorable	34 %
Fatal	10 %
Totales	100 %

Cuadro No. 11

¿ Cómo te sientes aquí en el hospital?

Solo y aburrido	31 %
Bien y tranquilo	24 %
Adaptado	17 %
Con miedo	17 %
Triste	11 %
Total	100 %

Cuadro No. 12

Como se aprecia el dato sobresaliente es el padecimiento crónico que trae consigo los siguientes aspectos, el relacionarlo con el cuadro No. 12.

La cantidad considerable el niño se siente solo y aburrido (no se de terapéutica para solucionar este síntoma). Los niños que contestaron que se sienten bien y tranquilos, tienen dos perspectivas, una que puede responder al problema de excesiva adaptación (niños con desarrollo retardado), y la otra que ha canalizado adecuadamente su enfermedad (niños con desarrollo normal psicobiológico). Un limitado porcentaje dijo estar adaptado, es decir, que ha aceptado las rutinas hospitalarias, pero que tienen disturbios en su estado de ánimo, otros sienten temor por su padecimiento crónico, revelando la falta de expectativas objetivos y claras, esto da como resultado; angustia, ansiedad y perturbación Y finalmente una pequeña cantidad informe estar triste por la situación en la que se encuentra.

Las expectativas de los niños, se expresan con el siguiente cuadro:

¿ Piensas que te recuperarás pronto ?	
Si, rápido	36 %
No sabe	31 %
Si lento	23 %
Si por evolución positiva	6 %
Si por que tiene confianza en el tratamiento	4 %
Total	100 %

Cuadro No. 13

La mayoría de los menores entrevistados tienen perspectivas de recuperación a corto tiempo. Un alto índice no sabe, respuesta que pueda indicar la negación, por su edad, no le han informado o por su estado de gravedad no les es posible proporcionar datos.

En cuanto a los menores que piensan que su recuperación es lenta, se debe a que tienen conciencia de su padecimiento crónico, otros refieren una expectativa de recuperación a corto plazo, en base a una realidad objetiva que es una evolución satisfactoria, sentida por ellos. Y en menor porcentaje manifestó una perspectiva de recuperarse rápidamente por tener confianza en el tratamiento. Más del 50 % de los pacientes hospitalizados en el tercer nivel tienen pronósticos crónicos y/o fatal, por lo que los intereses de los niños se ven alterados, siendo sus respuestas a la pregunta:

¿ Que te gustaría hacer saliendo de aquí?				
	I.M.S.S.	I.N.P.	H.I.P.	Totales
Ir a casa	42 %	43 %	81 %	55 %
Ir a la escuela	14 %	21 %	19 %	18 %
A una actividad recreativa	16 %	15 %	-	10 %
Ir de paseo	16 %	9 %	-	9 %
Visitar a sus amigos	6 %	10 %	-	5 %
Dieta de complacencia	6 %	2 %	-	3 %
Totales	100 %	100 %	100 %	100 %

Cuadro No. 14

Como se puede observar, la mayor cantidad desea reintegrarse a su actividad familiar, que internamente puede ser rechazo al hospital y preferencia al tratamiento ambulatorio. Otra parte desea ir a lugares espaciales como son los paseos (los menores que son del interior de la República desean conocer la Ciudad de México).

Un porcentaje de menores desea:

- Ir a la escuela debido principalmente con diagnósticos crónicos y se ven más afectados los niños en etapa escolar y adolescencia.
- Tener actividades recreativas de tipo físico, ya que estas se ven limitadas dentro de la Institución.
- Visitar a sus amigos.
- Y tener una dieta, que por su enfermedad no pueden satisfacer.

La población infantil entrevistada dió las siguientes sugerencias:

¿ Que sugieres para que tu estancia aquí sea mejor?				
	I.M.S.S.	I.N.P.	H.I.P.	Totales
No sugiere	35 %	51 %	87 %	58 %
Actividades recreativas	14 %	15 %	13 %	14 %
Sala de televisión	16 %	5 %	-	7 %
Convivencia con pacientes	14 %	7 %	-	7 %
Pase a menores de edad	11 %	7 %	-	6 %
Convivencia con padre	8 %	8 %	-	5 %
Continuar con estudios	2 %	7 %	-	3 %
Totales	100 %	100 %	100 %	100 %

Cuadro No. 15

Del cuadro se desglosa:

- Una inquietud por realizar actividades recreativas que atenuen sus etapas prolongadas de inactividad.
- Tendencia a prolongar la estancia y convivencia con sus padres. En este punto se debe hacer la observación de que hubo sugerencias de la existencia de grupos de convivencia de padres con niños.
- Contar con una televisión en una sala para los niños que ya se sienten bien físicamente.
- Se solicitó la formación de grupos de pacientes para convivencias.
- Inquietud porque los menores de edad tenga acceso al hospital.
- Y sólo una minoría desea continuar con sus estudios. Además es relevante observar que el más alto porcentaje tiene una actitud pasiva y áptica al no aportar alguna sugerencia, lo que refleja un conformismo, o egresar del hospital lo más pronto posible.

Finalmente en el Hospital Infantil Privado, no exponen sugerencias, ya que en forma regular sus necesidades se ven satisfechas.

4.2. Repercusiones Psicosociales del Menor Hospitalizado

La enfermedad y hospitalización del menor presenta también repercusiones psicosociales, ya que no sólo se da a nivel interno paciente-hospital, sino que repercute en su ambiente psicosocial

representado por las relaciones humanas enmarcadas en un ambiente amplio o limitado de manera compleja que a su vez son estimulantes o frenadores para el desarrollo individual.

Una de las preguntas que nos manifiesta la necesidad de relaciones sociales del niño es por ejemplo: ¿A quién o que vas a extrañar al estar lejos de tu casa?. Las respuestas fueron las siguientes: El 48 % extraña la presencia de los padres en pareja y dentro del núcleo familiar, el 8 % en promedio del total extraña a los abuelos y tíos principalmente en los casos de familias mixtas, el 10 % extraña a otros familiares en casos de lazos substitutos de relación paternal o filial. El 5 % extraña a sus amigos, como se observa, es muy reducido el porcentaje, ya que se da principalmente en adolescentes, los cuales presentan un tipo de aislamiento del ambiente social con los grupos de amigos y escuela.

El 29 % extraña la relación conveniente con sus hermanos que se ve reforzada a través de los comentarios que hicieron los padres respecto; en la mayoría de los casos se les ha informado a los hermanos sobre la necesidad de la hospitalización del niño, deseando su pronta recuperación y regreso. En una tercera parte de éstos no se les ha dado información alguna de los cuales toman una actitud conformista de la ausencia del menor.

En base a lo anterior se deduce que:

1. Existe una tendencia del menor a reintegrarse a su ambiente familiar, considerando que cuando existe una mala organización familiar el menor establece lazos substitutos en el hospital.
2. Generalmente, mantiene al margen a los hermanos del menor al no proporcionarles información, porque se consideran no aptos para comprender y evitarles preocupaciones, angustia, etc.
3. En un alto porcentaje se desea el regreso del menor hospitalizado, que en algunos casos es obsesivo.

Cabe hacer la aclaración que en el mínimo de estos casos, se les da una información deformada en forma deliberada para ocultar la situación real o por prejuicios.

Los resultados de la pregunta anterior nos da un panorama general de las inquietudes o rechazo de integrarse a su núcleo familiar y/o social. Esto puede observarse con las respuestas obtenidas de la siguiente pregunta:

¿ Te gustaría que te visitaran tus amigos ?				
	I.M.S.S.	I.N.P.	H.I.P.	Totales
No tiene amigos	24 %	31 %	75 %	43 %
Si	30 %	36 %	6 %	24 %
Si pero son menores	32 %	11 %	13 %	19 %
No	5 %	14 %	6 %	8 %
Si pero estan lejos	7 %	7 %	-	5 %
No por su padecimiento	2 %	1 %	-	1 %
Totales	100 %	100 %	100 %	100 %

Cuadro No. 16

Aquí se obtuvieron diversidad de respuestas como las mostradas en el cuadro; donde un tercera parte de la población infantil no tiene amigos debido a que son lactantes generalmente o menores antisociales.

Otros niegan el deseo de ser visitados por sus amigos, y que puede responder a las siguientes causas: madurez precoz, y considera a los niños de su edad infantiles; por su padecimiento; sociabilidad disminuida o temor a la mofa de su enfermedad o porque su padecimiento no se los permite.

también se pudo observar que la mayoría si desea ser visitado por sus amigos, pero desconocen las causas por las cuales no son visitados, o se limitan por las normas de la Institución, dentro de las cuales se encuentra la prohibición de visitas menores. Además zonas o poblaciones del lugar donde se encuentra el hospital.

De acuerdo a la pregunta de ¿Cómo ha afectado en relación al grupo de amigos? la respuestas son las siguientes:

- a) El 32 % tiene intereses por su salud
- b) El 28 % no tiene amigos
- c) El 27 % los amigos no saben sobre la enfermedad
- d) El 7 % los amigos lo visitan (en el hospital o su domicilio)
- e) El 6 % lo rechazan por su enfermedad

Los datos más significantes de los resultados fueron que: Los amigos tienen intereses por la salud del paciente, puesto que les afecta de manera emocional. Y otro porcentaje significativo es el que se refirió que no tiene amigos debido a las circunstancias previas analizadas.

En relación a que los amigos no saben de la enfermedad del paciente se debe:

- Parte de la encuesta se realizó durante vacaciones escolares.
- La enfermedad fue la causa de un accidente o en forma repentina.
- No se les quiere comunicar o les niegan la información real.

Por otra parte se observó que la visita al hospital se realiza principalmente si el paciente adolescente o en el domicilio, y un mínimo porcentaje se da el rechazo de los amigos por el padecimiento o por no poder participar en todas las actividades en grupo.

La hospitalización en el niño viene alterar un proceso natural de su socialización, que es la etapa escolar, como sabemos en esta etapa, para el niño es importante, ya que inicia el proceso de logros intelectuales.

En el cuadro se observa la incidencia en los niveles escolares, teniendo el más alto porcentaje en el nivel primaria.

¿ Qué estudias y en qué grado ?	
Primaria	40 %
No estudia	36 %
Secundaria	15 %
Pre-primaria	7 %
Preparatoria o vocacional	2 %
Totales	100 %

Cuadro No. 17

Con la pregunta ¿Continuas tus estudios y quién te ayuda?, se obtuvo: que el 90 % de los pacientes abandonan su preparación escolar desligandose completamente en sus relaciones escolares. El 6 % continua sus estudios dentro del hospital, con la ayuda de un familiar, a través de la observación se pudo captar que son casos de corta estancia o de pronósticos favorables ya que generalmente en los casos contrarios, incluso existe apatía por este aspecto tanto de los familiares como del menor.

Sólo el 4 % continúa sus estudios sin ayuda, en estos casos fueron pacientes con hospitalización en la especialidad de Nefrología.

Con la pregunta ¿Cómo ha repercutido la enfermedad del menor en su ambiente escolar?, se obtuvo una mínima información, el -- 52 % desconoce como ha repercutido, ya que se han desconectado completamente de este ambiente. El 26 % manifiesta una inquietud dentro

de su grupo escolar, el 13 % tiene intereses por la salud del menor, en el 6 % el paciente no participa en algunas materias escolares por su condición física el 3 % es rechazado por su grupo.

¿ Qué actividades recreativas realizas en este lugar?	
Ver T.V., radio y revistas	34 %
Tiene juguetes	28 %
Ninguna	23 %
Asiste a terapia ocupacional	8 %
Participa en juegos de mesa	7 %
Total	100 %

Cuadro No. 18

En la hospitalización del niño es importante su integración a grupos de apoyo y así enfrentar su enfermedad y tener pautas para la integración a un tipo de sociedad interna, reflejo de la exterior. Por lo cual de la anterior pregunta, se obtuvo un mínimo porcentaje que recibe terapia ocupacional específicamente programada para dar atención al tedio o tiempo libre del menor. Y el porcentaje restante realiza actividades en forma individual no orientadas sin creatividad, sin apoyo o ayuda, por lo que no se cumple con una atención integral.

Y una parte proporcional de la población no tiene ninguna actividad y consecuentemente se observaron los siguientes efectos; perturbación en las cambios de actitud, limitada estimulación, trastorno

del desarrollo psicomotor y crecimiento retardado.

¿ Como es la atención que recibes ?	
Bien con afecto	80 %
Regular-técnica	18 %
Mal apático	2 %
TOTAL	100 %

Cuadro No. 19

Por último se analizará la importancia del tipo de atención que recibe el menor en una Institución Hospitalaria. Como se demuestra en el cuadro anterior, las respuestas indica, que reciben atención buena y con afecto, a esto se puede agregar que en realidad es una atención afectiva pero sin una orientación terapéutica y en ocasiones la atención se da por políticas de la Institución en cierta forma únicamente paliativa.

La atención afectiva ayuda al niño a la adaptación al hospital y aceptación del tratamiento. Una cuarta parte de la población recibe una atención regular y enfocada a un desempeño técnico de sus actividades, en este caso el niño se siente como un miembro más de la dinámica Institucional. Sólo el 2 % siente que la atención es mala y apática por parte del personal, en este caso son niños con actitud agresiva y con disturbios en el estado de ánimo. Cabe aclarar que por medio de

la observación en el Hospital Infantil Privado, existe la visita de carácter social, tanto de hermanos menores de edad, familiares y amigos, - si el estado de salud del niño lo permite.

4.3. Repercusiones Psicosociales del Menor y su Núcleo Familiar

La familia es el punto de partida de las relaciones entre padres e hijos, en ella se generan fuertes relaciones y cuando un miembro se enferma y hospitaliza reacciona de acuerdo a su propia estructura. En base al cuestionario aplicado a padres y/o familiares se pudieron obtener los siguientes datos: en base a la pregunta Qué parentesco tiene con el paciente?

En la mayoría de los entrevistados que es el 80 % son padres, dándose el caso que generalmente era la madre, esto en relación a la convivencia directa con los hijos, al padre se le brinda cierta autonomía por su actividad laboral. En un 7 % los entrevistados fueron abuelos, otro 7 % son tíos, un 5 % hermanos y un 1 % son otros familiares.

En cuanto a la edad de los entrevistados se agruparon de la siguiente manera:

- El 42 % tiene edad entre 26-36 años, en los padres y consecuentemente se da una estabilidad emocional.
- El 26 % hay edades de 15-25 años, situación que puede tener más riesgo de conflicto; madres solteras, desintegración familiar, in-

fluencias externas, etc.

- El 22 % tienen edades de los 37 a 47 años, que da pauta a ser familia extensa.
- Y el 10 % las edades son de 48 años a más, que puede responder al dato de abuelos entrevistados.

Con la pregunta Quién sostiene económicamente a la familia, se determinó que el 85 % del total es sostenido económicamente por el padre, el 4% por la madre, el 5 % por ambos (padre y madre), y el 6 % otro familiar. Es conveniente observar que en el Hospital Infantil Privado en el 100 % de los casos el sostenimiento económico esta a cargo del padre.

Cuál es el ingreso mensual de la familia?				
	I.M.S.S.	I.N.P.	H.I.P.	Totales
43,000.0 a 73,000.0	46 %	41 %	-	29 %
Menos del mínimo	27 %	54 %	-	27 %
105,000 a 135,000.0	7 %	-	27 %	11 %
136,000.00 a más	-	-	73 %	25 %
74,000.0 a 104,000.0	20 %	5 %	-	8 %
Totales	100 %	100 %	100 %	100 %

Cuadro No. 20

En el Hospital General del Centro Médico la Raza (I.M.S.S.) se detecto cierta estabilidad desde el punto de vista económico, ya que para contar con el derecho debe existir una actividad laboral, también que generalmente son familias integradas, ya que para que exista el derecho a

a la atención es necesario el vínculo legal.

En el Instituto Nacional de Pediatría, la problemática familiar - que genera la hospitalización de un menor, es más aguda, ya que la situación económica es precaria, la ocupación es principalmente sub-empleo o empleo eventual o actividad agropecuaria.

En el Hospital Infantil privado la problemática familiar se enfoca prácticamente a nivel psicoemocional, considerando que su nivel socioeconómico cubra satisfactoriamente sus necesidades tanto primarias como secundarias.

Cómo es la alimentación de la familia?				
	I.M.S.S.	I.N.P.	H.I.P.	Totales
Buena	23 %	6 %	100 %	43 %
Regular	61 %	40 %	-	34 %
Mala	16 %	54 %	-	23 %
Totales	100 %	100 %	100 %	100 %

Cuadro No. 21

En el Hospital General del Centro Médico la Raza (I.M.S.S.) que - por contar con empleo se está asegurando la satisfacción de necesidades básicas como es la alimentación y la vivienda. En el Instituto Nacional de Pediatría, en función a su bajo nivel socioeconómico, existe repercusión inmediata en la satisfacción de necesidades primarias, en cuanto a la vivienda se determinó que la mitad de la población entrevistada tie-

ne casa sola y generalmente son del interior de la República.

Cómo es su vivienda?				
	I.M.S.S.	I.N.P.	H.I.P.	Totales
Casa sola	58 %	53 %	73 %	61 %
Departamento o condominio	10 %	5 %	27 %	14 %
Vecindad	16 %	24 %	-	13 %
Ranchería	16 %	18 %	-	12 %
Totales	100 %	100 %	100 %	100 %

Cuadro No. 22

Cómo ha afectado la enfermedad del menor en la dinámica familiar ?				
	I.M.S.S.	I.N.P.	H.I.P.	Totales
En el cuidado de los hijos	38 %	34 %	57 %	43 %
En la estabilidad económica	32 %	36 %	29 %	32 %
En el trabajo	30 %	30 %	14 %	25 %
Totales	100 %	100 %	100 %	100 %

Cuadro No. 23

Es similar la alteración que se da en las familias que acuden a -- recibir atención médica en el Instituto Mexicano del Seguro Social y en el Instituto Nacional de Pediatría, existiendo únicamente diferencia en el Hospital Infantil Privado.

La enfermedad ha provocado desunión o unión de la familia?				
	I.M.S.S.	I.N.P.	H.I.P.	Totales
La ha unido	90 %	64 %	67 %	76 %
La ha desunido	10 %	36 %	33 %	24 %
Totales	100 %	100 %	100 %	100 %

Cuadro No. 24

Es significativo el porcentaje del total de familias en las que se ha sentido una unión mayor en base al conflicto presentado en ellos como lo es la enfermedad y hospitalización. A nivel de padres se da una alte ración específica manifestada en la siguiente pregunta:

Cuál piensas que fue la causa de la enfermedad del niño ?				
	I.M.S.S.	I.N.P.	H.I.P.	Totales
No sabe, no se explica	29 %	28 %	33 %	30 %
Descuido general	11 %	28 %	26 %	22 %
Causa física	23 %	14 %	20 %	19 %
Embarazo	17 %	18 %	7 %	14 %
Causa biológica	11 %	8 %	7 %	9 %
Mitos, tabues o fantasías	9 %	4 %	7 %	6 %
Totales	100 %	100 %	100 %	100 %

Cuadro No. 25

Y en base a las respuestas se puede analizar lo siguiente:

- Una parte de la población afirma no dar una explicación objetiva a la causa de la enfermedad, esto puede significar negación de la realidad o fue algo inesperado.

- También refiere que la causa es física, desplazando un sentimiento de culpa o tener un conocimiento objetivo de la causa (cambios de temperatura, traumatismo, ingestión de alimentos "pacotilla", etc).
- Otra parte atribuye la causa al embarazo, haciendo alusión a un -- sentimiento de culpa y mitos, ejemplo: descuido durante el embarazo, sustos, corajes, mala alimentación, deficiente atención médica, etc.
- Una cantidad considerable dijo que fue por descuido general, en es te aspecto si se manifiesta sentimiento de culpa (en estos casos -- se presenta una conducta autodestructiva y depresión).
- Una mínima cantidad determinada que se observó que (en estos casos son patologías de tipo hereditario o congénito, que puede traer -- como consecuencia la disolución de la pareja y conflictos con las familias de los conyuges.
- Un mínimo porcentaje atribuyó la causa a mitos, tabús o fantasías_ por ejemplo: sustos, mala suerte, influir globos en exceso, por des ción divina, hacer corajes y comer huevo, es un castigo, etc. es to puede provocar negación de la realidad y no tener una participa ción activa al tratamiento.

Otro miembro de la familia tuvo la misma enfermedad que el niño ?				
	I.M.S.S.	I.N.P.	H.I.P.	Totales
Nadie	75 %	80 %	87 %	81 %
Si	18 %	15 %	13 %	15 %
No sabe	7 %	5 %	-	4 %
Totales	100 %	100 %	100 %	100 %

Cuadro No. 26

Con respecto a esta pregunta, en un promedio del total se observa que hay una similitud en las tres Instituciones, en base a lo siguiente:

- Se afirma que nadie ha tenido la enfermedad del menor.
- En los casos en que respondieron tener antecedentes de la enfermedad repercute en el estado emocional de la familia, porque se crea el temor en su conducta reproductiva y además hay implicaciones de culpa.
- Por otra parte se afirma no saber, en este punto se detectó que en todos los casos se evade un antecedente directo pero no así del conyuge.

En qué momento observo el cambio de salud del niño				
	I.M.S.S.	I.N.P.	H.I.P.	Totales
Después del evento desencadenante	61 %	63 %	80 %	64 %
Al nacimiento	39 %	37 %	20 %	36 %
Totales	100 %	100 %	100 %	100 %

Cuadro No. 27

La acción específica de los padres ante la enfermedad del menor se expreso al detectar un cambio en la salud del mismo, esto se complementa con el siguiente cuadro.

Que paso después de observar el cambio de salud del menor ?				
	I.M.S.S.	I.N.P.	H.I.P.	Totales
Consultaron diversos facultativos	59 %	37 %	60 %	52 %
Lo canalizaron grave al hospital	12 %	43 %	33 %	26 %
Ecnomedicina	5 %	25 %	-	10 %
No contestó	24 %	4 %	7 %	12 %
Totales	100 %	100 %	100 %	100 %

Cuadro No. 28

Del cuadro es significativo observar que se dió atención por diversos facultativos sin obtener resultados positivos inmediatos hasta la -- hospitalización, lo que crea en los padres desorganización, desconfianza, agotamiento físico, angustia y depresión.

Algunos menores los canalizaron graves al hospital, esto demuestra la indolencia de parte de los padres; desorganización familiar y compromisos que impiden una atención oportuna al menor. Además que se generan sentimientos de culpa.

En cuanto a los menores que recibieron atención inicial, esta se llevo a cabo en el domicilio con sus propios recursos (Ecnomedicina), -- por influencia de tipo cultural.

En el caso de población derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social, en varias ocasiones acuden a médico particular el cual no completa su tratamiento médico y lo remiten grave a un hospital de ter--

cer nivel.

Cuál es su reacción ante la atención que le brindan al paciente ?				
	I.M.S.S.	I.N.P.	H.I.P.	Totales
De confianza y tranquilidad	75 %	65 %	100 %	80 %
De preocupación	8 %	11 %	-	6 %
De impotencia	5 %	11 %	-	6 %
De participación	5 %	7 %	-	6 %
De desconfianza e intranquilidad	7 %	6 %	-	6 %
Totales	100 %	100 %	100 %	100 %

Cuadro No. 29

Los padres de acuerdo a su estructura sociocultural y dinámica familiar, reaccionan de diferente manera en cuanto al tipo de atención que recibe su hijo en la Institución.

El resultado de la encuesta fue el siguiente: mediante la observación del cuadro se puede decir que existe una semejanza entre la reacción que tienen los padres con respecto a la atención que se les proporciona institucionalmente. Disminuye un poco en el Instituto Nacional de Pediatría, en cuanto a la confianza y tranquilidad en la atención que les brinda, debido a la posibilidad económica, preocupándose por no poder cubrir más gastos que ocasionan la hospitalización del niño. Un factor de apoyo que influye en la aceptación de la enfermedad y hospitalización, es la religión que en un promedio el 91 % los padres de familia son católicos y un sólo 9 % se apoya en otra religión.

Las familias muy religiosas se caracterizan por:

1. Docilidad hacia la dinámica institucional.
2. Delega al ser supremo la desición de la enfermedad o la salud, utilizando como mecanismo de defensa la compensación.
3. Se da cierto tipo de fetichismo al llevar imagenes, rosarios, etc. De quien centran su fe o confianza.

Conoce Ud. el pronóstico de la enfermedad ?	
Lo desconoce	36 %
Si es crónico	29 %
Si es favorable	28 %
Si es fatal	6 %
Niega información	1 %
Total	100 %

Cuadro No. 30

En los casos favorables se toma una actitud positiva al hospital y de confianza. En los casos crónico y fatal se hace más patente la actitud negativa, de apatía y se inicia el proceso de duelo. Y en cuanto a que desconocen el pronóstico, se propicia la angustia y síntomas de neurosis en los padres.

La negación se presenta generalmente en los padres que utilizan ese mecanismo como defensa a enfrentarse a una realidad concreta. Es importante mencionar el lugar que ocupa el paciente entre sus hermanos, - ya que puede indicar que son hijos únicos o mayores, y determinar a familias muy excesivas.

Qué lugar ocupa el paciente entre sus hermanos ?										
1er.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	13o.	Total
31%	23%	17%	12%	6%	2%	1%	5%	2%	1%	100 %

Cuadro No. 31

, A quién acude para solicitar ayuda o apoyo ?				
	I.M.S.S.	I.N.P.	H.I.P.	Totales
Familiar directo	73 %	61 %	60 %	65 %
Vecinos o amigos	13 %	16 %	20 %	16 %
Nadie	8 %	14 %	20 %	14 %
Empresa o trabajo	6 %	8 %	-	5 %
Totales	100 %	100 %	100 %	100 %

Cuadro No. 32

En este cuadro se puede observar que existe una tendencia general_ de los padres por solicitar ayuda y orientación en el manejo del niño en fermo, que puede ser apoyo de tipo emocional o económico.

Influyen otras personas en el manejo del niño al estar hospitalizado o en su hogar?

	I.M.S.S.	I.N.P.	H.I.P.	Totales
Si	53 %	71 %	80 %	68 %
No	47 %	29 %	20 %	32 %
Totales	100 %	100 %	100 %	100 %

Cuadro No. 33

Quién influye en la toma de desiciones?

	I.M.S.S.	I.N.P.	H.I.P.	Totales
Influye el personal médico	32 %	46 %	83 %	54 %
Influye un familiar	66 %	47 %	-	38 %
Influyen amigos	2 %	7 %	17 %	8 %
Totales	100 %	100 %	100 %	100 %

Cuadro No. 34

En los cuadros 33 y 34, describen la influencia que para el manejo del menor tienen los padres. La influencia puede ser por parte de la persona que esta más en contacto con el padre del niño.

Como ha manejado la situación ante sus familiares ?

Familia con interés hacia el paciente	40 %
Solicitando colaboración	29 %
Sólo les informa sobre el paciente	22 %
Sin contacto con familiares	9 %
Total	100 %

Cuadro No. 35

Para la familia que tiene un menor hospitalizado se enfrenta también a una problemática social. Que en primer momento se da con el grupo parental más próximo, dándose como principal característica la existencia de interés hacia la salud del paciente, actitud colaboradora hacia el conflicto de la familia, apoyándola a través de una organización familiar que le permite a los padres desplazarse hacia el hospital. Y en el menor de los casos no se cuenta con familiares, dato relativo por correspondencia a pacientes que no tienen contacto con ellos al pertenecer a comunidades de provincia.

Cuál es su reacción cuando hacen referencia a la enfermedad del niño ?	
Les informa	31 %
No tiene contacto con otras personas	27 %
Niega el padecimiento	10 %
Indiferente	9 %
Alegría	8 %
Tristeza	7 %
Solicita apoyo u orientación	6 %
Con rechazo	2 %
Total	100 %

Cuadro No. 36

En base al cuadro No. 36 se puede afirmar que:

- a) Existe interés de familiares hacia la salud del paciente, esto pue

de crear cansancio en los padres, en estar informando constantemente de la enfermedad del niño y/o sentir apoyo emocional. Además - en algunos casos informan a personas de su ambiente social.

- b) En un alto porcentaje de padres, presentan apatía, aislamiento, - niegan información y rechaza a miembros de su ambiente social.
- c) Algunos padres toman una actitud indiferente con respecto al interrogatorio que les hace. Y una mínima parte solicitan ayuda y - orientación.

Toda esta problemática a la que se enfrentan los padres y el am--
biente social del niño, repercute en su adaptación al hospital en la --
aceptación del tratamiento, recuperación psicosocial e integración posi-
tiva o negativa a su núcleo familiar y social. En consecuencia que la
dinámica, actitudes, lo transmitirán conciente o inconcientemente al me
nor, dándose así pautas de comportamiento.

4.4. Principales Consecuencias de la Dinámica Institucional Pública y Privada en el Proceso Salud-Enfermedad en el Menor.

La relación médico y personal paramédico con el paciente, esta --
condicionada por la enfermedad, factor que en ocasiones normará dicha re
lación. Además es muy importante también la política institucional.

En los resultados de la encuesta aplicada es significativo observar la tendencia de la mayoría del personal por reconocer la importancia de la individualización del tratamiento del menor.

Se interesa por la individualización del paciente ?				
	I.M.S.S.	I.N.P.	H.I.P.	Totales
Si por ser principio profesional	38 %	17 %	48 %	34 %
Si, el tratamiento lo requiere	34 %	27 %	30 %	31 %
Si, por considerarse una entidad biopsicosocial	28 %	53 %	22 %	34 %
No le interesa	0 %	3 %	0 %	1 %
Totales	100 %	100 %	100 %	100 %

Cuadro No. 37

En el cuadro se describen los principios y porcentajes en los que se agrupan los criterios al respecto tanto del personal médico como para médico, tratando de proporcionar una atención integral, considerando al paciente y su estado específico.

Conoces el ambiente social del paciente ?				
	I.M.S.S.	I.N.P.	H.I.P.	Totales
Si, el tratamiento lo requiere	28 %	23 %	44 %	32 %
Si, a través del estudio médico social	34 %	37 %	-	24 %
Relativamente	28 %	20 %	22 %	23 %
No lo conoce	10 %	20 %	34 %	21 %
Totales	100 %	100 %	100 %	100 %

Cuadro No. 38

El conocimiento del ambiente social, es considerado como parte importante para la atención del niño como unidad biopsicosocial mediante los indicadores que se expresan a continuación:

Se observa que en el Instituto Nacional de Pediatría sobresale la importancia que se le da al menor como ente biopsicosocial, ya que se comprobó que se realiza un estudio social más profundo, aunque cabe aclarar que de una u otra manera tratan de atender al paciente de una manera integral. Por otra parte es sobresaliente el porcentaje de que no le interesa relacionarse con el paciente, este es casi nulo, pero se refleja la atención especial de apoyo y afecto hacia la población infantil.

Obtuvo preparación sociohumanística para la atención del paciente y su familia ?

Si	70 %
No	23 %
Escasa	5 %
No contesto	2 %
Total	100 %

Cuadro No. 39

Un factor que propicia que la atención en la esfera psicosocial -- del paciente, no tenga carácter específico y técnico profesional es el nivel de preparación que tiene el personal médico y paramédico en esta área, por lo que se puede observar existe un alto porcentaje en donde la preparación del personal es nula o escasa.

Es relevante hacer la observación en la semejanza en las tres Instituciones estudiadas (se expone promedio general). En el ambiente hospitalario existen casos en que se da un cierto tipo de exigencia por parte de los pacientes, debido a su angustia, estados emocionales o condiciones físicas particulares. En un promedio el 30 % del personal, rechaza al paciente porque el personal recuerda sus derechos, pero se olvida de los del paciente y sus necesidades.

Es importante que en el 70 % no se da tal rechazo al menor, sino se le atiende, se le explica la no atención inmediata o se le proporciona la atención que lo amerita.

Cuál es su reacción cuando se siente inseguro de alguna acción hacia el paciente ?	
Consulta con jefe o compañero	37 %
Investiga o consulta libros	28 %
No lo manifiesta actua con firmeza	16 %
Siente nerviosismo, culpabilidad	9 %
No contesto	7 %
Lo canaliza al personal más indicado	3 %
Total	100 %

Cuadro No. 40

En la dinámica institucional existe conciencia (en base a los resultados) que es muy importante la actitud del personal, para que el niño no se enfrente a conflictos de frustración e inseguridad, de ahí que en los casos de inseguridad en el quehacer profesional, se toman ac-

titudes y acciones concretas en beneficio del paciente, lo que queda demostrado en el cuadro anterior.

Cuáles son los casos que le afectan más emocionalmente ?				
	I.M.S.S.	I.N.P.	H.I.P.	Totales
Casos con diagnóstico fatal	38 %	47 %	44 %	43 %
Con diagnóstico especial	21 %	29 %	26 %	25 %
Casos con problemas familiares agudos	28 %	7 %	-	12 %
Ninguno	3 %	7 %	22 %	11 %
No contestó	10 %	10 %	8 %	9 %
Totales	100 %	100 %	100 %	100 %

Cuadro No. 41

El ambiente hospitalario es también generador de alteraciones psicoemocionales en el personal, lo anterior se expone con el bajo porcentaje que afirmó no se afectado en ningún caso emocionalmente, esto se puede ser que presentan una evasión o negación de sentimientos.

En que etapa de desarrollo del menor la es más difícil tratar y por qué ?	
Lactante, no puede expresarse	30 %
Preescolar, es muy dependiente de padres	30 %
Adolescencia, por sus grandes cambios	20 %
Ninguna	17 %
Escolar, extraña su ambiente social	
Total	100 %

Cuadro No. 42

En el desarrollo habitual de trabajo se dan tendencias, actitudes, capacidades y habilidades para el trato y manejo de los niños, lo que - provoca que el personal prefiera a un tipo de trabajo y evada otros. Lo que puede repercutir en forma positiva.

1. Conocimiento más preciso de determinada etapa del desarrollo del menor.
2. Atención focalizada e individualizada.
3. Relaciones positivas con pacientes que responden a interés personal.
4. Habilidad para su atención.

En forma negativa:

1. Reacción negativa en casos difíciles de manejar.
2. Actitud negativa, evasión, temor, frustración o prejuicios.

Existe comunicación y coordinación entre los diferentes áreas hospitalarias ?

	I.M.S.S.	I.N.P.	H.I.P.	Totales
Hay coordinación	55 %	33 %	30 %	39 %
Existe un objetivo común	24 %	23 %	48 %	32 %
No por indisposición del personal	21 %	40 %	22 %	28 %
No contesto		4 %		1 %
Totales	100 %	100 %	100 %	100 %

Cuadro No. 43

El ambiente hospitalario repercute en la comunidad y coordinación entre las diferentes áreas del hospital. Que en un alto porcentaje acepta la indisposición del personal para el logro de una comunicación y -- coordinación participativa.

Cuáles son las causas principales que impiden una adecuada relación entre personal y paciente ?

	I.M.S.S.	I.N.P.	H.I.P.	Totales
Exceso de trabajo	42 %	* 54 %	4 %	33 %
La familia del paciente	14 %	10 %	52 %	25 %
Nivel cultural del paciente o personal	17 %	23 %	11 %	17 %
Temor del niño al personal	14 %	3 %	11 %	10 %
La edad o gravedad del paciente	3 %	7 %	15 %	8 %
No contestó	10 %	3 %	7 %	7 %
Totales	100 %	100 %	100 %	100 %

Cuadro No. 44

Las causas que impiden la relación adecuada entre el personal y el paciente, se contemplan mediante las respuestas obtenidas por el personal, se puede afirmar que existen innumerables causas que impiden la relación adecuada entre el personal y pacientes. Esto puede provocar; difíciles relaciones humanas; presión, frustración, ansiedad o apatía.

Influyen sus valores sociales y culturales, en la relación con el paciente y su familia ?

	I.M.S.S.	I.N.P.	H.I.P.	Totales
Si, en bienestar del paciente	34 %	40 %	44 %	40 %
Si, las experiencias y vivencias ayudan	24 %	23 %	11 %	19 %
Si, para una mejor comunicación	7 %	7 %	26 %	13 %
No influyen	14 %	10 %	11 %	12 %
No contestó	11 %	10 %	8 %	10 %
No, se debe tener una actitud con criterio	3 %	10 %	-	4 %
Si, propicia una identificación con el paciente	7 %	-	-	2 %
Totales	100 %	100 %	100 %	100 %

Cuadro No. 45

Un elemento que conforman las pautas en el manejo del niño hospitalizado, son los valores del personal, mismos que en forma general se revierte en forma positiva en la atención hacia el paciente y su familia.

Cuál es su actitud ante el manejo de un paciente de un determinado estrato social ?

	I.M.S.S.	I.N.P.	H.I.P.	Totales
Indiferente	76 %	53 %	78 %	69 %
De adaptabilidad a su nivel	24 %	43 %	15 %	27 %
No contestó	0	4 %	7 %	4 %
Totales	100 %	100 %	100 %	100 %

Cuadro No. 46

Es indiscutible la conciencia general del personal por tener una actitud indiferente en su quehacer profesional hacia los niños de un determinado estrato social y de igual manera hacia la necesidad de manejarlos de acuerdo a su nivel cultura.

Se observa, además que si se toma una actitud específica hacia un grupo socioeconómico es en base a las actitudes de los padres o del niño y si estas son agresivas o conflictivas para con el personal.

Por lo anterior se desglosa lo siguiente:

- a) Las actitudes negativas no se reflejan en el paciente sino en la familia.
- b) Sentimiento de ser manipulado.
- c) Prejuicios.
- d) Sensación de importancia del puesto.
- f) Tendencia proteccionista a estratos bajos y rechazo a recomendados.
- g) Y en el Hospital Infantil Privado, un alto porcentaje de indiferencia al estrato social.

Le gusta desempeñar su trabajo?				
	I.M.S.S.	I.N.P.	H.I.P.	Totales
Si, porque ayuda a sus semejantes	34 %	33 %	52 %	40 %
Si, le gusta la pediatría	31 %	23 %	26 %	27 %
Si, por vocación	24 %	30 %	11 %	22 %
Si, se realiza como profesionista	7 %	10 %	11 %	9 %
No contesto	4 %	4 %	-	2 %
Totales	100 %	100 %	100 %	100 %

Quadro No. 47

Un denominador que nos aporta elementos para apreciar la importancia de la acción profesional en el hospital para el reestablecimiento biopsicosocial del paciente es la vocación e interés por el trabajo. Y que en forma general existe una tendencia positiva, que puede responder a necesidades de aprobación del medio, seguridad, lograr empatía con el paciente, temor a la crítica y por vocación.

Utiliza terminología adecuada para el buen entendimiento con el paciente ?				
	I.M.S.S.	I.N.P.	H.I.P.	Totales
Utiliza lenguaje claro	48 %	47 %	19 %	38 %
A su nivel socio-cultural	28 %	37 %	30 %	32 %
De acuerdo a la edad	17 %	10 %	51 %	26 %
No contestó	7 %	6 %	-	4 %
Totales	100 %	100 %	100 %	100 %

Cuadro No. 48

En el aspecto de la comunicación con el paciente y su familia se mencionan a continuación los siguientes resultados.

Entre sus actividades profesionales fomenta la educación para la salud ?	
Si, para evitar enfermedades y reingresos	58 %
Si, para que continúe con su tratamiento	29 %
Ocasionalmente por exceso de trabajo	5 %
No fomenta la educación para la salud	2 %
No contestó	6 %
Total	100 %

Cuadro No. 49

Por último otro aspecto que nos muestra objetivamente un interés hacia el paciente y su familia es la realización de actividades encaminadas a la promoción para la salud, la mayoría del personal proporciona "Educación para la salud", a fin de evitar reingresos y enfermedades.

CAPITULO V

ALTERNATIVAS METODOLOGICAS PARA EL TRABAJO SOCIAL MEDICO PEDIATRICO

5.1. El Manejo y Tratamiento del Caso como Medio Terapéutico.

En el Trabajo Social Médico con atención a niños hospitalizados, se desarrolla el trabajo social de casos, entendiéndose éste último como la atención específica a niños, sus problemas, conflictos y carencias, generalmente interrelacionados, en la cual se recogen y valoran los datos objetivos o concretos y los subjetivos que abarcan implicaciones psicológicas a fin de manejar todo el proceso inherente a este método a fin de proporcionar atención de carácter terapéutico.

En base a los resultados de la investigación planteados anteriormente se expondrán aspectos que propiciarán el tratamiento de caso social en niños hospitalizados como medio terapéutico. Entender que la atención del niño empieza, desde el primer contacto con la institución u hospital, viene a ser un principio que debe de ser manejado por todo trabajador social que atiende a niños enfermos.

A fin de ubicar la atención del caso en diferentes etapas en las que el niño tiene contacto con el hospital, se describen alterna-

tivas para el manejo de casos en cada una de ellas.

1. Consideración del niño en su manejo de consulta externa: mediante medidas que eviten la hospitalización por medio de la educación para la salud en él y su familia.

2. Preparar al niño para la hospitalización.
 - a) No dando al menor ideas que lo lleven a esperanzas mágicas de curación.
 - b) Diluir la confusión del niño debida a información inadecuada.
 - c) Aun si el niño tiene ya información, él elabora sus propios conceptos, estos se deben conocer y aclarar.
 - d) Identificar de acuerdo a la edad y etapa evolutiva en el menor su fantasías y temores.
 - e) Reconocer la hipersensibilidad del menor al medio que lo va a rodear.
 - f) Capacitar a los padres con respecto a la hospitalización, informarles y aclarar dudas con respecto al padecimiento y las acciones del hospital en la atención del niño.
 - g) Propiciar la cooperación de los padres a fin de que sea transmitido al niño en forma comprensible, de acuerdo a su edad, su hospitalización como el medio que lo llevará hacia su recuperación.
 - h) La entrevista de pre-hospitalización debe cumplir con los siguientes objetivos:

- Captación de información pertinente y fidedigno de una manera eficaz y considerando al menor y su problemática en totalidad.
 - Determinación de experiencias de hospitalización anteriores a nivel familiar, actitudes de los padres hacia el hospital y - relación del niño con el personal de salud.
 - Identificar la información falsa acerca de la hospitalización.
 - Determinación de factores intervinientes en la enfermedad.
 - Establecimiento sólido de relación familiar y eliminar dudas y ubicación clara de relaciones niño-padre-hermanos.
 - Determinar la necesidad de entrevista a otros miembros de la familia.
 - Realizar preguntas en relación a la conflictiva que ocasiona la enfermedad del niño a nivel familiar, aspectos relacionados a la dinámica familiar en contorno a medio de amistades y familia que le ayuda a solucionar sus conflictos.
- Aspectos particulares del niño (gustos, preferencias, actividades cotidianas, temores, intereses, etc).

3. El caso y atención social en hospitalización. En el niño hospitalizado se da el sentimiento de pérdidas y pena, no obstante rutinariamente se falla en reconocer su existencia ya que solo la consideramos en casos extremos. La pérdida a menos de que no sea reconocida y a menos de que reciba el apoyo apropiado cualquier cambio importante llegará a ser y permanecerá como fuente de stress. Por lo tanto se describirá el modelo propuesto por Schneider a fin de que sea aplicado prácticamente.

DISPOSICIONES DE LA PERDIDA

EXTERNO		INTERNO			
Disposición al Reconocimiento	Relaciones	Objetos Externos	Ambiente	Si mismo	Natural
Pérdidas aparentes	Muerte de persona amada. Separación involuntaria permanente. Incesto	Robo Destrucción Desaparición	Desastre natural	Fracaso destitución violación arresto enfermedad crónica	Enfermedad incapacidad aborto
Pérdida como parte de cambio	Divorcio Cambio de roles Envolvimiento intenso Separación	Mudanza Comprar, vender Nuevo Trabajo	Presión ambiental (cambio de espacio)	Cambio de roles Dejar la casa retiro	Pubertad Menopausia Vejez
Pérdida ignorada (relacionada con competencia o crecimiento)	Matrimonio Nacimiento Terminación de Terapia	Capaz de comprar lo que quiere. Logro de un éxito después de búsqueda larga.	Vivir en ambiente ideal ambiente homogéneo	Promoción Graduación Éxito Creatividad	Madurez insight

Con el manejo de casos se entrará frecuentemente a un enfrentamiento de crisis, por lo tanto se deberá reconocer que según Gerald Caplan, existen tres factores que pueden producir estado de crisis.

- Un evento precipitante que pone una amenaza al paciente o a la familia.
- Una amenaza a las seguridades básicas que pueden simbólicamente estar unidas a eventos tempranos que resultan en vulnerabilidad o conflicto o que pueden ser reminiscencias de una forma inadecuada temprana de resolver crisis.
- Inhabilidad de responder con mecanismos adecuados de enfrentamiento.

Se debe de reconocer el evento precipitante: Casi cualquier evento puede alterar la homeostasis en cualquier tiempo o lugar, el niño se enfrenta frecuentemente con tales amenazas a su seguridad básicas como la necesidad de amar o de lazos afectivos, el reconocimiento de la integridad corporal y la continuidad del organismo.

Hay tres tipos de eventos participantes:

- a) El evento inesperado o súbito que incluye accidentes, de stress o enfermedades.
- b) Por una enfermedad crónica tales como Epilepsia, Diálisis renal u otras.
- c) Una serie de pequeños eventos que se van sumando en, las enfermedades súbitas como ataque cardiaco pueden precipitar miedos relacionados a pérdida de la vida, pérdida de la función corporal a

la imagen y a las relaciones sociales y sexuales.

En el tratamiento de casos es importante contar con los siguientes elementos que nos ayudan a identificar cuando existe un enfrentamiento sano o positivo del menor con la crisis, la cual se manifiesta con los siguientes signos adaptativos.

- Es capaz de manejar las tareas y exhibir apropiadamente dimensiones auditivas en una situación de stress.
- Es capaz de usar defensas para disminuir la ansiedad en forma constructiva.
- Capaz de conocer necesidades de dependencia y ver, recibir y usar la asistencia.
- Capaz de manejar incertidumbres médicas sin comportarse impulsivamente.
- Capaz de aceptar los retos del ambiente y reconocer el valor del crecimiento personal. Opuesto a las reacciones adaptativas anteriores alguna gente con las siguientes características puede entrar en crisis:
- Exhibir excesiva negación o retraimiento y utilizar la fantasía para reemplazar la realidad.
- Exhibir conducta impulsiva usar chivos expiatorios tales como personal de salud o familia para ventilar la rabia.
- Negar o sobrecontrolar las emociones para suprimir los sentimientos.
- Llenar las necesidades de dependencia en forma excesiva o negando la necesidad de asistencia, acciones que son interpretadas por otros como no queriendo o no necesitar ayuda.
- Ser incapaz de pedir ayuda o usarla cuando se le es ofrecida.
- Usar conducta ritualísticas que sirve a poco o ningún propósito.

Desde el punto de vista terapéutico la intervención del Trabajador Social en la crisis dentro de su propio nivel profesional puede aplicar la siguiente metodología a fin de evitar el desarrollo de problemas psicoemocionales y sociales más dañinos y permanentes.

- a) El impacto de factores desencadenantes de crisis es diferente en cada paciente, por lo tanto se debe realizar una evaluación individual. Se deben observar la conducta, emociones y aspectos cognocitivos.
- b) El profesional debe situarse a nivel de apoyo mediante:
- Confianza en sí mismo
 - Inspirar confianza, apertura y valor
 - Ser cuidadoso en la comunicación no verbal, contacto físico y visual que inspire apoyo en la persona atendida.
 - Con la comunicación verbal, el tono de voz ayuda a aliviar la ansiedad.
 - Reconocer la negación como reacción normal.
 - Explorar situaciones pasadas solo cuando estén en relación con la crisis.
 - Ayudar al niño a establecer relaciones sociales necesarias y a -- realizar cambios que corresponden.
 - El apoyo a la familia es muy importante.
 - Los ejercicios de respiración profunda pueden ayudar a la relajación.
 - Identificación de los sentimientos del paciente a fin de aclarar_ el evento y el sentimiento y darse cuenta que el miedo, enojo y - la atención son normales y se pueden evitar si son justificados _
 - Integración del paciente en la elaboración del plan.
 - Técnicamente se puede hablar de este método de la siguiente manera:

- I. Ayudar al paciente a confrontar la crisis.
Hablar y enfrentarse al peligro.
 - II. Ayudarlo a enfrentar la crisis en dosis manejables. Es decir, que no tenga tiempo para que piense constantemente en su pérdida, pero tan importante como es ayudarlo a retomar la realidad de su pérdida.
 - III. Ayudarlo a encontrar los hechos. No es la verdad sino las fantasías en muchos casos las que hacen que los niños sean cobardes.
 - IV. No tranquilizar en falso, se le debe mostrar nuestra tranquilidad, confianza y sus posibilidades.
 - V. No fomentar que transfiera la culpa a alguien.
 - VI. Ayudarlo a aceptar ayuda.
 - VII. Ayudarlo en sus tareas rutinarias
 - VIII. Habilidad de captar la desesperación y compartir sentimientos en forma razonada. Acercamiento directo con preguntas claras y simples.
- c) El tratamiento social en los casos de pacientes hospitalizados con problemas crónicos de ~~tratamiento~~ y rehabilitación debe ser específico y en base a la situación del paciente y debe de ser en base a las siguientes condiciones:
- Las reacciones del paciente, incluidas las correspondientes a experiencias de sanidad anteriores y a problemas actuales.

- Expectativas y objetivos del paciente y su familia y de las personas íntimamente relacionadas con ellos.
- Las capacidades funcionales, incluidas las tareas de desarrollo y los recursos emocionales.
- Las deficiencias funcionales.
- Las relaciones significativas y los patrones de acción recíproca.
- Los factores del medio ambiente.
- El nivel económico y comprensión del estado actual, incluyendo el de la salud.
- Las conductas de enfrentamiento.
- El estilo de vida.
- Los patrones culturales y religiosos.
- Las conductas biopsicosociales.

4. En los casos específicos en que el niño necesita ayuda para superar el miedo a la hospitalización se puede aplicar la siguiente metodología:

- Permitir al niño, reintegrarse lo más pronto posible a sus actividades (salir de la cama, en niños lactantes colocarlos en posición en la que pueden ver las actividades de la sala).
- Fomentar los juegos educativos (preferentemente en grupo que sirve a su tratamiento, permitir expresión de sentimientos).
- Estimular la plática acerca de su situación de ser hospitalizado (esclarecer la serie de acontecimientos que lo inquietan, fomentar la relación con el personal y su familia por medio de cartas, teléfono, visitas, etc).

- Estimular para que el niño escriba sus experiencias (esto ayuda a que no pase a ser un conflicto resuelto).
- Motivar al niño a continuar con programas escolares.
- Preparar a los padres para anticipar posibles comportamientos posteriores a su alta.
- Invitar al niño a visitar el hospital después de su recuperación (para evaluar los avances del niño y disminución de angustia).

5. Atención del caso de niños preoperatorios.

- I. Informar al niño previamente de su operación a fin de evitar fantasías.
- II. El paciente necesita de sus padres o de una persona en quien confie (a fin de ayudarlo a sobreponerse de la tensión, si los padres están muy angustiados deben estar poco tiempo)
- III. Recordar rápidamente al niño lo que va a pasar
- IV. Permitir llorar o protestar, pero reafirmarle tranquilidad.
- V. Proporcionar apoyo a padres y familiares.

El hombre es un organismo biopsicosocial, "el caso", el problema y el tratamiento siempre deben ser considerados por el Trabajador social como un proceso biopsicosocial. Un caso no está determinado por un niño ni por su padecimiento sino en él influyen factores físicos, económicos, mentales, emocionales y sociales, tanto internos (familia) como externos (hospital), el tratamiento del caso por lo tanto debe perseguir procesos homeostáticos, es decir de equilibrio en procesos

psicológicos, emocionales y fisiológicos además de sociales, ya que según W.B. Cannon, la homeostasis persigue que el ser viviente tienda a conservarse como organismo completo y en funcionamiento creador.

5.2. El Grupo en Función al Tratamiento y Restablecimiento Biopsicosocial del Menor Hospitalizado y su Núcleo Familiar.

Siendo uno de los objetivos del Trabajo Social Médico, el resolver científica y prácticamente, sobre una base individual o colectiva los conflictos que surgen por diversos problemas de orden físico, social y económico.

En base a este objetivo se parte para desarrollar el Trabajo Social en grupo y como sabemos este tiene un principio socioeducativo, que en el Trabajo Social Médico se orienta al restablecimiento biopsicosocial del niño hospitalizado y su núcleo familiar. Así se aplicarán los recursos que este método planea para que el niño y su familia a nivel grupal les oriente a fin de que aprendan a descubrir, discutir y buscar soluciones a sus problemas.

El grupo plantea amplias posibilidades para la educación y consecuentemente la modificación de la conducta del niño y su familia en beneficio de su situación adversa que es la enfermedad y hospitalización.

En este sentido el grupo se debe formar con finalidad cooperativa, rehabilitatorias, instructivas, etc., con objetivos específicos y métodos y técnicas plenamente justificadas a fin de que los resultados sean satisfactorios. Con el objeto de que el grupo sea un instrumento en el tratamiento y reestablecimiento del menor es necesario las siguientes consideraciones:

- I. Reconocimiento profundo de la etiología, evolución y consecuencias de la enfermedad en el niño a integración de grupos homogéneos.
- II. La estancia hospitalaria no debe ser considerada como factor esencial, ya que una estancia prolongada puede ser para el paciente una experiencia maduradora o en caso inverso una estancia corta puede ser devastadora para un niño al cual sus necesidades emocionales no fueron tomadas en cuenta.
- III. Se disponga de programas educativos para fomentar la comprensión y el dominio del menor sobre su cuerpo y la enfermedad.
- I.V Se solucionen las necesidades educativas ofreciendo programas escolares apropiados. Esto comprenderá la orientación vocacional y el enlace con el sistema general educativo.
- V. Es necesario reconocer las necesidades emocionales y de recreación, además de ofrecer la oportunidad al menor de ejecutar las tareas normales del desarrollo mientras está hospitalizado, en la escuela comunidad, con sus compañeros y su familia.
- VI. Que se identifique y fomente la responsabilidad en lo que respecta a la atención que uno se puede prestar a sí mismo y a la toma de decisiones.

- VII. Que se respete y fomente el mecanismo de adaptación de cada persona y que reciba una respuesta apropiada por parte del personal.

En la atención a grupos de padres:

- I. Se fomente una continua relación con el paciente.
- II. Se reconozca el derecho a la información, las visitas y su integración en la atención, a la vez se aliente a la familia a dar apoyo a la necesidad de independencia, información confidencial y toma de decisiones del paciente adolescente.
- III. Se preste atención a las influencias culturales, religiosas y ambientales relacionadas con la respuesta de la familia, la enfermedad y el tratamiento.
- IV. Se preste apoyo educacional y psicosocial cuando se trata de la enfermedad y la atención de salud del adolescente.

En el manejo de grupos con problemas de adaptación al hospital, renuncia al tratamiento, intervención quirúrgica y problemas de sociabilidad resulta indispensable la utilización de esquemas, maquetas, cuadros, gráficas, recursos del hospital y materiales, recursos que se utilizan para su tratamiento a fin de que los menores verifiquen objetivamente la información que reciben. En caso de atención social a grupos de niños preescolares y lactantes se debe reforzar la información con objetos de su ambiente y familiar a fin de que el menor no se sienta abandonado y desprotegido.

El Trabajo Social de grupos debe tener como finalidad en el hospital integrar al niño a la Institución, buscando sus intereses y aprovechando sus potencialidades y habilidades, canalizar los estados emocionales con la terapia ocupacional.

El Trabajo Social de grupo en los hospitales pediátricos debe cumplir una función terapéutica, propiciar una escolaridad activa, actividad intelectual, cultural y social, lo que facilitará y propiciará el proceso de adaptación entre el hospital y el niño.

El Trabajador Social que desarrolle su actividad profesional en este campo debe ser capaz de integrar el caso social en grupo tanto a nivel individual como familiar, es decir ser capaz de prestar atención social a la familia, principalmente a padres, ya que en familias con dinámica adecuada ellos transmiten la información a los hermanos y otros familiares aprovechando la presencia de estos últimos integrándolos a programas educativos con orientación a el manejo de sus problemas en relación a la hospitalización de niños y a la forma de enfrentarla en ese momento y a los problemas que pueden surgir a futuro y prevenirlos.

Para la atención social del niño hospitalizado tanto en grupo como individualmente debemos hacer las siguientes consideraciones:

- a) que el niño regularmente tiene mínima información.
- b) mucho tiempo desocupado.
- c) se encuentran solos, atemorizados y deprimidos.

- d) existencia de jerarquía rígida en el hospital
- e) no uniformidad de criterios, lo que provoca inconformidad en el personal y la refleja en el paciente.
- f) soledad entre mucha gente
- g) el personal se guía bajo sistemas preestablecidos, sin considerar la individualidad del paciente (preferencias, inquietudes, horarios de comida, baño, sueño, etc).
- h) la enfermedad convierte al paciente en egocéntrico.
- i) el paciente cambia su actitud y personalidad dentro del hospital
- j) el niño necesita atención afectiva
- k) el niño puede tomar actitudes regresivas
- l) el niño necesita atención afectiva para que no se creé en él inseguridad y conflicto.
- m) el menor necesita símbolos que lo reconforten

El abordamiento del tratamiento familiar debe incluir un conocimiento previo, mismo que puede realizarse en base a los siguientes instrumentos de diagnóstico de la dinámica familiar.

- a) Relación del padre hacia la madre y viceversa
- b) Relación específica entre padres e hijos.
- c) Relación específica entre hermanos.
- d) Forma de corrección utilizada en la formación de los hijos. (castigo, indulgencia, indiferencia, humillación, competencia, comparación, etc.).

- e) Tipo de ejercicio de autoridad del padre, la madre y/o hermano.
- f) Reacción del niño hacia el padre, la madre y/o hacia su autoridad.
- g) Etapa en la que se encuentra la familia
- h) Grado de maduración de los miembros y roles, etc.

Estudio de la personalidad de la madre y/o padre y de la dinámica familiar:

- a) Por lo que conoce Ud de su hijo qué piensa Ud. que vá a ser de él en el futuro?
- 2. Qué es lo que haría feliz a sus hijos?
- 3. Qué quiere Ud. que su marido le enseñe a sus hijos?
- 4. Qué quiere Ud. que el maestro le enseñe a sus hijos?
- 5. Que les enseña Ud. ?
- 6. Desearía no tener más hijos ?
 - a) Por qué ?
 - b) Los evita Ud?
 - c) Cómo los evita?
- 7. Qué sacrifica por sus hijos?
 - a) En qué forma?
 - b) Qué haría sino no tuviera hijos?
- 8. Qué es lo que más le desagrada de sus hijos?
- 9. Qué castigo considera Ud. más efectivo?
- 10. Qué le tiene miedo su hijo?
- 11. a) Si es mujer, b) Si es hombre.
 - a) Si su hija quiere a su novio, pero éste es tomador y flojo que haría Ud. para impedir el matrimonio?
 - b) Si su hijo quiere a su novia, pero ésta es una cualquiera, qué haría Ud. para impedir el matrimonio?
- 12. Si su hijo llega a insulta su religión, qué haría Ud.?
- 13. Qué ha de hacer sus hijos para pagarle los sacrificios, los esfuerzos, los gastos para con ellos?
- 14. Cuáles son los tres personajes más importantes para Ud.?
- 15. Cuáles han sido o son sus experiencias más agradables?
- 16. Cuáles han sido o son sus experiencias más tristes?
- 17. Cuénteme tres recuerdos de su infancia.
- 18. Cuénteme tres sueños, los más repetidos.
- 29. Si Ud. tuviera el dinero que deseara tener, que haría con el?
- 20. Qué le gusta más de su marido?
- 21. Qué le ha producido miedo en su vida?
- 22. Le voy a leer una serie de cualidades que puede tener un maestro. -

Diga si le gustaría o no que las tuviera el maestro de sus hijos.

1. Que exija disciplina
2. Que escuche las razones del niño
3. Que tolere errores
4. Que imponga obediencia
5. Que acepte chistes y bromas para con él
6. Que sea agresivo
7. Que le importe más que el niño esté a gusto a que sepa mucho.
8. Que imponga castigos físicos.
10. Que se haga temer.
11. El maestro siempre tiene la razón.
12. Que acepte a los que no rinden
13. Que tolere a los rebeldes.
14. Que no acepte excusas.
15. Que dedique más tiempo a los que no entienden.
16. Por ser el maestro es justo lo que haga.
17. Que confía en los alumnos
18. Que permita libertad de conducta.
23. Qué le desagrada de su esposo?
24. Qué hace Ud. si su hijo o hija se masturba?
25. De su relación sexual.
 - a) Qué le gusta?
 - b) Qué le disgusta?
26. Qué películas le han gustado más y por qué?
27. Cuando platica con un amigo Qué le gusta que le cuente?
De antropología, de política, de sus hijos, de los problemas de él,
de cosméticos, de Ud., de la vida de las actrices.
28. Qué piensa de los mexicanos que critican a México?

"Cuestionario de actitudes maternas"

1. Desearía no tener más hijos? Porqué? los evita usted? Cómo los evita?
2. Qué cosa tiene que sacrificar por causas de sus hijos? y en qué forma? qué haría si no tuviera hijos?
3. Que hace si su hijo le demuestra que lo ha castigado injustamente?
4. Considera que sus hijos son demasiado cariñosos con usted?
5. Qué es mejor para educar a los hijos ser seca o consentidora? como es usted?
6. De tener facilidades internaría usted a sus hijos; por qué razones?
7. Qué clase de juegos realiza usted con sus hijos? qué historietas les cuenta? les hace usted su ropa?
8. Se mantiene enterada de la situación escolar de sus hijos? está pendiente de que hagan sus tareas?
9. Cómo es cada uno de sus hijos? a cuál prefiere?
10. Tienen sus hijos malas inclinaciones? en qué consisten? (La T.S. -- surgirá).
11. Qué cosas prohíbe usted a sus hijos? les ha concedido mayor independencia conforme han ido creciendo?

12. Qué hace usted cuando los niños no quieren comer lo que usted les dá? y cuando no quieren ponerse la ropa que usted les dá?
13. Qué es lo que más le desagrada de sus hijos? tomó en cuenta sus opiniones, gustos y deseos de sus hijos?
14. Qué castigo considera usted el más efectivo? (La T.S. mencionará -- golpes, suspensión de dinero, dulces o comida, encerrarlos, etc). -- con qué (cinturón, chancala, palo, etc) En qué parte del cuerpo, -- los sangra a menudo?
15. Cuándo el niño dice groserías, le pone chile en la boca? cuando se chupa el dedo?
16. Con qué acostumbra amenazar o asustar a sus hijos? (policía, el co-co, Dios, el diablo, etc) los amenaza con dejarlos de querer?
17. Cuando los niños son dóciles y obedientes los trata usted mejor? -- piensa que es deseable que los niños tengan temor hacia sus padres?
18. Qué obliga usted o hace hacer a sus hijos en la casa o fuera de ella para compensarle de los sacrificios y gasto que hace usted por --- ellos?
19. Cuáles son las obligaciones de los hijos para los padres y cuando -- estos son mayores y ellos viejos? qué espera usted de los suyos -- cuando sean adultos? qué sentiría si el dinero que ganan sus hijos -- no se lo dieran a usted?
20. Qué ocupación desea usted que tengan sus hijos cuando sean mayores? qué hubiera querido usted ser o estudiar? por qué desearía usted -- esas actividades para sus hijos? quién piensa usted que debe decidir en estos casos? porqué?
21. Si su hija quiere a su novio, pero éste es tomador y flojo, que haría para impedir el matrimonio?
22. Qué es lo más importante en la vida: el dinero? el éxito, el poder -- o que otra cosa?
23. Es preferible tener amistades de otra religión diferente? qué religión tiene usted?
24. Le parece bien como trata su esposo a sus hijos? por qué? estan de acuerdo con la educación de los hijos? se dan cuenta los niños de -- los disgustos entre su esposo y usted?
25. Diga usted cómo debe ser una buena madre?
26. En su vida han habido más momento felices o desagradables?
27. Si a usted le pudieran ser concedidas tres cosas qué más desea, qué pediría?

Para la formación de grupos de padres se deben hacer las siguientes consideraciones:

- a) Brindar orientación adecuada a lo padres y a la familia como medida profiláctica.

- b) Considerar a los grupos desde un punto de vista preventivo, promoción de la salud y consecuencias de la enfermedad.
- c) Reafirmar en ellos la correlación que existe entre la salud y:
- Juego
 - Salud
 - Amor
 - Peso al nacer
 - cuidados pre y post-natales
 - Sueño
 - Defecaciones regulares
 - Vestuario suficiente
 - Vivienda
 - Frecuencia de castigos corporales
- d) Es importante que los casos se deriven del trabajo social de grupos.
- e) Que la programación de grupos sea con objetivos fijados en la prevención, asistencia, promoción, rehabilitación y de investigación y enseñanza a fin de preservar la salud del niño y su familia mediante el conocimiento del ambiente físico, de la forma de abordar las posibles consecuencias de la enfermedad, diagnóstico y tratamiento temprano, prevención de la incapacidad social a través de una atención social adecuada.

Clubes

Por último se debe hacer la consideración de la importancia en la creación de clubes entendiéndose este a grupos integrados con la capacidad para autodirigirse con objetivo integral común e inagotable, con una organización propia.

5.3. El Trabajo Interdisciplinario y su Importancia para el Logro de los Objetivos del Trabajador Social.

La importancia del trabajo interdisciplinario ha sido ampliamente justificado por los trabajos elaborados sobre Trabajo Social en el Área Médica y Hospitalaria, por lo que no nos detendremos a profundizar en este aspecto, lo que si se mencionará en este estudio es que como lo observamos en la investigación realizada, el personal médico y paramédico, están sumamente influenciados por su trayectoria, tiempo, educación, cultura, etc., situación que viene a convertirse en factor positivo cuando estos elementos se revierten en comprensión, identificación, apoyo, etc., es decir como elementos que permiten un mejor tratamiento hacia el menor y su familia, pero desafortunadamente estos elementos no siempre son utilizados en forma positiva y creadora, sino por el contrario son factores que propician la resistencia al cambio a lo nuevo e innovador.

El Trabajador Social debe estar conciente de esta situación y por lo tanto propiciar la acción positiva de este equipo interdisciplinario, básico para el desarrollo óptimo de sus objetivos. El Trabajador Social al igual que todo el equipo interdisciplinario debe de considerar que para el tratamiento de los niños es necesario el reconocimiento de lo siguientes principios:

1. El personal debe tener como meta principal el curar, comprender, explicar y encaminar su trabajo en favor de cambios creadores y modificaciones convenientes para la naturaleza humana y de los niños.
2. Considerar en relación a nuestro trabajo: educación, forma de proporcionar atención, madurez, motivaciones, valores, cultura, etc.
3. Basar nuestra actividad en la investigación científica, técnica, comprobación exigente y objetiva.
4. Considerar que los aspectos psicológicos están sujetos a la evolución y a la investigación que para el tratamiento de un caso es necesario tomar en cuenta los factores sociológicos, económicos, técnicos, automatización, culturales, éticos religiosos, políticos, etc. A fin de no caer en una predisposición pragmática. Ejemplo: el tomar una medida terapéutica ante un niño el cual es considerado pasivo sin haber hecho la verificación de un núcleo familiar pasivo o tranquilo.
5. El personal debe oponerse o tratar de reducir al mínimo las

técnicas anti-humanas o inhumanas y proponerse metas más humanas y productivas.

6. El principio de nuestro trabajo es el niño al que hay que mantener sano orgánicamente y en su psicología y tratar de modificar los prejuicios y hábitos negativos (en él y su familia.) que le impiden su salud.
7. El profesionista debe ser una persona segura de sí y de lo que sabe, conocer las condiciones históricas que lo rodean, tener criterio capaz para evolucionar radicalmente sus juicios con un sentido humanista, cuyo motivo de preocupación será el hombre.
8. El trabajo con niños necesita de una actividad basada en el conocimiento del niño y sus necesidades y la aplicación de teorías desarrolladas en base a su desarrollo psicomotor, a fin de lograr una síntesis en el manejo de cada caso particular.
9. La actividad debe convinar la experiencia y la teoría a fin de no parcializar en cada uno de estos factores, y llevar a cabo una acción evolutiva y válida.
10. Su actividad debe basarse en su propia realidad, en forma natural no artificial.
11. Lograr la salud del niño para sí y su sociedad.
12. Las conductas patológicas de origen psicossomático, pueden tener terapéutica si se alteran factores familiares causales.
13. Es inadecuado el enviar a un niño a un medio desconocido, este medio debe estar preparado para recibir al niño y viceversa.
14. Existe obligación de conocer las relaciones entre madre, padre

e hijos y de modificarles en función a conocimientos válidos y: Autoridad, independencia, sumisión, dominio, consistencia en la acción, senda biológica del pensamiento, empleo de un sistema ético de orientación religioso o no, religiosidad, problemática psicológica, dinamismo, herencia, tradición, etc., es decir ~~diréncia~~ particular de la familia.

15. Es necesario no sólo contemplar el salvar a un niño sino el llevarlo a una vida con consistencia y madurez en lo físico o psicoemocional.
16. Pero no se debe de sobreproteger el niño, ya que así surgirá la inseguridad en él, la infelicidad y la pusilanimidad.
17. El excesivo ingreso por el servicio de urgencia en un indicador de que hasta el último momento se de una preocupación real -- por el niño, que ésta no sea la causa de un trato deficiente por exceso de trabajo que incluso nos quejamos constantemente.
18. Es necesario que aprendamos a preguntar y contestar, es necesario comprender que ho hay pregunta tonta, lo que si hay en muchos de los casos despotismo, inseguridad, vanidad, indiferencia y falta de criterio al contestar.

5.4. La Investigación Social como Medio de Conocimiento y Fundamentación de la Actividad del Trabajo Social.

La actividad del Trabajador Social en el área médico hospitalaria con atención a niños debe evolucionar acorde a los requerimientos

que la propia dinámica y el contexto hospitalario le exige, básicamente el avance en la concepción de la atención del menor, misma que debe estar en función de la patología, desde un punto de vista biopsicosocial, así la investigación en esta área debe de partir de preguntas claves mismas que al plantear posibles respuestas mediante la investigación, nos proporcionarán datos que permiten plantear hipótesis con una perspectiva de práctica social concreta y más afectada.

Así la investigación tendrá como objetivo aportar al Trabajador Social datos y elementos de apoyo que le dan acceso a un conocimiento válido de los mecanismos y dinámica social que influyen en el proceso salud-enfermedad en el niño, y así al conceptuarlos en forma global poder predecir en forma adecuada las posibles reacciones del menor y sus familia con respecto a la enfermedad y hospitalización, a la atención social, en forma general o específico.

Por lo tanto la investigación no exige una actitud científica, la que nos centra en una realidad, misma que tiene que enfrentarse con objetividad, sentido de responsabilidad, profesionalismo, tenacidad y compromiso lo cual nos lleva necesariamente al desarrollo de capacidades de análisis y síntesis en beneficio del desarrollo profesional.

El desarrollo de la investigación en el trabajo social por lo tanto se compromete con el método científico, el cual comprende tres etapas operacionales que sirven de fundamento a todas las ciencias y son:

- Conocimiento
- Sistematización y
- Acción.

Dentro de la teoría del conocimiento.

El proceso de conocimiento dentro del cual se centra esencialmente la investigación incluye tres etapas que se relacionan y complementan entre si de acuerdo a las leyes de la dialéctica: Conocimiento sensorial, conocimiento lógico o racional y conocimiento abstracto.

Dentro del área médica la investigación implica conocer la problemática médica, sociomédica y cultural de la población comprendida en las siguientes etapas de incidencia profesional siendo estas prevención, tratamiento y rehabilitación.

Así la investigación social incide en forma general en las manifestaciones sociales de las enfermedades, sus causas y repercusiones, proporciona elementos para organizar acciones que permitirán el mejoramiento de la atención médica, lograr la rehabilitación de los pacientes y evaluar cada una de ellas.

Con el objeto de que la investigación social en el área médica, cumpla con su objetivo que es ser el medio de conocimiento y fundamentación de la actividad del trabajador social dentro de un marco metodológico y científico se planteará a continuación el método para la aplica-

ción de la investigación científica en un problema sociológico.

1. El Problema sociológico.

1. Presentación clara, con afirmaciones breves del problema, incluyendo conceptos definidos donde fuera necesario.
2. Mostrar que el problema está limitado por restricciones susceptibles de tratamiento o prueba.
3. Describir la importancia del problema con referencia a uno o más de los siguientes criterios:
 - a) Es oportuno
 - b) Está relacionado con un problema práctico.
 - c) Se refiere a una amplia población.
 - d) Se refiere a un población que es factor real de poder o que - se encuentra en situación crítica.
 - e) Llena una laguna de investigación.
 - f) Permite generalizaciones aplicables a amplios principios de - interacciones social o teoría general.
 - g) Afina la definición de un concepto o relación importante.
 - h) Tiene muchas implicaciones para un amplio rango de problemas_ prácticos.
 - i) Puede crear o mejorar un instrumento para la observación y - análisis de datos.
 - j) Proporciona posibilidades para una explicación fructífera con técnica conocidas.

II. Marco Teórico de trabajo.

1. Describir la relación del problema con un marco teórico de trabajo.
2. Demostrar la relación del problema con investigaciones anteriores.
3. Presentación de hipótesis alternativas consideradas factibles - dentro del marco teórico del trabajo.

III. Las hipótesis

1. Establecer claramente las hipótesis seleccionadas para la prueba.
2. Indicar la importancia de las hipótesis probadas, en el avance - de la investigación y la teoría.
3. Definir conceptos o variables (preferentemente en términos operacionales).

- a) las variables dependientes y las independientes deben distinguirse unas de otras.
- b) Especificar las escalas, en que las variables se van a medir -- (cuantitativas, semicuantitativas y cualitativas).
- c) Describir los posibles errores y sus consecuencias.
- d) Anotar la gravedad de posibles errores.

IV. Diseño del experimento

- 1. Describir el diseño ideal o diseños ideales, con especial atención al control de variables intervinientes.
- 2. Describir el diseño operacional seleccionado.
 - a) Describir los estímulos, sujetos, medio ambiente y respuestas, en función de los objetos, eventos y propiedades necesarias -- para su especificación.
 - b) Describir como se llevará a cabo el control de variables intervinientes.
- 3. Especificar el nivel de confianza deseado.

V. Procedimientos de muestreo.

- 1. Describir las muestras experimentales y de control.
 - a) Especificar para qué población serán aplicables las hipótesis.
 - b) Explicar y determinar el criterio a seguir para establecer el tamaño y tipo de muestra.
- 2. Especificar el método de sorteo o selección de la muestra.
 - a) Especificar la importancia relativa del error de muestreo.
 - b) Estimar los costos relativos para varios tamaños y tipos de -- muestras, admitidos por la teoría.

VI. Técnica de obtención de datos

- 1. Describir las variables cuantitativas mostrando la validez que -- tengan del fenómeno estudiado. Describir los medios de identifi- cación de las variables cualitativas.
- 2. Incluir lo siguiente en la descripción de cuestionarios o cédulas, si son usados en la investigación.
 - a) Número aproximado de preguntas que se van hacer mediante el -- cuestionario.
 - b) Tiempo necesario para la entrevista.
- 3. Incluir lo siguiente en la descripción del procedimiento de la -- entrevista, si esta es usada.
 - a) Medios de obtener la información. Por ejemplo: por la entrevista directa toda, o en parte por correo, teléfono u otros -- medios.
 - b) Características particulares que deben poseer los entrevistados o impartir cierto tipo de enseñanza antes de la encuesta.
- 4. Describir el uso que se va a hacer del estudio piloto, las pruebas preliminares.
 - a) Importancia del control de los rechazos, error de las respues -- tas falsa información

VII. Guía de Trabajo.

1. Preparar la guía de trabajo con las estimaciones de tiempo y pre supuesto.
 - a) Planeación.
 - b) Estudio Piloto y pruebas preliminares.
 - c) Diseño de la muestra
 - d) Preparación de los materiales de observación.
 - e) Selección y entrenamiento del personal
 - f) Plan experimental.
 - g) Revisión de los planes
 - h) Recolección de datos.
 - i) Procesamiento de los datos.
 - j) Preparación del informe final.
2. Estimar el total de hombres-hora y costos.

VIII. Análisis de los resultados.

1. Técnicas específicas de análisis.
 - a) Uso de tablas, calculadoras, computadoras, etc.
 - b) Uso de las diferentes técnicas estadísticas.
 - c) Uso de técnicas gráficas y tablas que van a contribuir.

IX. Interpretación de resultados.

1. Examinar en qué forma se comprobarán las conclusiones y aumentarán la teoría.

X. Publicación de resultados.

1. Escribir los resultados, de acuerdo con lo requerido por el consumidor de la investigación.
2. Seleccionar parte de los resultados para su publicación, tratando de que sean los más importantes para el problema, presentándolos en lenguaje claro y conciso.

La investigación en el campo médico debe de contemplar principios, _
mismos que fueron propuestos por principios éticos por la Asociación
Médica Mundial en Helsinki en 1964. Estos principios dan base para la
investigación médica, pero en base a la siguiente declaración se
abre el campo para las disciplinas paramédicas, como es el trabajo
social "la salud de mi paciente será mi primera consideración... las
acciones y recomendaciones que pudiera debilitar la resistencia física
o mental del ser humano, pueden ser usadas solo para el propio beneficio

del paciente en cuestión".

Principios básicos

(descartando los que se refieren a aspectos netamente clínicos).

1. La investigación debe ser llevada a cabo solamente por personas calificadas y bajo la supervisión de un clínico experimentado.
2. Es obligación del investigador permanecer como el protector de la vida y la salud de la persona.
3. La naturaleza, el propósito y el riesgo de la investigación_ debe ser ~~explicada~~ explicada al sujeto.
4. El investigador debe respetar el derecho de cada individuo para salvaguardar su integridad personal.
5. El investigador o el grupo investigador debe suspender el estudio si a su juicio pudiera ser nocivo para el individuo o el grupo.

Dentro del marco legal mexicano existen también principios que rigen la investigación científica para la salud, mismos que deben ser aceptados en las investigaciones sociales dentro de este campo.

Código Sanitario del Gobierno Mexicano

Título Noveno

De la Investigación para la salud

Artículo 187. La Secretaría de Salubridad y Asistencia, realizará y promoverá investigación científica que contribuye al conocimiento

de los procesos normales de los seres humanos, al estudio de las técnicas y métodos que se recomiendan o emplean para el tratamiento de las enfermedades, a la protección y restauración de la salud y a la rehabilitación de los inválidos. Al efecto, creará los organismos necesarios y estimulará el funcionamiento de los establecimientos nacionales dedicados a este fin y podrá celebrar convenios con otras entidades, para llevar a cabo programas de investigación científica en esta materia.

Artículo 191. En caso de que la investigación implique algún riesgo, será indispensable el consentimiento por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, libre de toda coacción y después de que se le haya explicado claramente el procedimiento a seguir y sus peligros. En caso de incapacidad legal del sujeto a estudio, se deberá obtener consentimiento por escrito de su representante legal.

Artículo 192. El sujeto en quien se realice la investigación podrá dar por terminada aquella en cualquiera de sus etapas.

Artículo 195. La investigación clínica en seres humanos, que se realice en contravención a los dispuestos en este Capítulo, hará incurrir el responsable, en las sanciones administrativas o penales correspondientes.

Con estos artículos se pone de manifiesto el riguroso cuidado en la investigación con seres humanos, mismo que no se debe omitir en las investigaciones sociales, por lo que estas deben ser asesoradas y diseñadas con amplio criterio científico, humano y profesional.

CAPITULO VI
PROYECTO DE PROGRAMA ENCAMINADO A LA SALUD FISICA
Y MENTAL DEL MENOR HOSPITALIZADO

Como fue analizado anteriormente, la investigación debe ser motivo de gran atención por parte del trabajador social, con el objeto de contar con los conocimientos indispensables que dan base a que se contribuyan a solucionar problemas que se encuentran apegados a una realidad particular y, este conocimiento así servirá para la elaboración de los programas y de igual manera sustentarlos sobre bases técnicas y en función a una realidad.

6.1. Los Programas en Unidades Hospitalarias de Especialidad Pediátrica.

Los programas de Trabajo Social Médico Hospitalario en Unidades Pediátricas se pueden clasificar de la siguiente manera:

a) Desde el punto de vista descriptivo:

Son programas integrativos. Por su tendencia particular al abordaje de la problemática del paciente desde un punto de vista Biopsicosocial y muchos de los casos son de sarrollados interdisciplinariamente.

Son programas adaptables. Al poner primordial atención a la dinámi
ca grupal y evaluación de los mismos, no se ajustan a políticas institucionales sino son apoyados por éstas.

Multifuncionales. Al servir, si sus objetivos así los plantean, como grupos de orientación, información y terapéuticos.

B) Desde el punto de vista Geográfico o Cobertura:

Programas Institucionales. Generalmente propuestos por órganos di-
rectivos del Sector Salud y se desarrollan en la Unidad y en todas las Unidades Hospitalarias.

Programas Locales. Los que son propuestos en función a una necesidad específica, siniestros, epidemias, etc.

Programas Generales. Los que se desarrollan en todo el Hospital in-
dependientemente de los programas particulares - por servicio. Son los programas Generales del De
partamento de Trabajo Social Médico y programas - de trabajo.

Programas Departamentales. Los establecidos en el área específica
de trabajo y se ajusta al trabajador social.

Programas Específicos. Son programas diseñados por el profesional en
trabajo social en atención a una problemáti
ca.

Los programas que se desarrollan en estas instituciones son desarrollados y promovidos por trabajadores sociales, pero que se ajustan técnicamente a lo propuesto por el Profesor Ramón G. Bonfil (en su importante trabajo para las misiones culturales e indígenas en México), es decir surgidos en base a:

1. Programas promovidos por la población atendida.
2. Programas inducidos. Programas o grupos que espontáneamente surgen de los niños o sus familiares.
3. Programas de un fin concreto. Cuando el programa se propone un sólo fin.
4. Programas con fines múltiples.

Con el objeto de ejemplificar operativamente la clasificación de los programas desarrollados en las Unidades Hospitalarias de atención pediátrica de 3º nivel se desarrollan algunos programas propuestos en ellas.

A) Desde el punto de vista descriptivo:

Programa integrativo:

Programa del Servicio de Pediatría Médica Lactantes.

Justificación. Tomando como base que las principales causas de mortalidad infantil en nuestro país son originadas por enfermedades gastrointestinales y desnutrición y que el origen de las

mismas están condicionadas por la insalubridad del medio en que se desarrolla el menor, escaso conocimiento de los padres de las mínimas reglas de higiene, patrones tradicionales de alimentación que inciden en la desnutrición y un inadecuado uso del presupuesto familiar. Lo cual repercute como problema social, entre las causas más frecuentes se puede mencionar:

- a) desnutrición.
- b) Bajo nivel Socio-económico y cultural
- c) Familia numerosa.
- d) Hogar desintegrado
- e) Antecedentes de alcoholismo en el área paterna
- f) Pasividad en la madre del paciente.

Lo expuesto hace que la labor de la Trabajadora Social dentro del equipo de salud en el Servicio de Pediatría Médica lactantes sea de factor primordial, para que su aporte profesional en la investigación social logre formular un diagnóstico integral que redunde en beneficio del paciente.

Objetivo General.

1. Participar con el equipo de salud y coadyuvar en el tratamiento integral del paciente y núcleo familiar.

Objetivo Específico:

1. Que los familiares de los pacientes se integren al medio hospitalario.
2. Lograr que los familiares participen activamente en las indicaciones médico-sociales.

Del Objetivo General:

Metas

1. Realizar el 90% de los estudios médicos sociales solicitados por médico tratante.
2. Atención Social al 100% de casos que lo ameriten.

Del Objetivo Específico:

- a) Proporcionar al 80% de los familiares orientación de la visita hospitalaria.
- b) Integración a padres o grupos de orientación.

Límites:

Espacio. Hospital, área de Pediatría Médica Lactantes.

Tiempo. Abarca del 1º de enero al 31 de diciembre.

Universos de Trabajo. Dirigido a pacientes y sus familiares.

Recursos:

Humanos: Un Jefe del Servicio, clínico Médicos de Base, Médicos residentes, personal de Enfermería, una Dentista, una Supervisora de

Trabajo Social, Asistente Médica, una Trabajadora Social Turno Matutino.

Materiales. Equipo, Escritorio, Máquina de Escribir.

Papelería. Papelería inherente al servicio.

Técnicos. Cédulas, cuestionarios y material didáctico.

Organización

El responsable del programa será el Director de la Unidad y quien delegará en la Jefe o encargada de Trabajo Social y en ausencia de la última la Trabajadora Social que sustituya.

Procedimientos

La metodología que se aplicará será la de casos y de grupo. En el de casos de participación de la Trabajadora social está encaminada a realizar el estudio Médico Social y manejo adecuado de los problemas que involucran factores socio-económicos ambientales y psicosociales que estan interfiriendo en el estado de salud del paciente y sus familiares detectándose a través de la entrevista directa que se hace al ingreso al Servicio.

En el método de grupo se realiza formación de grupos para orientación de la visita hospitalaria y orientación específica (1) planificación familiar (2) como grupo educativo donde participa el equipo de salud.

Actividades Técnicas

1. Pasar visita médica. Para detectar oportunamente problemática médico-social.
2. Revisión de Ingresos y expedientes clínicos.
Detectar irregularidad administrativa.
3. Visita domiciliaria cuando el caso requiera a indicación médica.
4. Notas de Trabajo Social donde quedan registradas las actividades realizadas e integradas a expediente clínico.
5. Regularización de trámites de Carta de Obligación de Pago.
6. Estudio Socioeconómico por Carta de Obligación de pago.
7. Promoción del programa de donación altruista de sangre.
8. Asistencia a supervisión individual.
9. Asistencia a junta informativa de trabajo social.
10. Participación en sesiones bibliográficas en el departamento de Trabajo Social.
11. Asistencia a sesiones Generales del Hospital.

Actividades Administrativas

1. Solicitud de expediente clínico a otras Unidades a indicación médica.
2. Manejo de las defunciones
 - a) Entrega de Certificados de defunciones
 - b) Orientación funeraria
 - c) Trámite Oficial cuando el caso lo requiera
 - d) Apoyo al médico para solicitud de necropsia

- e) Acciones de la Trabajadora Social para que el expediente clínico sea integrado y enviado a servicios de patología.
 - f) Entrega de documentación para salida de cadáver (registro de la libreta de las defunciones).
3. Localización a familiares por indicación médica o por trámites administrativos.
 4. Expedición de citatorios, constancias de Hospitalización, pases de 24 horas y de horario normal.
 5. Entrega informe mensual de la productividad.

Evaluación.

Simultánea: Esta se realizará los fines de cada mes y al finalizar el año.

Interna: Se realizará por integrantes del equipo de salud.

Cualitativa: Lo realizará la supervisora de Trabajo social simultáneamente mediante la revisión de expediente clínicos, nota de Trabajo Social, estudios médicos sociales y visita médica.

Indices.

100 % MB

90 % B

80 % REGULAR

70 % INSUFICIENTE

Programas adaptables. En forma general todos los programas son adaptables.

Programa Multifuncional. Programa específico de Trabajo Social en la clínica de Insuficiencia Renal Crónica.

Introducción

Los pacientes con padecimiento de Insuficiencia Renal Crónica representan un problema Social de importancia aún cuando en este Hospital, no se numeran cifras elevadas de esta enfermedad. Pero debemos tomar en cuenta el desequilibrio que propicia a nivel familiar de gran trascendencia.

Justificación

Tomando en cuenta el tipo de enfermedad que es la Insuficiencia Renal Crónica en los niños, su larga evolución, las frecuentes hospitalizaciones de los pacientes, lo que motiva un desequilibrio en la dinámica familiar con alteraciones psicosociales de importancia, por lo que surge la necesidad de crear un programa específico, coordinado permanentemente con los integrantes del equipo de salud.

Objetivos

1. Integrar el grupo de Insuficiencia Renal Crónica.
2. Obtener conocimientos sobre el medio familiar en que se desenvuelve el paciente y las consecuencias psicosociales originadas por el padecimiento.

3. Detectar el grado de conocimiento que tienen los familiares y el paciente sobre insuficiencia Renal Crónica.
4. Capacitar al paciente y familiares sobre el manejo y aceptación del padecimiento a nivel familiar.

Metas

1. Lograr que el 100 % de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Servicio de Nefrología Pediátrica se integran al grupo.
2. Que le 100 % de los pacientes integrados al grupo de Insuficiencia Renal Crónica cuenten con Estudio Médico Social completo.
3. Lograr que el 100 % de los integrantes del grupo, obtengan conocimiento sobre Insuficiencia Renal Crónica, manejo, capacitación y aceptación del padecimiento.

Política

Integrar a familiares y pacientes al programa de la Clínica de Insuficiencia Renal Crónica.

Organización

La responsable del programa será el Jefe del Servicio de Nefrología, Trabajadora Social Asignada al Servicio.

Recursos Humanos

El programa se llevará a cabo por medio del Equipo de Salud,

Psicólogo, Psiquiatra, Médico Nefrólogo y Trabajo Social.

Recursos Físicos

Mobiliario del Hospital y material de apoyo necesario, como registro de pacientes, cuestionario de Pre y Postmedicación, pruebas y test Psicológicos, etc., carpeta de central individual manejado por la Trabajadora Social.

Límite de tiempo

El grupo tendrá duración del 1º de Enero al 31 de diciembre.

Límite de Espacio.

Servicio de Nefro-Pediatría

Universos de Trabajo

Familiares y pacientes con Diagnóstico final de Insuficiencia Renal Crónica, que asisten al Hospital.

Además se llevará control de familiares y pacientes con Diagnóstico. Inicial de probable Insuficiencia Renal Crónica.

Funciones y Actividades

Procedimientos con familiares de pacientes con Diagnóstico final de Insuficiencia Renal Crónica. Los participantes del grupo serán. Psicólogo, Psiquiatra, Trabajadora social y Médico Nefrólogo. Las

sesiones tendrán duración de una hora (11 a 12 hrs. los lunes de cada semana).

1. Todo paciente que incorpore al grupo, deberá tener Estudio Médico Social, elaborado previamente por la Trabajadora Social.
2. En la primera reunión será aplicado el cuestionario de Pre-medición con los objetivos planteados al inicio.
3. La Trabajadora social al inicio de cada reunión llevará control de asistencia por medio de registros que completen los datos necesarios.

Formación del Grupo

Las reuniones se llevarán a cabo con los familiares de los pacientes que se encuentren hospitalizados o en diálisis. La Trabajadora Social, realizará motivación y concientización, enfatizando en el Objetivo que se persigue, la importancia, del beneficio y ayuda que recibirán paciente-familia, con su participación y asistencia constante en el grupo.

Funciones y Actividades con Pacientes con Diagnóstico de Probable Insuficiencia Renal Crónica.

El control que llevará con los familiares y pacientes con diagnóstico de probable Insuficiencia Renal Crónica una vez que el Médico, comunica a la Trabajadora Social adscrita al servicio sobre los pacientes que presentan este diagnóstico. La Trabajadora Social captará en una libreta nombre, número de afiliación y domicilio. Realizará en-

trevistas con el paciente con el objeto de conocer el tipo de relación que tiene con su familia. Posteriormente se realizará estudio Médico Social enfocado a la dinámica familiar, mismo que se anexa al expediente con copia en carpeta individual manejada por la Trabajadora Social. Posteriormente la familia se deriva al Servicio de Higiene Mental de la Unidad.

Supervisión

La supervisión será directa por el Jefe del Servicio, Supervisora de Trabajo Social y mediante el informe Mensual que se entrega a la Jefatura de Trabajo Social.

Evaluación

Se harán de dos tipos de evaluación

Cualitativa

Mediante cuestionarios de Pre y Post-medición aplicado a los asistentes a las reuniones en forma bimestral lo que permitirá determinar el nivel de conocimiento de la enfermedad, y el grado de aceptación del mismo.

Cuantitativa

Se elabora control de los grupos formados en el mes y número de asistentes.

B) Desde el punto de vista Geográfico o de Cobertura.

Programa Institucional: Programa Institucional de Planificación familiar en el Hospital General Centro Médico La Raza.

1. Justificación

Dadas las características de la población local y foránea atendida en el Hospital entre ella, el gran número de mujeres y hombres en edad fértil, tanto de pacientes como familiares el Departamento de Trabajo Social Médico se compromete a realizar el presente programa.

Tomando en consideración la estancia hospitalaria de los pacientes en los diferentes Servicios, con el fin de reforzar las orientaciones proporcionadas en las Unidades de primero y segundo nivel de atención Médica y con esto coadyuvar el equilibrio demográfico y la disminución de la patología social, realizando acciones de promoción, y orientación para una mejor utilización de los recursos del Instituto Mexicano del Seguro Social.

2. Objetivos

- 2.1. Sensibilizar, educar y orientar a las personas asistentes sobre la paternidad y maternidad responsables.
- 2.2. Orientar a la población respecto a la existencia y adquisición de los métodos anticonceptivos para evitar embarazos no deseados.
- 2.3. Canalizar a las personas y/o parejas que desean planificar su familia a las Unidades indicadas para su atención.

3. metas a un Mes

Organizar 28 grupos de derechohabientes

Realizar 604 entrevistas

4. Límites

4.1. Dirigido a pacientes y visita General de hospitalización en la Unidad.

4.2. Límites de tiempo: De enero a diciembre de 1985.

4.3. Límites de espacio: Sala de día de cada piso.

5. Actividades

5.1. Jefe de Trabajo Social

Piensa, organiza, dirige y coordina las actividades con el Comité de Planificación Familiar de la Unidad.

Establece comunicación con la Supervisora Delegacional de Planificación Familiar.

Evalua y Retroinforma los resultados generales del programa -- mensualmente al Comité.

5.2. Supervisora de Trabajo Social

Programa y Calendariza las actividades del grupo operativo.

Supervisa los registros de Información de las acciones realizadas.

Evalua mensualmente los logros obtenidos en el área operativa.

5.3. Trabajadora Social

5.3.1. Realiza acciones de promoción

Sensibiliza e integra al grupo a los familiares de los pacientes hospitalizados.

Aplica el Instrumento de Pre-evaluación

Expone en forma completa, clara y sencilla el tema de Planificación Familiar.

Aplica Técnicas grupales para llevar a cabo retroinformación.

Controla la Asistencia grupal

Entrevista individualmente a las personas no usuarias.

Informa a los interesados sobre el servicio indicado al que deben asistir de acuerdo al método deseado.

Aplica el Instrumento de post-medición.

Elabora crónica de grupo.

5.3.2. Entrevista Individual

Establece a través de la primera entrevista en los servicios de Urgencias y Hospitalización, comunicación con el familiar y/o paciente a efecto de conocer la información que tenga recuperación sobre planificación familiar

Informa a los interesados de los recursos con que cuenta el I.M.S.S.

Deriva a los familiares a las Unidades que proporcionan la atención requerida

Registra acciones en los instrumentos de Información — que establezca la Jefatura Delegacional de Planificación Familiar.

6. Organización.

6.1. El Comité de Planificación familiar se encuentra integrado por las siguientes personas. Director. Es el responsable ante la -

Jefatura Delegacional de Planificación Familiar.

Jefe de Cirugía. El Jefe del Servicio de Cirugía General. Coordinador del Comité, al quien se le entregarán los informes mensuales, los mismos que enviará a la Jefatura Delegacional de P.F. los cinco primeros días de cada mes.

Jefe del Departamento de Trabajo Social Médico, será la responsable de la supervisión, evaluación y retroalimentación de la ejecución del programa.

El personal médico comisionado, será el responsable de la realización de los métodos definitivos.

6.2. Días de Reunión grupal

(martes y jueves en hospitalización)

6.3. Horario de 11:00 a 11:30

6.4. Recursos

6.4.1. Humanos:

Cuerpo de Gobierno

Trabajadoras Sociales

Población derechohabiente

6.4.2. Materiales:

Pizarrón, rotafolio, folletos, impresos, proyector

15 mm. sonoro y transparencias, muestrario.

6.4.3. Técnico:

Asesoras Delegacionales PPF, bibliografía, instructivos.

7. Evaluación

7.2. Cualitativa: a través de supervisión directa a la exposición; así como el asistir a juntas programadas con el Comité de P.F.

con el fin de retroinformación.

7.2. Cuantitativa: a través de las formas PPF 008/2/84, se cuantifica el número de grupos organizados y número de entrevistas realizadas en relación a la promoción; así como del número de casos que ingresan al programa.

7.2.1. Se cuantifica el número de intervenciones quirúrgicas - por método definitivo en la Unidad y en la Gineco obstetricia Núm. 3 de los casos canalizados por personal de la Unidad.

Programa General

Programa General de Donación Familiar de Sangre.

Justificación;

Dado que para complementar el tratamiento médico de algunos pacientes se requiere de sangre total o sus productos, se hace necesario implantar un programa en el cual la participación de Trabajo Social en el equipo de salud sea con fines de Sensibilización y promoción dirigido a familiares de los pacientes hospitalizados.

Objetivo General:

Contribuir a incrementar la donación para el Banco de Sangre cuente con las reservas necesarias para satisfacer oportunamente a los requerimientos de este tejido.

Objetivo Específico:

Participar con el equipo de salud y coadyuvar para que los familiares acepten donar sangre de un buen grado de beneficio de su paciente hospitalizado.

Metas a un Mes:

- Realizar promoción en un 90 % en todos los ingresos.
- Obtener el 90 % de donación efectiva en relación al consumo total del Hospital.

Queda entendido que si por alguna circunstancia la política general de salud establece una participación mayor, estas metas se adecuarán a dicha demanda.

Límites:

Universo de Trabajo: Dirigido a familiares y personas allegadas a los pacientes hospitalizados, observación y programados para cirugía.

De Tiempo. De enero a diciembre de 1985.

De espacio. Sala de día de cada piso, sala de espera de Urgencias, Pediatría y Admisión.

Recursos:

Humanos: Trabajadoras Sociales del Turno Matutino y Vespertino, Médicos de base y Jefes de servicio.

- | | |
|----------------------|--|
| Materiales. - Equipo | - Folletos |
| - Proyector | - Tarjetas |
| - Transparencias | - Posters |
| - Rotafolio | - Guía de reclutamiento o de donador familiar. |
| - Cartulinas | |
| - Papelería de apoyo | |

Actividades:

De la Trabajadora Social

- Organiza y calendariza el grupo y actividades en coordinación con el médico.
- Realiza la promoción del programa e incorpora el grupo a los familiares y acompañantes de los pacientes hospitalizados.
- Participa exponiendo en forma clara y precisa los aspectos sociales de la donación familiar.
- Controla la asistencia grupal y dinamiza la ejecución del programa.
- Acompaña al Banco de Sangre a los familiares que espontáneamente deseen donar para que sean atendidos de acuerdo al fluxograma.
- Corroborar si donan o no mediante el seguimiento de casos en Banco de Sangre.

Del cuerpo Médico

- Los médicos tratantes serán los que detecten las necesidades del producto y a su vez indicarán a los familiares la necesidad de que donen y los canalizarán con el personal de Trabajo Social correspondiente para ampliar la información.

Organización

Director. El responsable del Programa

Jefe de Servicios. Responsable de la aplicación del programa.

Jefe de Trabajo Social Médico. Responsable de la ejecución del programa y retroinformación al personal.

Días de reunión grupal. Lunes en hospitalización

Jueves en Urgencias

Miércoles en Admisión

Horario (11:00 a 11:30)

Contenido. El programa consiste en una plática de 30 minutos de duración compuesta por aspectos relacionados a la donación de sangre.

Evaluación

Cuantitativa

A través del informe mensual enviado por Banco de Sangre. Se cuantifica el número de grupos organizados y el número de entrevistas.

Programa Específico:

Programa de Orientación General y Apoyo Emocional a los familiares y Pacientes del Servicio de Hematología del Hospital General del Centro Médico la Raza.

Antecedentes:

El servicio de Hematología atiende niños desde meses de nacidos

hasta los 18 años de edad. Los diagnósticos más frecuentemente atendidos son: Leucemia Aguda linfoblástica, Púrpura Trombocitopénica, Hemofilia y Anemia Aplástica. Los requerimientos del tratamiento, así como la irreversibilidad de algunos de los anteriores conlleva a la atención de enfermos crónicos con sus consecuentes reingresos, lo que a la vez propicia su desequilibrio emocional al tener que suspender sus actividades rutinarias como pueden ser las de tipo escolar y convivencia con familiares y/o amistades.

Además, los efectos del tratamiento y estudios practicados pueden producir en ellos diferentes reacciones ampliamente estudiadas como depresión, agresividad, afeminamiento, regresión, dependencia aumentada, sentimiento de inferioridad y retraimiento con respecto a los contactos sociales. Agregado a lo anterior encontraremos las siguientes manifestaciones en los padres como sentimientos de culpa, congoja, aceptación, pesar crónico, y diversidad de conductas que pueden conducir a la dificultad en controlar las reacciones o conductas de los hermanos, dificultad en la atención día tras día del niño, disimilitud en la intensidad o clase de sentimiento, etc. Todo lo cual ha llevado en ocasiones a actitudes sobreprotectoras que hacen perder el control sobre los pacientes, revelándose entonces ante el tratamiento y adoptando en su hogar actitudes de hostilidad o de franca agresión hacia sus progenitores.

Actualmente no existe programación de tipo educativo u ocupacional

ni con los familiares ni con los pacientes que les ayuden a manejar de mejor manera su estancia hospitalaria y su relación y apoyo en su hogar. Lo único a su alcance es la Clínica de la Hemofilia y la actividad recreativa que proporciona el Cuerpo de Damas Voluntarias los días martes. Por lo tanto no se ha formentado interés en los pacientes en cuanto a alguna actividad manual que ejerza influencia en su vida rutinaria, frenando con ello un poco su actividad natural.

La visita de los familiares a las salas es de tipo permanente a excepción de 8 a 11 hrs., lo que genera en algunas ocasiones fricción con los familiares al insistir ellos en su permanencia en la sala con su paciente y a la vez la ansiedad de ellos ante la retirada.

Justificación

De acuerdo a lo anterior es muy necesario trabajar con los familiares lo relativo a reducir y ocultar la ansiedad por la enfermedad para que así estén en mejores condiciones de ayudar al niño, y a la vez colaboren mejor o adecuadamente con el personal. Además como ya se dijo, concomitante a la presentación de la enfermedad pueden surgir los sentimientos de culpa en los padres que pueden conducirlos a situaciones problemáticas que inicien o agudicen la disfuncionalidad familiar, lo cual tratado oportunamente ya sea de manera individual o grupal, puede desterrarse y encaminar a las familias hacia un mejor tratamiento de los problemas, lo que redundará definitivamente en la atención y evolución del paciente.

Referente a los pacientes existe también la necesidad de atender la alteración de su conducta, pues la sobreprotección que generalmente existe de los padres hacia ellos por las situaciones ya expuestas ocasionan se diluya la autoridad y dejen de marcarse límites a los mismos. Por lo que es fundamental trabajar este aspecto preferentemente en grupo.

Otra situación relacionada ya directamente con los pacientes son las actividades propias de su etapa evolutiva por la que atraviecen, lo cual llega en ocasiones a causarles algunos reingresos, por lo que es conveniente sensibilizarlos hacia alguna manualidad que ejerza influencia en su vida rutinaria evitándoles de esta manera recaídas. Además las manualidades o actividades recreativas tienen la ventaja de distraerlos de la preocupación de su enfermedad y mantener su sentido de identidad con la sociedad a través del contacto con compañeros, facilitando a la vez la liberación de energía y ansiedad.

El abordaje de los factores etiológicos de la enfermedad, así como la información sobre los cuidados generales y el abordaje del manejo de aspectos psicosociales puede contribuir a desterrar lo ya señalado en cuanto a sentimientos y actitudes negativas de los padres, lo que a la vez repercutirá en una mejor aceptación y manejo de los pacientes.

Objetivos

- Orientar a los familiares en cuanto a normas y procedimientos del servicio, contribuyendo así al bienestar de los pacientes y al buen funcionamiento del mismo.
- Formar grupos de familiares de los niños para orientarlos en cuanto a generalidades del padecimiento, medidas preventivas y aspectos de salud mental que les habiliten para atenderlos de manera adecuada y oportuna.
- Que los propios familiares definan los criterios de normatividad de conducta con sus hijos, de manera que les resulte satisfactoria la convivencia con ellos.
- Que los pacientes diluyan su angustia y se retraigan un poco de su padecimiento.

Metas

- Que el 90% de los familiares asistan a la orientación general.
- Que el 75 % se integren a la orientación específica.
- Que el 70 % de los pacientes se integren a los grupos de manualidades.

Límites de Espacio

La sala de espera provisionalmente puede utilizarse, aunque resulta poco adecuada debido al nivel de ruido y acceso de otros familiares que puede resultar limitante para la expresión de inquietudes.

Límites de Tiempo

Las sesiones de orientación general se realizarán los días lunes, dependiendo de que haya pacientes de nuevo ingreso. Se efectuará de 8.30 a 9.30 am.

Las de orientación específica serán: sobre leucemia el primer martes de cada mes; Anemia Aplástica tercer jueves de cada mes; Púrpura Trombocitopénica y Hemofilia el cuarto viernes de cada mes. Todas ellas de 8 a 9 a.m.

Se iniciará el programa el 1º de octubre de 1984 y se concluirá el 30 de septiembre de 1985.

Actividades

La coordinación de todas las actividades estará a cargo de la Trabajadora Social responsable del servicio. Para la organización de los grupos de primer nivel, se realizará una invitación verbal y/o escrita a los familiares de los pacientes.

Esta orientación quedará a cargo de la Trabajadora Social, quien enfatizará la importancia de proporcionar atención, cuidado y afecto al paciente durante su estancia hospitalaria, y a la vez informará sobre normas y procedimientos de la visita familiar. La orientación específica estará a cargo de un Médico residente y una Trabajadora Social. El primero explicará lo relativo a aspectos etiológicos,

cuidados y complicaciones de los padecimientos señalados, y la segunda abarcará la importancia y repercusión de los aspectos psicológicos y sociales.

Los grupos formados podrán ser de familiares de niños hospitalizados o de los que se controlan en la consulta externa. Para la integración de estos grupos se realizará la promoción por medio de cartelones, a través del personal, o por medio de entrevistas individuales a los familiares. La actividad manual con los pacientes será impartida por personal de algún Centro de Seguridad Social de los que les corresponde de la Delegación 2. Actualmente se ha hecho solicitud a los centros Hidalgo, Legaria y Tlatilco. Se pretende sean sesiones de 2 horas tres veces por semana. La integración de los pacientes a estos grupos será de tipo voluntario. La asistencia a los grupos será registrada para posteriormente elaborar gráficas

La actividad de los grupos de orientación específica está registrada en crónicas que facilitará la evaluación cualitativa y cuantitativa.

La Trabajadora Social efectuará coordinación con la Jefatura del servicio de Hematología quien designará a los ponentes y de acuerdo con ello se realizará una calendarización de actividades. Finalmente se considera conveniente continuar colaborando en la Clínica de Hemofilia de acuerdo a lo establecido.

Recursos

Materiales. Se requerirá de una caja de gises, un borrador, un pizarrón, doscientos folletos de instructivos de la visita, quince cartulinas mil hojas blancas, veinte lápices, dos cajas de lápices de colores, diapositivas necesarias.

Locales y Equipos. Sala de espera del 9º piso y proyector de transparencias.

Humanos. Participación en el programa: Jefe del Servicio, un Médico residente y una Trabajadora Social.

Evaluación

La actividad de los grupos de primer nivel se evaluará considerando el número de ingresos de primera vez a la sala. La evaluación de los -- grupos formales será cualitativa y cuantitativa. En el área cuantitativa se tomará en cuenta el total de ingresos a sala. El aspecto Cualitativo será valorado de acuerdo a la exploración de lo captado en cada sesión y lo cual será resumido en las crónicas grupales.

La evaluación se hará simultánea a las actividades, y al semestre se integrará un informe preliminar para ~~saber~~ si el avance es satisfactorio, es decir si se están cumpliendo las metas propuestas. De acuerdo a lo anterior y a la vez la valoración del jefe de servicio, se continuará de la misma manera o se realizarán modificaciones. Al finalizar el programa se realizará una evaluación de afecto a lo anteriormente estipulado.

Control

La información será continua a los Jefes de Hematología y Trabajo Social respecto a los avances y problemas encontrados para la ejecución. Mensualmente se rendirá un informe de la asistencia a los grupos.

El desarrollo de los anteriores programas manifiesta objetivamente la importancia de la programación en Trabajo social Médico Hospitalario, de igual forma su clasificación ya que esta marca límites_ específicos al trabajo por desarrollar, y las pautas en el desarrollo de la actividad profesional.

6.2. Proyecto de Programa para Trabajo Social Médico Pediátrico

Con el objeto de esquematizar las actividades el Trabajador Social dentro del ámbito hospitalario de especialidad pediátrica se plantea un Proyecto General, mismo que se desarrolla mediante la descripción de un proyecto por cada área de Trabajo Social Médico.

Descripción General del Proyecto

Area Preventiva

Objetivos

Generales:

1. Proporcionar educación en medidas correspondientes que eviten la agudización del padecimiento y consecuentemente la hospitalización del menor.
2. Evitar el impacto psicoemocional de la hospitalización.

Específicos

1. Promover el ingreso de los padres y menores en los grupos orientación.
2. Propiciar la colaboración del niño y su familia en la conservación y mejoramiento de su estado físico.
3. Informar al menor y su familia sobre su padecimiento y hospitalización.
4. Aclarar dudas e inquietudes del niño en relación a su padecimiento y hospitalización.

Metas

1. Integración de un 80% de los niños y familiares que requieran orientación específica.
2. Orientar e informar en un 80% del total de pacientes programados para hospitalización.

Estrategias:

1. Integración del equipo interdisciplinario que sea necesario en la información y orientación de los pacientes y su familia.

2. Establecer coordinación entre médicos y trabajo social para la canalización de casos de hospitalización programada.

Políticas:

1. Lograr el apoyo y participación de los directivos.
2. Propiciar el apoyo y motivación del personal del grupo interdisciplinario y de servicios auxiliares.
3. Evitar generar confusión en el niño.
4. Evitar el surgimiento de inquietud e incremento de las mismas en el menor.

Actividades:

1. Elaboración de diagnóstico sobre la problemática en la que se va a incidir.
2. Elaboración de programas específicos.
3. Elaboración de materiales de apoyo.
4. Integración al equipo interdisciplinario
5. Detección de pacientes que ameriten atención social para control y evolución satisfactoria de padecimiento.
6. Elaboración de instrumentos de apoyo específicos: Entrevista o estudio inicial; Estudio médico social; fichas de identificación; control de seguimiento de caso; crónicas; materiales didácticos, etc.
7. Integración de estudios y seguimiento en expediente clínico.

8. Preparación anticipada sobre la orientación a niños programados para hospitalización y familiares.
9. Realizar visitas domiciliarias a fin de detectar el tipo de atención que se da en función a las orientaciones proporcionadas en caso de atención de tipo ambulatoria y para seguimiento de casos.

Recursos:

Físicos

1. Area consulta externa
2. Material de oficina.

Técnicos

1. Materiales didácticos.
2. Cuestionarios
3. Cédulas.
4. Formatos
5. Fichas de identificación

Humanos:

1. Cuerpo de gobierno
2. Personal Médico
3. Personal Paramédico y auxiliar
4. Trabajador Social
5. Estudiantes de Trabajo Social

Mecánica Operativa:

1. Detección del caso
2. Diagnóstico médico social
3. Atención médico social
4. Seguimiento del caso
5. Cierre del caso y/o canalización para su seguimiento

Evaluación

Programática

1. Proporcional a lo programado y lo obtenido

Educativa

1. Evaluativa en función a los resultados del seguimiento

Descriptiva

1. Mediante la cuantificación de casos programados para hospitalización y los que recibieron atención social.

Congruencia y suficiencia:

1. Programación en base a los objetivos que la especialidad y/o servicio requiera.
2. Programación y seguimiento específico en casos de reingreso.

Información

En función a lo requerido por::

1. La institución.
2. La jefatura de Trabajo Social.
3. El servicio o departamento.
4. Lo programado.
5. Las necesidades.
6. A juicio y criterio de la Trabajadora Social
7. Las necesidades del paciente y su familia.

Area Promocional

Objetivos:

Generales:

De información de:

- a) Organización y funcionamiento del Hospital
- b) Ubicación de los servicios.
- c) Atención y servicios que presta.
- d) Derechos y obligaciones

De integración a programas institucionales

- a) Donación familiar de sangre

- b) Madre participante
- c) Planificación familiar voluntaria
- d) Grupos educativos.

Específicos:

- 1. Proporcionar la información que requiera cada caso paciente-familiar.
- 2. Integración a programas específicos.

Metas:

- 1. Proporcionar en un 100% información de la institución de acuerdo a las necesidades del paciente y sus familiares.
- 2. Integrar en un 80 % de la población a programas Institucionales.

Estrategias:

- 1. lograr el apoyo del cuerpo de gobierno

Políticas:

- 1. Informar con honestidad y veracidad.
- 2. Integración de la población a los programas Institucionales con criterio profesional.

Actividades:

Generales:

- 1. Elaboración de Diagnóstico Situacional de la Institución

2. Establecimiento de programas específicos.

Específicos:

1. Elaboración del programa de Bienvenida
2. Entrega de instructivos en la recepción inicial.
3. Integración de resultados al expediente.
4. Integración de la familia y paciente a los programas Institucionales
 - a) De Planificación Familiar; en el área de Hospitalización en base a:
 - a:- Entrevista específica.
 - En caso a desición familiar, proporcionar orientación y canalización correspondiente.
 - b) Donación familiar de sangre en: Servicio de Urgencias, Hospitalización y casos que lo requieran.
 - c) Madre participante en: los servicios que lo requieran con adies-
tramiento previo y orientación.
 - c) Grupos Educativos, con orientación focalizada.

Recursos:

Físicos:

1. Area de consulta externa, urgencias y hospitalización.
2. Material de Oficina

Técnicos

1. Materiales didácticos.
2. Cédulas.

3. Trípticos.
4. Dípticos.
5. Instructivos.
6. Formatos de crónicas.
7. Formatos institucionales.

Humanos

1. Cuerpo de gobierno
2. Personal médico y paramédico
3. Jefatura de Trabajo Social
4. Trabajadora Social.

Mecánica Operativa:

1. Programación.
2. Detección de casos e ingresos al hospital
3. Entrega de información.
4. Aclaración de dudas.
5. Información de programas Institucionales
6. Decisión del familiar
7. Análisis del Caso
8. Orientación y/o canalización del caso.

Evaluación:

Programática:

En función a lo programado y los resultados.

Explicativa:

En consideración a lo programado y evaluación de la Trabajadora Social.

Congruencia y suficiencia:

1. Control de información a los pacientes de reingreso.
2. Canalización de casos que requieran metodología anticonceptiva específica.
3. Adecuación de información y tratamiento en los servicios que no lleven el programa de madre participante.

Información:

En función a lo requerido por:

1. La institución
2. La Jefatura de Trabajo Social
3. El servicio o departamento
4. Lo programado
5. Las necesidades.
6. A juicio y criterio de la Trabajadora Social.
7. Las necesidades del paciente y su familia.

Area Correctiva Rehabilitatoria

Objetivos:

1. Educar y orientar a menores que han sufrido algún tipo de disminución física.
2. Integración y aceptación del medio hospitalario por parte del niño en su tratamiento médico-hospitalario.
3. Coadyuvar en la recuperación médico-social del paciente y su familia.

Específicos:

Preparar al menor en el conocimiento de su problema físico y tratamiento. Identificación del niño de sus potencialidades. Preparar al menor en el conocimiento de la actividad profesional del personal y tecnología que se utilizará en su tratamiento y área de hospitalización. Motivación al personal al trato individualizado del paciente.

Metas:

1. Orientación y atención social del 100 % de los pacientes que lo requieran.
2. Lograr en un 90 % la integración del menor al médico hospitalario.
3. Orientación en el 100 % de los casos sobre la importancia del seguimiento del tratamiento médico.
4. Proporcionar en un 100 % de los casos la disposición positiva del paciente y su familia en el tratamiento.
5. Proporcionar atención en ~~casos~~ con problemática.

Estrategias:

1. Documentación apropiada en el planteamiento de programas.
2. Asistencia a cursos especializados.

Políticas:

1. Establecer relaciones positivas y creativas con el menor y su familia.
2. Propiciar relaciones positivas Personal-paciente-familia
3. Propiciar la participación, integración en el equipo interdisciplinario.

4. Apoyo coordinado en la atención de casos con problemática específica.

Actividades:

Generales:

1. Programación específica en el área y especialidad donde se realiza la actividad profesional.
2. Aplicación de técnicas en el manejo de crisis.

Específicas:

Detección de casos

Elaboración de Estudio Médico Social

Elaboración de diagnóstico.

Planteamiento específico del plan manejo caso y/o integración a grupos.

Educación del paciente y su familia gráfica y objetivamente (mediante láminas, esquemas, maquetas, material que se utiliza para su curación a fin de eliminar ideas falsas y fantasías).

Extensión del caso a padres familiares, ambiente escolar y amigos en el caso necesario.

Orientación gráfica y objetiva de su problemática, alternativas y posición en el hospital.

Aclaración de dudas.

Integración al grupo de orientación y tratamiento, recreativas y educativos.

Integración de resultados y seguimiento al expediente.

Recusos:

Físicos:

1. Area de hospitalización
2. Material de oficina

Técnico:

1. Material didáctico
2. Cédulas
3. Cuestionarios
4. Tests.
5. Graficas
6. Cartelones
7. Rotafolios
8. Muñecos.
9. Material de curación y tratamiento
10. Diseños y esquemas
11. Aplicación de técnicas y didácticas

Humanos:

Cuerpo de gobierno

Personal Médico y paramédico

Trabajadora Social

Profesores

Mecánica Operativa:

1. Detección del caso.
2. Proceso de investigación
3. Proceso de reflexión
4. Proceso de desición.
5. Proceso de acción.

Evaluación

Programática:

En función a lo programado y los resultados.

Educativa:

Mediante el control y análisis de los efectos del programa.

Explicativa:

En base a resultados y evaluación de Trabajadora Social

Congruencia y suficiencia:

1. Control evolutivo de los programas.
2. Control evolutivo del paciente y su familia.
3. Programas específicos en base a especialidad y avance del padeci—
miento.
4. Adecuación a los diferentes grupos de edad.
5. Adecuación de la información de acuerdo a tipo y formación del nú—
cleo familiar a padres y famiiares.

Información:

En función:

1. La institución.
2. La jefatura de Trabajo Social
3. El servicio o departamento
4. Lo programado.
5. Las necesidades.
6. A juicio o criterio de la Trabajadora social
7. Las necesidades del paciente y su familia.

En los proyectos descritos se describen esquemáticamente las actividades a desarrollar por áreas de actividad en Trabajo Social Médico que tienen como objetivo principal la atención directa al paciente y su familia, ubicando así en forma clara el proceso de atención social del niño hospitalizado y su familia.

CONCLUSIONES

1. Para ~~entender~~ la problemática del menor hospitalizado es necesario partir del concepto de enfermedad misma que tiene márgenes de relatividad, ya que no es simplemente la ausencia de salud, sino debe contemplarse el concepto particular dentro de un contexto social, educacional, sentido de valor, etc., analizando los mecanismos de adaptación del organismo al medio ecológico y también que desde un enfoque sociológico, el concepto de salud que también es relativo y variable debido al ambiente y circunstancias que mediante su estudio se puede hablar de un individuo sano o enfermo.

2. Es importante determinar la historia natural de la enfermedad para conocer en forma sistemática y estructural la serie de fenómenos con que el hombre se enfrenta desde su estado de equilibrio, estabilidad, adaptación o salud, el enfrentamiento que tiene con la enfermedad, hasta que ésta se manifiesta clínicamente y deja secuelas en él. Por lo tanto la salud no es estado al que llega en forma estática o natural, sino que dependerá del desarrollo de la sociedad, modificación del medio ambiente y las relaciones entre los individuos y factores que intervienen en el proceso salud-enfermedad en el menor.

Un factor que influye en la salud es el medio económico del niño, este forma parte de su ambiente sociocultural, ayuda a determinar la incidencia y pronóstico de sus enfermedades, la cantidad y calidad

de los recursos humanos y materiales que se utilizan para determinar sus riesgos de enfermedad y mortalidad. La familia es otro factor para determinar la salud en la infancia, que tiene las funciones de adaptación social y el cuidado del menor encaminado a cubrir las necesidades físicas y de efecto. La educación, factor interviniente en el proceso salud-enfermedad, tanto en general como la específicamente relacionada con la "Educación para la salud", es deficiente y esto aumenta los riesgos en la salud y es un obstáculo para combatir adecuadamente la enfermedad.

3. La atención médica depende significativamente del grupo social a que pertenece el menor y de las políticas de salud de dicho grupo social, considerando las impuestas por el sector público como las aceptadas culturalmente. El proceso en la atención del niño enfermo actualmente se rige por los niveles impuestos por el sector salud que son: Primer nivel, constituye la prevención, determinación y atención de la enfermedad desde el punto de vista de la medicina familiar; el segundo nivel, se refiere a la concentración de pacientes derivados del primer nivel que requieren servicios especializados en consulta externa y hospitalización; y el tercer nivel en el que se atienden pacientes con patología orgánica, concreta y específica que por su escasa frecuencia requieren para su estudio y tratamiento los recursos humanos y tecnológicos altamente especializados.

Este esquema rígido, en determinadas circunstancias limitado,

propicia que la atención hospitalaria no cumple en su totalidad con sus objetivos debidos a lo limitado de su capacidad y cantidad, además del mal aprovechamiento de los recursos humanos y materiales no cumpliendo también con los requerimientos o factores sociopsicológicos que refuercen las acciones de carácter tecnológico y administrativo en favor de la hospitalización del menor, estas circunstancias y la sobresaturación da como consecuencia una subestimación en la atención directa al menor.

4. Con la hospitalización, el menor siente una separación del mundo de los sanos de manera psicológica, social y física, que para él se convierte en una situación impactante y generadora^{ca} de crisis, propiciando un desequilibrio en su vida normal, situación que puede evitarse implantando medidas que logren su estabilidad emocional y su preparación para el ingreso al hospital.

Es importante destacar que el enfrentamiento que tiene el menor con el hospital, depende del tipo de estructura y dinámica familiar y así como la preparación y disposición del personal que lo atiende.

Generalmente en las alteraciones del menor hospitalizado se contempla solamente la relación paciente-hospital, no así las repercusiones de la hospitalización en su ambiente social, entendiéndolo como el entorno psicosociocultural en la familia, el grupo parental más próximo, la escuela y el grupo de amigo.

5. La unidad biopsicosocial del menor no es considerada por el personal médico y paramédico a fin de moldear acciones y conductas en el trabajo con el niño y adolescente durante su enfermedad y hospitalización; conductas que no se guían en base al proceso psicogenético y de las etapas de desarrollo y maduración intelectual, psicosexual y de estimulación descritos por diversas teorías, no dando así pautas a una verdadera actividad profesional.

6. La relación personal-paciente se ve alterada por la dinámica administrativa, social y psicológica de la organización de la Institución. No se da la importancia que requieren los cursos sobre técnicas de comunicación y de relación personal-enfermo, el mantenimiento de un clima de honestidad y cordialidad, actualización sobretécnicas en el manejo especializado hacia el menor enfermo, a fin de cumplir con las expectativas del paciente y su familia, además de una vocación médica y de servicio.

Independientemente de los aspectos psicocomocionales inherentes a la dinámica hospitalaria, se generan emociones en el personal médico y paramédico como: la frustración, ansiedad, rechazo al enfermo (cuando el personal no cuenta con el tiempo, elementos o intereses suficientes para dar el apoyo y atención que requiere el menor y su familia), sentimiento de omnipotencia, de ser manipulado, presión, afecto, evasión o escapismo, temor, identificación, empatía, prejuicios e independencia.

7. Las funciones y metodología del Trabajo Social Médico en Unidades pediátricas tiene como enfoque los problemas del niño y su familia que pueden ser carácter físico, emocional, social de los problemas de carácter económico y organización familiar. Asumiendo una actividad técnico profesional mediante metodología y técnicas tanto de la disciplina como generales y de acuerdo a los objetivos y las áreas (preventivos, asistencial, rehabilitatorio o correctivo, promocional, investigación y de enseñanza, además de planeación, asesoría y supervisión) participando así en la recuperación de los menores, prevención de enfermedades, la convalecencia, su rehabilitación física, emocional y social del menor y su familia.

8. Los objetivos en las Unidades Hospitalarias públicas y privadas tienen en común los siguientes objetivos: a) Atención Médica; b) Actividad Preventiva. y c) Actividad docente y de investigación.

Diferenciándose únicamente en sus objetivos de administración del hospital y económicos. La organización se establece con las jerarquías y departamentalización con el objeto de cumplir con los objetivos que cada hospital se plantea, en forma general son:

- a) Unidad normativa o central
- b) Cuerpo de Gobierno
- c) Unidades asesoras
- d) Departamentos

Las funciones y actividades estan en relación a la promoción general, prevención de las enfermedades, educación higiénica tanto interna como extrahospitalaria, el diagnóstico, duración de la enfermedad y la rehabilitación física, social y mental del menor. La función de docencia se cumple con actividades que abarcan todas las disciplinas del hospital y la función de investigación, se realiza en base a los recursos y de acuerdo a las especialidades y disciplinas existentes en el mismo.

9. A consecuencia del problema biológico en el menor que es la enfermedad y sus consecuente hospitalización, se generan alteraciones en la área psicológica y social en la primera desde el momento de ingresar al hospital se crea en él sentimiento de angustia, miedo a lo desconocido, ya internado carece de efecto directo. En el área social, se desliga del núcleo familiar y social teniendo que adaptarse el ambiente hospitalario, aclarando que de acuerdo a la edad del menor se determinará su adaptación y problemática biopsicosocial dentro de la Institución.

Se observa además que dependiendo de la información que se tenga sobre la enfermedad, existirá cierta adaptación al medio hospitalario, a cual será el mayor grado para quienes tienen mayor información acerca del padecimiento y tratamiento, y en orden decreciente por aquellos que la desconoce. Aunque en su mayoría, actualmente dicha adaptación se debe al interés por parte del menor para su pronta

recuperación o simplemente por resignación.

Es notorio que la dinámica familiar se ve alterada al estar uno de sus miembros hospitalizado, ya que los padres se ven obligados a dar atención extraordinaria al menor enfermo, consecuentemente se ven afectados los ingresos familiares, la atención y cuidados a los demás miembros, organización del núcleo familiar y empleo del cual se sostienen económicamente.

10. El Trabajo Social médico en la atención de casos en niño hospitalizado es específica al menor y su familia, en sus problemas, conflictos y carencias. Atención que se promueve, sea de carácter terapéutico realizando para este fin una atención integral, desde el primer contacto con el hospital (en base a la etapa de desarrollo en la que se encuentra el menor) siendo en primera instancia la preparación del niño para su ingreso al hospital y la atención particular durante su estancia hospitalaria, tomando en consideración su sentimiento de pérdida, los eventos precipitantes de la crisis y terapéutica de ésta. La atención del caso al considerarse en forma específica aborda problemas concretos, como la existencia de miedo a la hospitalización, situación de etapa preoperatoria, etc.

El Trabajo Social en su trabajo con grupos pretende el restablecimiento biopsicosocial del menor y su núcleo familiar, cumpliendo con su finalidad socioeducativa, por lo tanto se persigue sean formados

con fines cooperativos, rehabilitatorios, educativos, con objetivos específicos, métodos y técnicas plenamente justificados, además de proporcionar atención al padre, problemas de adaptación al hospital, escolaridad activa, actividad intelectual, cultural y social. Siendo así necesario un diagnóstico previo de los niños y de los padres en caso de grupos específicos.

El Trabajo Social en su participación en equipo interdisciplinario necesita fomentar la acción positiva y creadora de este equipo, propiciando la comprensión, identificación y apoyo, tanto dentro del equipo como al cumplimiento del objetivo común de la Institución. La investigación para el Trabajo Social debe ser el elemento de apoyo que le permita un conocimiento válido de la dinámica social que influye en el proceso salud-enfermedad del menor. Y así actuar en forma adecuada y objetiva en su atención al menor y su familia, en función a la enfermedad y hospitalización reconociendo que la investigación requiere una actitud científica sentido de responsabilidad y compromiso, basándose en una metodología específica enmarcada dentro de parámetros legales que exige el área de salud.

11. El Trabajo Social Médico en unidades hospitalarias de especialidad pediátrica se guía en sus programas que son: Integrativas, adaptables, multifuncionales, Institucionales, generales departamentales y específicos.

SUGERENCIAS

1. La preparación y/o capacitación del personal médico y paramédico debe incluir temas referentes a la determinación y ubicación de los conceptos salud-enfermedad, historia natural de la enfermedad y enfocarlos en un particular contexto, social, educacional y ecológico.
2. La actividad del Trabajador Social Médico debe encaminarse a la utilización adecuada de los recursos económicos humanos y materiales para disminuir los riesgos de enfermedad, reingreso hospitalario, mortalidad y la "Educación para la Salud" en la familia.
3. Dentro del proceso de la atención médica del menor enfermo, es necesaria la optimización de los recursos humanos y materiales dentro de los tres niveles de atención a fin de cumplir con los requerimientos del menor en su área biológica, psicológica y social.
4. El personal médico y paramédico debe tener preparación y capacitación específica que le permita delimitar la problemática con la que se enfrenta el menor al ser hospitalizado, además el Trabajador Social se debe encaminar y profundizar al conocimiento de las situaciones generadoras de conflicto durante y en la hospitalización, factores que intervienen en el proceso salud-enfermedad y en su desarrollo.

5. El personal antes de iniciar su trabajo con el menor hospitalizado deberá recibir una breve capacitación en los procesos y normas en la atención hospitalaria y pautas para la atención integral del paciente y su familia.
6. Se deben ampliar y especificar objetivos encaminados a solucionar la problemática biopsicosocial del menor, en los problemas generales y específicos del Trabajo Social.
7. La técnica y metodología propia de la profesión aunada al conocimiento de las ciencias sociales se debe aplicar con rigor, asumiendo una actitud ética y profesional que le permitirá cumplir al máximo con sus objetivos.
8. Con el objeto de que la programación de la atención del menor hospitalizado responde a sus necesidades es necesario el conocimiento de las características particulares de cada Institución Hospitalaria.
9. Es conveniente la participación del Trabajador Social en el Hospital Infantil Privado para proporcionar la atención de casos y grupos no contemplados en la atención propuesta por esta Institución.
10. Dentro del área médico hospitalaria el Trabajador Social debe ampliar sus actividades en el área de rehabilitación, definiendo funciones, objetivos, técnicas e investigación.
11. Para que se proporcione una verdadera atención integral al menor hospitalizado es necesario se incremente el personal de Trabajo Social Médico y sean designados trabajadores sociales exclusivamente para el Trabajo Social en grupo.

12. Es necesaria la implementación de plazas de auxiliar de Trabajador Social con el objetivo de disminuir las cargas administrativas y de gabinete y así poder ampliar actividades terapéuticas y de investigación.
13. Se deben proponer acciones encaminadas a integrar al personal de la Institución con el objetivo de ~~reforzar~~ una trato individualizado con técnica y profesionalismo hacia el menor y su familia.
14. El responsable de la Jefatura de Trabajo Social es necesario tenga un perfil profesional, que se base en una licenciatura en Trabajo Social y especialidad en el área médica.

SUGERENCIAS

1. La preparación y/o capacitación del personal médico y paramédico debe incluir temas referentes a la determinación y ubicación de los conceptos salud-enfermedad, historia natural de la enfermedad y enfocarlos en un particular contexto, social, educacional y ecológico.
2. La actividad del Trabajador Social Médico debe encaminarse a la utilización adecuada de los recursos económicos humanos y materiales para disminuir los riesgos de enfermedad, reingreso hospitalario, mortalidad y la "Educación para la Salud" en la familia.
3. Dentro del proceso de la atención médica del menor enfermo, es necesaria la optimización de los recursos humanos y materiales dentro de los tres niveles de atención a fin de cumplir con los requerimientos del menor en su área biológica, psicológica y social.
4. El personal médico y paramédico debe tener preparación y capacitación específica que le permita delimitar la problemática con la que se enfrenta el menor al ser hospitalizado, además el Trabajador Social se debe encaminar y profundizar al conocimiento de las situaciones generadoras de conflicto durante y en la hospitalización, factores que intervienen en el proceso salud-enfermedad y en su desarrollo.

5. El personal antes de iniciar su trabajo con el menor hospitalizado deberá recibir una breve capacitación en los procesos y normas en la atención hospitalaria y pautas para la atención integral del paciente y su familia.
6. Se deben ampliar y especificar objetivos encaminados a solucionar la problemática biopsicosocial del menor, en los problemas generales y específicos del Trabajo Social.
7. La técnica y metodología propia de la profesión aunada al conocimiento de las ciencias sociales se debe aplicar con rigor, asumiendo una actitud ética y profesional que le permitirá cumplir al máximo con sus objetivos.
8. Con el objeto de que la programación de la atención del menor hospitalizado responde a sus necesidades es necesario el conocimiento de las características particulares de cada Institución Hospitalaria.
9. Es conveniente la participación del Trabajador Social en el Hospital Infantil Privado para proporcionar la atención de casos y grupos no contemplados en la atención propuesta por esta Institución.
10. Dentro del área médico hospitalaria el Trabajador Social debe ampliar sus actividades en el área de rehabilitación, definiendo funciones, objetivos, técnicas e investigación.
11. Para que se proporcione una verdadera atención integral al menor hospitalizado es necesario se incremente el personal de Trabajo Social Médico y sean designados trabajadores sociales exclusivamente para el Trabajo Social en grupo.

12. Es necesaria la implementación de plazas de auxiliar de Trabajador Social con el objetivo de disminuir las cargas administrativas y de gabinete y así poder ampliar actividades terapéuticas y de investigación.
13. Se deben proponer acciones encaminadas a integrar al personal de la Institución con el objetivo de ~~reforzar~~ una trato individualizado con técnica y profesionalismo hacia el menor y su familia.
14. El responsable de la Jefatura de Trabajo Social es necesario tenga un perfil profesional, que se base en una licenciatura en Trabajo Social y especialidad en el área médica.

BIBLIOGRAFIA

1. Academia Mexicana de Pediatría, Humanismo y Pediatría, Editorial, Fondo Editorial Nestlé, México, 1968.
2. Alistair Munro, M.D., Psiquiatría para Trabajadoras Sociales, Editorial C.E.C.S.A., México, 1979.
3. Ander-Egg, Ezequiel, Formación para el Trabajador Social, Editorial Ecro, Argentina, 1975.
4. Asociación Mexicana de Pediatría, Hospital Moderno; Conceptos Objetivos, Clasificación y Estructuras, Hospital Infantil de México (Apuntes), México, 1979.
5. Baena Paz, Guillermina, Manual para Elaborar Trabajos de Investigación Documental, Editorial Universidad Autónoma de México, México, 1973.
6. Brandenburg, Ana B., Servicio Social Hospitalario, Editorial Humanitas, Argentina, 1976.
7. Brown, E.L., Nuevas Dimensiones en el Cuidado de los Pacientes, Editorial Prensa Médica, México 1971.
8. Castellanos, M., Manual de Trabajo Social, Editorial Prensa Médica, México, 1962.
9. Chagoya Beltran, Leopoldo. Aspectos Emocionales de la Enfermedad Física del Niño y Adolescente, Editorial Médica del Hospital Infantil de México, México, 1982.
10. Comisión de Salud y Seguridad Social. Hacia un sistema Nacional de Salud, Editorial Universidad Nacional Autónoma de México, México, 1984.
11. Dubos, Rene, Maya Pines, Salud Enfermedad, Editorial Time Life Internacional, México 1980.
12. Diccionario Enciclopédico, Tomo IV, Editorial Plaza & Janes España, 1974.
13. Jimis L. Braier, Diccionario de Medicina, Editorial Barcelona España, 1980.
14. Eddy Montaldo, Psicología y Trabajo Social, Editorial Humanitas Argentina, 1977.
15. Escuela Nacional de Estudios Profesionales Acatlán, U.N.A.M., Metodología de las Ciencias Sociales, Editorial ENEP, UNAM, México, 1981.
16. Facultad de enfermería, Programa de Salud Mental para Personal Docente, Editorial Universidad de Nuevo León, México, 1982.
17. Fajardo Ortiz, Guillermo, Atención Médica, Teoría y Práctica Administrativa, Editorial Prensa Médica, México 1983.
18. Freud Anna, Normalidad y Patología en la Niñez, evolución del desarrollo, Editorial Paidós, Argentina, 1978.
19. Hamilton, Gordon, Teoría y Práctica del Trabajo Social de casos, Editorial Prensa Médica, México 1951.
20. Hernán, San Martín, Salud y Enfermedad, Editorial Prensa Médica, México, 1981.

21. Hernandez de Victorioso, Lidia C., Trabajo Médico Social, Editorial Humanitas, Argentina, 1976.
22. Kempe, C. Henry, Diagnóstico y Tratamiento Pediátrico, Editorial El Manual Moderno, México, 1983.
23. Kisnerman, Natalio, Salud Pública y Trabajo Social, Editorial Humanitas, Argentina.
24. L. Silis, David, Enciclopedia Internacional de las Ciencias Sociales, Editorial Aguilar, España, 1977.
25. Lima, Boris, Epistemología del Trabajo Social, Editorial Humanitas, Argentina, 1978.
26. Mercado G. Margarita, Ponencia de Trabajo Social Médico, Apuntes de curso en el Centro Médico la Raza I.M.S.S. México, 1985.
27. Moreno Cueto, E., otros, Sociología Histórica de las Instituciones de Salud en México, Editorial Instituto Mexicano del Seguro Social, México, 1982.
28. Navarro Murillo Pascual, Avances en Trabajo Social Médico, Editorial Mendez Oteo, México, 1983.
29. Oficina Sanitaria Panamericana, OMS, La Salud del Adolescente y el Joven, Editorial O.N.U. N.Y. D.C., Estados Unidos de América, 1985.
30. Petrillo, M., Sanger S. Cuidado Emocional del Niño Hospitalizado, Editorial Prensa Médica, México 1975.
31. Romero S. Rodriguez, Nueva Guía para el Diagnóstico y Tratamiento del Paciente Pediátrico, Editorial Mendez Cervantes, México 1983.
32. Secretaría de Salubridad y Asistencia, Reunión de Trabajadores Sociales Interinstitucionales, apuntes 1978. México.
33. Seguridad Social, I.M.S.S., Boletín Informativo 1980, Editorial Instituto Mexicano del Seguro Social, México 1980.
34. Instituto Mexicano del Seguro Social, Anuario Estadístico 1984. Ed. Hospital General Centro Médico la Raza, México 1984.
35. Smith Doroty W., Enfermería Médico Quirúrgica, Editorial Interamericana, México, 1975.
36. Soriano Rojas, Raul, Guía para realizar investigaciones Sociales, Editorial U.N.A.M., México, 1982.
37. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina, Revista Vol 1 Año 1, Editorial U.N.A.M., México 1959.
38. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina, Ciclos IXXY Enero, Editorial U.N.A.M., México, 1984.
39. Vega Franco, Leopoldo, Bases Esenciales de la Salud Pública, Editorial Prensa Médica Mexicana, México 1984.
40. Watson H., Lowrey George, Crecimiento y Desarrollo del Niño, Editorial Trillas, México, 1979.
41. Watson William, Suuser M. W., La sociología en la Medicina, Editorial Colección, Salud y Seguridad Social, Serie Manuales básicos y Estudios, I.M.S.S., México, 1982.

A N E X O N O . 1

PATOLOGIAS MAS FRECUENTES EN PEDIATRIA MEDICO LACTANTES

DEFINICION	ETIOLOGIA	CUADRO CLINICO	COMPLICACIONES
<u>Gastroenteritis Infecciosa Aguda.</u>			
Aumento en el contenido líquido de las evacuaciones con duración no mayor de 15 días.	Puede ser provocada por Bacterias, por virus o parásitos.	Evacuaciones diarreicas, no características, evacuaciones con moco y sangre, cuando es producida por bacterias.	Las consecuencias fisiológicas de la diarrea varían con su gravedad y duración, la edad del paciente y su nutrición, deshidratación y trastornos acidobásicos, desnutrición en todos sus grados como consecuencia de mala absorción intestinal o de un ingreso insuficiente de nutrientes, retardo en el crecimiento.
<u>Diarrea Prolongada</u>			
Diarrea de intensidad variable con duración mayor de 15 días.	Puede ser infecciosa, por deficiencia de nutrientes, alérgica Mecánica (síndrome de estasis intestinal, fístulas intestinales) Química (intoxicación), Endócrinas, de otra causa.	Inicialmente, la presencia prolongada de evacuaciones diarreicas; en ocasiones vómito y fiebre; signos de deshidratación y desnutrición. Para precisar la etiología se requiere del auxilio del laboratorio.	Desnutrición, detención en el desarrollo psicomotor, hipoglucemia, neumatosis intestinal.
<u>Desnutrición</u>			
Es el proceso sistemático, inespecífico y potencialmente reversible que resulta de la deficiente utilización por las células del organismo, de cantidades adecuadas de los diversos nutrientes	Desde el punto de vista etiológico la desnutrición puede ser: Primaria. Cuando se causa por una alimentación insuficiente, incompleta, desequilibrada y/o inadecuada. Secundaria: debida a la deficiente utilización de los nutrientes a nivel celular.	Los acontecimientos de alimentación inmediatos y medidos. La simetría incluye: perímetro o circunferencia de la pierna, brazo, área muscular y grasa del brazo, talle, peso, segmento superior perímetro cefálico, segmento inferior	Deficiente desarrollo psicomotor y la muerte.

PATOLOGIAS MAS FRECUENTES EN PEDIATRIA MEDICO LACTANTES

TRATAMIENTO	PRONOSTICO	FACTORES PSICOEMOCIONALES
<p>(...Gastroenteritis Infecciosa Aguda). La mayoría de las diarreas infecciosas — agudas tienen un curso benigno y con tendencia a la curación en pocos días habitualmente en menos de una semana. Control de fiebre. Tratamiento especializado.</p>	<p>El pronóstico para este padecimiento en su primera etapa es favorable pero desde el momento en que el paciente amerita hospitalización este se agrava, en su grado más crítico el pronóstico puede ser fatal.</p>	<p>Angustia, alteración de estado emocional, — sentimiento de culpa. <u>Factores Sociales Intervinientes.</u> Pobreza, malos hábitos higiénicos, nutricionales. Los factores sociales son determinantes en la aparición y evaluación del padecimiento.</p>
<p>(...Diarrea Prolongada) Tratamiento médico especializado. En los casos de hospitalización es necesaria una capacitación previa para el manejo familiar del paciente en su domicilio.</p>	<p>Depende del grado en que se encuentre y de las condiciones físicas y edad del paciente y va de favorable en casos extremos es fatal.</p>	<p>Angustia, alteraciones en estados emocionales inseguridad y fatiga. <u>Factores Sociales Intervinientes</u> Los factores sociales son básicos para el surgimiento y desarrollo de la enfermedad, ya que condicionan tanto el surgimiento como la reinsidencia, lo que agudiza el cuadro clínico. La atención social es muy importante en esta enfermedad, mediante la educación para la salud, uso adecuado de recursos, planificación familiar, etc.</p>
<p>(...Desnutrición) Tratamiento médico especializado, el episodio agudo debe hacerse, frecuentemente, en el hospital. Es muy importante el manejo familiar post-hospitalario, se debe tener previa capacitación en el hospital.</p>	<p>El pronóstico dependerá del grado en que se encuentre el padecimiento y en su grado más agudo puede llegar a pronóstico fatal.</p>	<p>Frustración, angustia, sentimiento de culpa y alteración del estado psicoemocional. <u>Factores Sociales Intervinientes.</u> Los relacionados la pobreza, malos hábitos higiénicos, nutricionales y de privación social.</p>

PATOLOGIAS MAS FRECUENTES EN PEDIATRIA MEDICO LACTANTES

DEFINICION	ETIOLOGIA	CUADRO CLINICO	COMPLICACIONES
<u>Desequilibrio Hidroelectrolítico</u>	La deshidratación secundaria o - gastroenteritis es la que más - frecuentemente se observa y a - ella se hace referencia aquí. - Los cambios que ocurren inicial- mente, pero si la situación cau- sal es grave y/o prolongada, lle- gan a comprometer la compensa- ción y el funcionamiento celular.		En casos agudos la muerte.
<u>Constipación Intestinal</u>	Diets de escasos residuos y po- ca agua. Psicógena., Fisuras ana- les., Estenosis anorrectales (con- genitas o adquiridas. Aganglio- sis congénitas recto-colónicas - (en los niños recién nacidos).		Impactación fecal., encopresis - (filtración del excremento).

PATOLOGIAS MAS FRECUENTES EN PEDIATRIA MEDICO LACTANTES

TRATAMIENTO	PRONOSTICO	FACTORES PSICOEMOCIONALES
<p>(... Desequilibrio Hidroelectrolítico).</p>	<p>Indeterminado en forma general, solo se aplica en casos particulares.</p>	<p>Angustia</p> <p><u>Factores Sociales Intervinientes</u> Generalmente los relacionados a la pobreza, - falta de educación para la salud, inaccesibilidad a instituciones de salud, negligencia - inadecuadas condiciones de vida, etc.</p>
<p>(... Constipación Intestinal)</p>	<p>En la mayoría de los casos es favorable para la función y la vida.</p>	<p>Los menores con este padecimiento de carácter psicógeno sufren alteraciones emocionales que desaparecen al aliviar el estreñimiento. Los problemas emocionales son una causa de este problema o por el contrario salida de materia fecal involuntaria. Los problemas emocionales llevan al estreñimiento o constipación psicógena. En el adolescente el mal alimento es un problema que repercute en su buen desarrollo psicosemccional por lo que debe ser tratado el padecimiento, ya que el mal aliento es a consecuencia de él.</p> <p><u>Factores Sociales Intervinientes.</u> Problemas familiares. Problemas escolares del menor. Los niños afectados por estreñimiento presentan nerviosismo que en ocasiones no es comprendido por el núcleo familiar.</p>

PATOLOGIAS MAS FRECUENTES EN PEDIATRIA MEDICA ESCOLARES (MEDICINA INT).

DEFINICION	ETIOLOGIA	CUADRO CLINICO	COMPLICACIONES
<p><u>Artritis Reumatoide</u></p> <p>Un agente externo (viral, bacteriano o de otra etiología) es el desencadenamiento de la respuesta inmune que al formar complejos Ag.-Ac- complemento pueden dar "per se" ocasiona daño difuso en los órganos blanco y que al traer elementos del sistema reticuloendotelial y ocasionar su destrucción, condicionan además la liberación de enzimas leucocitarias, que perpetúan la agresión articular.</p>	<p>Antecedente heredo-familiar, infecciones amigdalinas frecuentes viral bacteriano o de otra etiología</p>	<p>Fiebre, hinchazón, limitación del movimiento, deformidad, crepitación, capacidad funcional, nódulos, eritrociocititis.</p>	<p>De tipo funcional</p>
<p><u>Dolor Abdominal</u></p> <p>El tracto gastrointestinal es la causa de resonancia de todo el organismo y por consiguiente el dolor abdominal es una de las molestias más comunes. En un 65 % el dolor es tipo cólico en el resto es esporádico, puede haber síntomas adicionales, dolor de cabeza, palidez, náusea, disminución de evacuaciones, etc.</p>	<p>Obstrucción, estenosis, intestinal, estenosis pilórica, hernia, síndrome de arteria mesentérica adherencias, procesos inflamatorios, cuerpos extraños, infección, colitis, etc.</p>		<p>Dependerán de la causa etiológica específica.</p>
<p><u>Lupus Eritematoso Generalizado</u></p> <p>Enfermedad inflamatoria multigenera lizada de las articulaciones, membranas, cerosas, piel, riñones y S.N.C.</p>	<p>Anticuerpos antinucleares.</p>	<p>Síntomas articulados, debilidad anorexia, fiebre, fatiga, pérdida de peso, lesiones cutáneas, etc.</p>	<p>Dependen de los órganos del sistema afectado.</p>

PATOLOGIAS MAS FRECUENTES EN PEDIATRIA MEDICA ESCOLARES (MEDICINA INT.)

TRATAMIENTO	PRONOSTICO	FACTORES PSICOEMOCIONALES
<p>(... Artritis Reumatoide)</p> <p>Aspirina, silicatos, esteroides y cloroquinina. Rehabilitación del paciente.</p>	<p>La enfermedad disminuye y cesa en alrededor del 85 % progresivamente.</p>	<p>Afectación emocional del menor que presenta el problema por la limitación funcional y consecuentemente su relación psicosocial con su medio.</p> <p><u>Factores Sociales Interviniente</u> Ambiente físico y social adverso. Tratamiento tardío proporcionado por familiares directos. Problema no resuelto o fuera de control en familiar con problema.</p>
<p>(... Dolor Abdominal)</p> <p>Dependerá de la causa etiológica de la enfermedad, es muy importante el diagnóstico diferencial.</p>	<p>Se ha considerado en general como bueno, algunos autores han señalado que al 50% de los casos se continúa con dolor abdominal o crónico o recurrente, teniendo una etapa asintomática en la adolescencia.</p>	<p>En los casos en que el componente emocional es muy acentuado se recomienda psicoterapia de apoyo.</p> <p><u>Factores Sociales Intervinientes</u> La mitad de las madres y padres de esos padecimientos tienen problemas gastrointestinales diagnosticados como funcionales. Se ha considerado que un alto porcentaje tiene un fondo emocional y por lo tanto tiene origen relacionado a las relaciones ambientales y emocionales y personales del menor.</p>
<p>(... Lupus Eritematoso Generalizado)</p> <p>Dependen de los órganos del sistema afectado.</p>	<p>Se relaciona con la presencia de afección renal o del F.N.C. La tasa de supervivencia ha mejorado de 71 %. La enfermedad tiene un ciclo natural de aparición y desaparición. Y los períodos de remisión completa no son raros.</p>	<p>De alto riesgo para el paciente y la familia.</p>

PATOLOGIAS MAS FRECUENTES EN NEONATOLOGIA

DEFINICION	ETIOLOGIA	COMPLICACIONES
<u>Prematurez</u>	Patología materna. Toxemia, diabetes, neuropatía, cardiopatía, nefropatía. Edad, - paridad, intervalo de embarazos, nutrición, tabaquismo, embarazo múltiple. Complicaciones placentarias (tamaño placenta previa, desprendimiento de placenta). Complicaciones del cordón (inserción, vena-mentosa, nudos, prolapso).	Apnea recurrente, SIRI, Hemorragia intracra- neana y/o pulmonar. Hipoglicemia, infección - grave, Hiperbilirrubinemia.
<u>Ictericia</u>	Factores fisiológicos. Menor de vida de eritrocito. Inmadurez hepática.	Kernicterus. Signos tempranos: rechazo al ali- mento o regurgitación. Morosucción y deglu- ción disminuidos. Hipertonia. Signos Tardíos: Opistótonos, rotación interna y aducción de - los brazos. Apnea y cianosis. Convulsiones.
<u>Insuficiencia Respiratoria Neonatal</u>	Las causas de ingreso al hospital son: - bronconeumonía, atelectasis pulmonar difu- sa, síndrome de insuficiencia respirato- ria idiopática, aspiración de líquido am- niótico, apnea recurrente primaria o se- cundaria.	Acidosis, desequilibrio electrolítico, hiper- bilirrubinemia, hipoglicemia, hemorragia pul- monar y/o cerebral, choque, coagulación in- travascular, convulsiones, neumotorax, infec- ción, toxicidad por el oxígeno (displasia - - broncopulmonar).

PATOLOGIAS MAS FRECUENTES EN NEONATOLOGIA

TRATAMIENTO	PRONOSTICO	FACTORES PSICOEMOCIONALES
<p>(... Prematuréz)</p> <p>Manejo médico especializado. Manejo familiar al egreso del paciente previa capacitación.</p>	<p>Generalmente el pronóstico de estos niños es reservado o grave en consideración a sus desventajas funcionales debidas a su prematuréz, que son: reflejos débiles de succión, de deglución, del vómito, lo que provoca dificultad para la alimentación y de una broncoaspiración. Tórax blando e inmadurez pulmonar que provocan hipoventilación e hipoxia y acidosis respiratoria y metabólica. Habilidad disminuida para mantener la temperatura, excretar solutos en la orina. Mayor susceptibilidad para infectarse. Trastornos nutricionales. Inmadurez de algunos procesos metabólicos.</p>	<p><u>Factores Sociales Intervinentes.</u></p> <p>Relacionados a factores Etiológicos.</p>
<p>(... Ictericia)</p> <p>Manejo Médico especializado y fototerapia en los casos de menor gravedad.</p>	<p>La bilirrubina causa lesión cuando para el suero hacia las células de los ganglios basales del cerebro y a las células del oído interno, la pérdida de la capacidad auditiva. En los casos simples de ictericia infantil el pronóstico es favorable. En su mayoría estos casos no presentan gravedad aguda.</p>	<p>Alteración del estado emocional de los padres principalmente de la madre.</p> <p><u>Factores Sociales Interviniente</u></p> <p>Desnutrición materna, atención inadecuada del embarazo adverso, ambiente ecológico y social, enfermedades venéreas.</p>
<p>(...Insuficiencia Respiratoria Neonatal)</p> <p>Tratamiento médico especializado.</p>	<p>Reservado en general.</p>	<p>Angustia, alteración psicoemocional de los padres.</p> <p><u>Factores Sociales Intervinentes</u></p> <p>Antecedentes perinatales maternos.</p>

PATOLOGIAS MAS FRECUENTES EN CIRUGIA PEDIATRICA: A NIVEL DE URGENCIA Y CIRUGIA ELECTIVA

DEFINICION	ETIOLOGIA	CUADRO CLINICO	COMPLICACIONES
<u>Apendicitis</u>			
	Leucocitosis, obstrucción de luz intestinal o parasitosis		Perforación de apéndice. Oclusión intestinal Infección.
<u>Quemaduras por Cáusticos: en boca y esófago.</u>			
Es la consecuencia de la ingestión de algún alcalino cáustico por ejem.: sosa cáustica, - cloro, drano, amoniaco.	Ingestión de alcalino cáustico.		Ulceración, Necrosis, Mediastinitis crónica, hernia hiatal y peritonitis si llega al estómago.
<u>Constipación Intestinal</u>			
La constipación intestinal es la expulsión de materias fecales de consistencia aumentada, a intervalos de tiempo normales o excesivamente prolongados. El origen, desarrollo y evolución están bajo influencias de factores familiares, culturales y sociales. Pueden influir factores psicológicos, las técnicas de adiestramiento para la defecación, la dieta.	Dietas de escasos residuos y poca agua. Psicógena., Fisuras anales., Estenosis anorrectales (congénitas o adquiridas. Agangliosis congénitas recto-colónicas (en los niños recién nacidos).		Impactación fecal., encopresis — (filtración del excremento)
<u>Atresia Intestinal</u>			
Obstrucción Intestinal	Congénitas	Distensión Abdominal y Vómito.	Mayor distensión, perforación visceral.

PATOLOGIAS MAS FRECUENTES EN CIRUGIA PEDIATRICA: A NIVEL DE URGENCIA Y CIRUGIA ELECTIVA

TRATAMIENTO	PRONOSTICO	FACTORES PSICOEMOCIONALES
<p>(... Apendicitis)</p> <p>El único tratamiento definitivo es la — apendicectomía. Los casos en que se sospeche el diagnóstico deben ser cuidados_ estrechamente.</p>	<p>La tasa de mortalidad es menor de 1 % en los niños a pesar de la alta frecuencia — de perforaciones.</p>	<p>Por ser un padecimiento en el cual en la mayoría de los casos tiene un proceso relativamente rápido el paciente sufre intensamente el — desajuste biológico aunado con el rechazo al manejo médico y la separación brusca de estado normal. En los padres y familia existe angustia e inseguridad en el tratamiento médico — quirúrgico.</p> <p><u>Factores Sociales Intervinientes</u> Negligencia paterna a los primeros síntomas de ahí el alto índice de perforaciones y tratamiento quirúrgico de urgencia.</p>
<p>(... Quemaduras por Cáusticos: en boca y_ esófago)</p> <p>Tratamiento médico especializado.</p>	<p>Dependerá del grado de las quemaduras.</p>	<p>Este tipo de padecimiento es definitivamente_ traumático psicoemocionalmente para la familia y el menor por lo que deben recibir atención especial y manejo de apoyo.</p> <p><u>Factores Sociales Intervinientes</u> Descuido en la ubicación de productos químicos nocivos. Iradecuado cuidado del menor. Deberá ser conocido por todos los progenitores — la atención familiar inmediata (no inducirse_ el vómito se recomienda la hospitalización, — no administrar ningún tipo de medicamento.</p>

PATOLOGIAS MAS FRECUENTES EN CIRUGIA PEDIATRICA: A NIVEL DE URGENCIA Y CIRUGIA ELECTIVA

TRATAMIENTO	PRONOSTICO	FACTORES PSICOEMOCIONALES
(... Constipación Intestinal)	En la mayoría de los casos es favorable para la función y la vida.	<p>Los menores con este padecimiento de carácter psicógeno sufren alteraciones emocionales que desaparecen al aliviar el estreñimiento. Los problemas emocionales son una causa de este problema o por el contrario salida de materia fecal involuntaria. Los problemas emocionales llevan al estreñimiento o constipación psicógena. En el adolescente el mal aliento es un problema que repercute en su buen desarrollo psico-emocional por lo que debe ser tratado el padecimiento, ya que el mal aliento es a consecuencia de él. Puede estar indicada la consulta psiquiátrica en los enfermos con síntomas recurrentes y en aquellos con trastornos emocionales evidentemente graves.</p> <p><u>Factores Sociales Intervinientes</u> Problemas familiares. Problemas escolares del menor. Los niños afectados por estreñimiento presentan nerviosismo que en ocasiones no es comprendido por el núcleo familiar.</p>
(... Artesia Intestinal)	Indefinido	

PATOLOGIAS MAS FRECUENTES EN CIRUGIA PEDIATRICA: A NIVEL DE URGENCIA Y CIRUGIA ELECTIVA

DEFINICION	ETIOLOGIA	CUADRO CLINICO	COMPLICACIONES
<u>Labio/Paladar Hendido.</u>			
Malformación congénita asociada o aislada (Labio/Paladar hendido)	Congénita		Bajo peso, regurgitación nasal, - otitis media crónica, etc.
<u>Hernias.</u>			
En la mayoría de los casos la - hernia se presenta como una tumefacción de tamaño variable.	Indeterminada	En los inguinales tumefacción en las hirtales. Anemia, vómito, neumonía por aspiración, etc.	
<u>Criptorquideas</u>			
Testículo no descendido	Puede ser unilateral o bilateral y se puede - clasificar como extópi ca o falta de descenso fetal.		No tratado, esterilidad.

PATOLOGIAS MAS FRECUENTES EN CIRUGIA PEDIATRICA: A NIVEL DE URGENCIA Y CIRUGIA ELECTIVA

TRATAMIENTO

PRONOSTICO

FACTORES PSICOEMOCIONALES

(...Labio/paladar hendido)

Quirúrgica interdisciplinario

Bueno para la vida y la función, con ciru
gías adecuadas y programadas.

De alto riesgo para el paciente y la familia.

(.. Hernias)

Cirugía

En el 85 % es bueno

De alto riesgo para el paciente y la familia.

Factores Sociales Intervinientes

En los casos de negligencia pueden propiciar
un pronóstico malo para la vida.

(... Criptoquideas)

Médico o quirúrgico

Con respecto a la función testicular es
excelente.

Con tratamiento oportuno sin riesgo.

PATOLOGIAS MAS FRECUENTES EN NEUMOLOGIA PEDIATRICA

DEFINICION	ETIOLOGIA	CUADRO CLINICO	COMPLICACIONES
<p><u>Asma</u></p> <p>Trastorno que se caracteriza por la aparición de accesos disnéicos de etiología principalmente alérgica o circulatoria.</p> <p><u>Asma bronquial.</u> Puede ser alérgica, que originan reacciones de este tipo a nivel del árbol bronquial, se caracteriza por presentar de tiempo en tiempo fuertes crisis disnéicas.</p>	<p>Inhalación de alérgenos., Infección viral o bacteriana, Ejercicio, Deshidratación. Conflicto emocional. Cambios ambientales de temperatura, mal uso de broncodilatadores.</p>	<p>Antecedentes de insuficiencia respiratoria de repetición, silvilancias; tos en exceso, ansiedad, sudoración, cianosis, aleteo nasal; el cuello cuya musculatura está muy marcada, hundido entre los hombros.</p>	<p>Microoctelectasias, hipoxemia, insuficiencia cardíaca y acidosis metabólica o respiratoria.</p>
<p><u>Neumonía</u></p> <p>Inflamación del tejido pulmonar, causado por bacterias, virus, etc.</p>			<p>Obstrucción aérea, insuficiencia cardíaca, septicemia, empiema, fibrosis, efencia.</p>
<p><u>Derrame pleural y Empiema.</u></p> <p>Presencia de líquido en la cavidad pleural. Empiema. Colección de pus en una cavidad preexistente del organismo en especial la pleura. Interlobular, se sitúa entre los lóbulos del pulmón. - Metaneumónico, se desarrolla cierto tiempo después de la regresión de la neumonía.</p>	<p>Derrame Pleural, Infecciones pulmonares, infecciones abdominales, lesiones metastásicas, fiebre reumática, poliartritis, infarto pulmonar, empiema, neumonía bacteriana neumococos y estafilococos, traumatismos o ruptura de absceso pulmonar.</p>		<p>Del Empiema. Figtorax, atrapamiento del pulmón.</p>

PATOLOGIAS MAS FRECUENTES EN NEUMOLOGIA PEDIATRICA

TRATAMIENTO

PRONOSTICO

FACTORES PSICOEMOCIONALES

(...Asmas)

Manejo médico especializado. En nula res-
puesta a la adrenalina o por contraindi-
cación de su empleo el paciente requiere
hospitalización.

El pronóstico de esta enfermedad es . +
difícil pero sólo excepcionalmente o -
en grado muy avanzado es grave.

El padecimiento aún es considerado como incurable —
sin perder de vista que los ataques de asma que se —
inician en la niñez provocada por factores infeccio-
sos y no por alérgenos es más probable que se resuel-
va, pero en los casos en que no sucede la superación
del problema es factor de desajuste psicoemocional —
del paciente y la familia ya que el asma bronquial —
recurrente crónico puede dar lugar a invalidez, tan-
to orgánica como psicológica. La familia y el pacien-
te se sienten atacados tanto por las condiciones am-
bientales que pueden favorecer las crisis como ata-
dos psicológicamente a un padecimiento sin probabili-
dades de curación. El paciente toma actitud depen-
diente, pasiva y temor. La familia debe tener la res-
ponsabilidad de cambiar estas actitudes.

Factores Sociales Intervinientes.

El asma puede estar asociada por determinados carac-
teres hereditarios lo que es causa de sentimiento de
culpabilidad, frustración y rechazo del padre con an-
tecedentes asmáticos, lo que en determinado momento
puede incluso dar pie a un agravamiento del paciente
ya que no todos los esfuerzos animicos son encamina-
dos a la curación del niño. La estabilidad familiar
puede ser un factor preventivo de esta enfermedad ya
que en los niños menores de 2 años, por lo general —
el primer ataque ocurre días después de la aparición
de una infección respiratoria y tomando en considera-
ción que al existir estabilidad familiar se tomarán
todas las medidas adecuadas para el cuidado del niño

PATOLOGIAS MAS FRECUENTES EN NEUMOLOGIA PEDIATRICA

TRATAMIENTO	PRONOSTICOS	FACTORES PSICOEMOCIONALES
(... Asma)		<p>(...Factores Sociales Intervinientes) y se evitarán las infecciones respiratorias ya que estas si son evitables.. El inadecuado habitat de la familia es un factor desencadenante del padecimiento ya que puede ser provocado por factores desfavorables en la ambientación intradomiciliaria como reacciones alérgicas como son polvo, fibras de algodón, insectos, saliva y caspa de los gatos, perros, polen. Por lo anterior es observable que el factor socioeconómico y cultural puede ser favorable o nocivo para esta patología.</p>
(... Neumonía)	<p>El pronóstico dependerá del tipo de neumonía y grado de avance de la enfermedad así como <u>condiciones físicas y edad del niño. Puede llegar a pronóstico fatal.</u></p>	<p>El padecimiento provoca estado depresivo en el paciente y el núcleo familiar.</p> <p><u>Factores Sociales Intervinientes.</u></p> <p>Inadecuadas condiciones de vivienda. Inadecuado manejo dietético, higiénico y cuidados propios del menor. Irresponsabilidad paterna en la aplicación de vacunas (principalmente la del sarampión).</p>

PATOLOGIAS MAS FRECUENTES EN NEUMOLOGIA PEDIATRICA.

DEFINICION	ETIOLOGIA	CUADRO CLINICO	COMPLICACIONES
<u>Bronquiolitís Aguda.</u>	Paraint luenza, Adenovirus, Rino- virus, Pneumias.		La principal complicación es una infección bacteriana secundaria. Se reportan casos de neumotorax y efisema mediastinal. Puede haber insuficiencia respiratoria.
<u>Cuerpos extraños en aparato respiratorio</u>	Los cuerpos pueden ser de natura leza diversa; vegetal, mineral, animal, sangre, secreciones y - coágulos.	Por sintomatología de acue- do a la localización. Laringea, traqueal, bron- queal.	Obstrucción del área., Neumonía. Efisema pulmonar, atelectasia - pulmonar.

PATOLOGIAS MAS FRECUENTES EN NEUMOLOGIA PEDIATRICA

TRATAMIENTO	PRONOSTICO	FACTORES PSICOEMOCIONALES
<p>(... Derrame Pleural y Empiema) Tratamiento médico especializado</p>	<p>En términos generales, el pronóstico del derrame pleural es muy bueno como lo es para el empiema si se inicia rápido el tratamiento apropiado. El empiema puede ser una enfermedad muy grave, especialmente en los niños muy pequeños, y la placa de tórax puede no ser normal hasta 6-12 meses después.</p>	<p>Depresión del paciente y familiares directos. <u>Factores Sociales Intervinientes.</u> Depresión.</p>
<p>(...Bronquitis Aguda)</p>	<p>Los síntomas agudos generalmente duran de 2-7 días, con resolución total de la enfermedad. Normalmente el pronóstico es bueno. Menos del 1 % de lactantes fallecen.</p>	<p>Angustia en el menor y los padres, no es provocada por factores psicoemocionales ni tiene repercusiones post-hospitalarias. Solo en los casos crónicos. <u>Factores Sociales Intervinientes</u> La situación intelectual de la familia influye en la decisión de hospitalización del paciente ya que el menor para superar el padecimiento requiere un ambiente propio. Ambiente adverso (zona, condiciones del hogar, clima, etc.) Manejo inadecuado del menor y sus cuidados propios. Alimentación deficiente.</p>
<p>(...Cuerpos extraños en aparato respiratorio). Posición semisentado. Movimiento limitado Tratamiento médico especializado.</p>	<p>Dependerá del caso. Generalmente son de pronóstico grave. Si es posible la extracción es favorable. <u>Factores Sociales Intervinientes</u> Descuido de los padres o personas responsables del cuidado del menor. Familias numerosas.</p>	<p>En estos casos los factores psicoemocionales en su totalidad son posteriores a la adquisición de la patología ya que es un padecimiento causal o accidental por lo tanto en el menor causa angustia, temor ante el padecimiento y tratamiento, en los casos de accidente domiciliario causa sentimiento de culpa en los padres o persona responsable del niño angustia y sobreprotección del niño después de su manejo médico.</p>

PATOLOGIAS MAS FRECUENTES EN HEMATOLOGIA

DEFINICION	ETIOLOGIA	COMPLICACIONES
<p><u>Púrpura Trombocitopénica</u></p> <p>Las púrpuras trombocitogénicas comprenden un grupo heterogéneo de trastornos hematólogicos de etiología variable, que presentan en común la existencia de hemorragia cutánea, acompañada o no de hemorragia en mucosas u órganos. Las extravasaciones sanguíneas varían desde petequias hasta zonas equimóticas o sangrado activo interno.</p>	<p>Es variable: hereditaria, adquiridas, — idiopáticas. Criterio diagnóstico: Antecedentes de infección o exposición a drogas, radiaciones, etc. Exclusión de todas las causas de trombocitopenia.</p>	<p>Hemorragias graves anemizantes. Hemorragia — intracraneal. Aumento de incidencia de infecciones.</p>
<p><u>Enfermedad Hodgkin</u></p> <p>Es una enfermedad maligna con proliferación linfo-reticular, que histológicamente se identifica por la franca alteración de la arquitectura del nódulo linfático.</p>	<p>No se conoce. Por algunas escasas coincidencias, se ha llegado a pensar que un agente infeccioso podría ser el causante.</p>	<p>Los pacientes con enfermedad de Hodgkin tienen una susceptibilidad aumentada para las infecciones micóticas y por herpes zoster. Leucemia Mielógena aguda. Los efectos psicológicos de esta enfermedad y su tratamiento en la adolescencia requieren excelentes relaciones con el personal médico y paramédico y el paciente, la familia y la escuela.</p>

PATOLOGIAS MAS FRECUENTES EN HEMATOLOGIA

TRATAMIENTO	PRONOSTICO	FACTORES PSICOEMOCIONALES
<p>(... Púrpura Trombocitopénica)</p> <p>Tratamiento médico especializado</p>	<p>Casi en 90% de los casos PIT infantil, ocurre remisión espontánea con recuperación permanente (la frecuencia de remisión espontánea es mucho menor en adultos).</p>	<p>En el menor se nota inseguridad antes de la remisión de la enfermedad, aislamiento social y familiar. En los padres y hermanos <u>de</u>g concierto, frustración y angustia. Superables con una adecuada información y manejo adecuado del caso. Manejo en consideración <u>médica</u> y características socio culturales del núcleo <u>familiar</u>.</p> <p><u>Factores Sociales Intervinientes</u></p> <p>Para esta patología es importante la participación social para el buen pronóstico y manejo del paciente. Se requiere medio adecuado (físico ambiental y en el hogar) a fin de evitar el trauma. Alimentación adecuada y balanceada. Colaboración de su ambiente escolar.</p>
<p>(...Enfermedad Hodgkin)</p> <p>Tratamiento médico especializado. La enfermedad de Hodgkin es menos frecuente en la primera década pero se ha presentado en niños hasta de 3 años. El tipo de células mixtas se presenta con más frecuencia en niños pequeños. Esta enfermedad se presenta con más frecuencia en la segunda década de la vida.</p>	<p>La tasa de supervivencia de 5 años de pacientes clasificados anatómicamente y tratados en forma agresiva con enfermedad en fase IA y IIA, es aproximadamente de 90% pronóstico malo.</p>	<p>Similar a los pacientes con Leucemia.</p> <p><u>Factores Sociales Intervinientes</u></p> <p>Para el adecuado tratamiento y mayor posibilidad de recuperación se requieren adecuadas condiciones de vivienda, alimentación y estabilidad familiar.</p>

PATOLOGIAS MAS FRECUENTES EN HEMATOLOGIA

DEFINICION	ETIOLOGIA	COMPLICACIONES
<p><u>Hemofilia</u></p> <p>Es un padecimiento hemorrágico hereditario, caracterizado por la tendencia a presentar sangrado desproporcionada a la que lo origina, debido a la deficiencia de grado variable. Antiguamente se conocía con este término únicamente a la deficiencia del factor VII (Hemofilia clásica o "a"); actualmente se engloba en el término a varios factores hereditarios del mecanismo de la coagulación como son deficiencias del factor IX (hemofilia "B" o enfermedad de Christmas); deficiencia del factor IX hemofilia "C" y deficiencia del factor VIII asociada a difusión plaquetaria.</p>	<p>Deficiencia en grado diverso de los factores antes mencionados.</p> <p>CUADRO CLINICO</p> <p>Antecedentes de hemorragia, que en el recién nacido y durante los primeros meses de vida es poco frecuente. Epistaxis, hematomas. Frecuentemente hay anemias. Las hemorragias -sobre todo del preescolar constituyen el principal problema. Se manifiestan por dolor intenso en la articulación, aumento de temperatura, incapacidad funcional (flexión, extensión, etc). Limitación funcional de las articulaciones (sobre todo en las rodillas) acompañados de hipotrofia articular, de diversa intensidad.</p>	<p>Trastornos psicológicos y de adaptación social, que con frecuencia se hacen extensivos a los padres.</p>

PATOLOGÍAS MAS FRECUENTES EN HEMATOLOGÍA

TRATAMIENTO	PRONÓSTICO	FACTORES PSICOECONOMIALES
<p>(...Hemofilia)</p> <p>Tratamiento médico especializado, en casos graves hospitalización, cuidados en el hogar (principalmente evitar golpes leves y traumatismos graves).</p>	<p>El pronóstico para una vida normal útil es bueno gracias a la profilaxis contra las heridas y contusiones, a la cuidadosa terapéutica ortopédica de las lesiones articulares y la atención para la adaptación emocional, social y educacional del paciente.</p>	<p>Es un padecimiento con fuerte carga emocional negativa para el paciente ya que se siente reprimido, limitado, apartado de la sociedad ya que los cuidados que debe tener son muchos, pero puede llegar a ser un individuo normal si se le capacita adecuadamente.</p> <p>Su núcleo familiar también es afectado -- psicológicamente tanto emocionalmente por el padecimiento en consideración a su carácter hereditario e incurable situación -- que puede ser abordable y superarla.</p>
		<p><u>Factores Sociales intervinientes</u></p> <p>Historia familiar de diátesis en los varones ascendentes por rama materna para hemofilia A y B; presente en ascendentes de ambos sexos tanto de rama materna o de rama paterna en los casos de las otras deficiencias. En este padecimiento generalmente el enfermo es el varón aunque la mujer puede ser portadora.</p> <p>En este tipo de padecimiento no existen -- factores socioeconómicos para la adquisición de la enfermedad ya que es notamente de carácter hereditario (No influye el nivel económico, antiguamente se le denominó enfermedad de reyes).</p>

PATOLOGIAS MAS FRECUENTES EN HEMATOLOGIA

DEFINICION	ETIOLOGIA	COMPLICACIONES
<u>Leucemia</u>		
Es una enfermedad maligna condicionada por la proliferación incontrolable de las células precursoras de los leucocitos en el nivel de tejido retículo endotelial, la médula ósea y la sangre. Sin un tratamiento específico, la enfermedad es fatal en tiempo breve.		
<u>Leucemia Linfoblástica.</u>	Hepatosplenomegalia, linfadenopatía. — Trombocitopenia, diagnóstico confirmado mediante examen de médula ósea. La etiología no se conoce con exactitud, existen ciertas evidencias de predisposición genética y de participación de algún virus, pero no son concluyentes. La leucemia linfoblástica aguda comprende cerca de 85% de las leucemias de la niñez. La frecuencia máxima de presentación de esta leucemia es a los 4 años de edad.	Los órganos pueden ser infiltrados por esta enfermedad y no funcionar adecuadamente. La infiltración principalmente en el riñón puede producir disfunción importante.
<u>Leucemia No Linfocítica.</u>		
Las leucemias no linfocítica incluyen la leucemia mieloblástica aguda, la leucemia monoclonal aguda y las leucemias — cuyas características morfológicas hacen pensar en los tipos de células, las leucemias mielocíticas.	Similares a las de la leucemia linfoblástica.	El tratamiento es más difícil con medicamentos diferentes.

PATOLOGIAS MAS FRECUENTES EN HEMATOLOGIA

TRATAMIENTO	PRONOSTICO	FACTORES PSICOEMOCIONALES
<p>(... Leucemia Linfoblástica). Tratamiento médico especializado</p>	<p>En la actualidad más de 50 % de tasas de supervivencia, proyectados a 5 años. Es probable que se empiece a ver un número importante de sobrevivientes a largo plazo. La palabra curación — aplicada a la leucemia es difícil de definir pero es indudablemente una realidad para algunos pacientes, por lo general el pronóstico es fatal.</p>	<p>Apoyo psicológico al paciente y a la familia: El impacto emocional del diagnóstico de leucemia a menudo es abrumador y afecta a toda la familia. Es imperativo el comentario minucioso con los progenitores en relación al diagnóstico, pronóstico, y plan terapéutico, reacciones tóxicas a los medicamentos y su propia función en el cuidado del niño, al principio y durante todo el curso de la enfermedad. Son frecuentes problemas psicológicos en los hermanos del paciente así como padres por lo que se requiere la información por anticipado, lo que pueda decirse al paciente depende de la madurez del niño, del juicio del médico y de la familia acerca del problema. El autor del tema recomienda una franca exposición de la enfermedad con el paciente adolescente, la cual debe concretarse a los hechos y ser honesta, haciendo hincapié en la esperanza y ofreciéndole tranquilidad de que — esta mejorando.</p> <p><u>Factores Sociales Intervinientes.</u> Son esenciales buena nutrición y alimentación — bien balanceados, la administración de líquido en exceso ayuda a disminuir la toxicidad vesical.</p>
<p>(... Leucemia No Linfocítica) Tratamiento médico especializado.</p>	<p>Se producen tasas de remisión de 50%-70%, con promedio de remisión de 12 meses. En algunos hospitales se realizan trasplantes de médula o sea en estos niños cuando se logra contar con donador adecuado. Es posible la remisión continua hasta de 2 años de duración en 20-25% de niños con leucemias agudas no linfocíticas. El pronóstico en general es malo.</p>	<p>Similares a los de la leucemia Linfoblástica.</p> <p><u>Factores Sociales intervinientes.</u> Similares a los de la leucemia Linfoblástica.</p>

PATOLOGIAS MAS FRECUENTES EN NEFROLOGIA

DEFINICION	ETIOLOGIA	CUADRO CLINICO	COMPLICACIONES
<p><u>Insuficiencia Renal Crónica.</u></p> <p>La función renal esta reducida a tal grado que los riñones son incapaces de mantener la homeostasis bioquímica. En su etapa aguda las nefronas estan lesionadas de manera irreversible.</p>	<p>Generalmente antecedentes de enfermedad renal. Elevación de la cifra de N.S, proteinuria, eritrocitos y cilindros en la orina.</p>		<p>Anorexia, uremia, displacias renales, enfermedad quística del riñón, anemia, hipertensión.</p>
<p><u>Infección de Vías Urinarias</u> <u>Pielonefritis.</u></p> <p>La infección urinaria es una condición que se puede encontrar a cualquier nivel del riñón o vías urinarias. La pielonefritis específicamente, es la infección del parénquima y pelvis renal.</p>	<p>Gran negativos son los más frecuentes: E. Coli Klebsiela, - Proteus. Los gérmenes invaden por vía ascendente o hematogénea. La primera es más frecuente cuando hay obstrucción o retardo del flujo urinario.</p>	<p>En el lactante y niño menor. Fiebre, vómito, anorexia, detención de crecimiento, orina fétida. En el niño mayor: fiebre, dolor lumbar, piuria, disuria, ataque del estado general.</p>	<p>Obstrucción del flujo urinario.</p>
<p><u>Síndrome Nefrótico Ideopático</u></p>	<p>Proteinuria, hipoproteinuria, - edema e hiperlipidemia. Puede ocurrir en la evolución de cualquier enfermedad con causa desconocida.</p>	<p>Edema perorbitario, dolor abdominal, aumento de peso disnea.</p>	<p>Rara vez peritonitis, hipercoagulabilidad, tromboembólico.</p>

PATOLOGIAS MAS FRECUENTES EN NEFROLOGIA

TRATAMIENTO	PRONOSTICO	FACTORES PSICOEMOCIONALES
(...Insuficiencia Renal Crónica)		
Tratamiento médico especializado	La enfermedad renal crónica grave en los niños a menudo es progresiva y finalmente mortal. No obstante, las tasas a las cuales evolucionan las nefropatías son bastante variables y difícil de calcular.	En la mayoría de los niños con enfermedades crónicas, un aspecto importante del manejo es la atención a la adaptación emocional a la enfermedad, tanto del niño como de su familia. La atención psiquiátrica o de personal especializado o capacitado tiene tanta importancia como el manejo clínico complejo. <u>Factores Sociales Intervinientes.</u> Probablemente el mejor indicio del éxito de la diálisis permanente en niños sea el nivel alcanzado de aptitudes físicas y psicossociales. Los centros hospitalarios informan una mejoría substancial en el bienestar del paciente. Los pacientes continúan sus actividades cotidianas asisten a la escuela e incluso muestran crecimiento razonable. Alimentación adecuada y manejo médico constante. Ambiente familiar propicio.
(...Infección de vías urinarias pielonefritis).		
Tratamiento médico especializado.	El pronóstico dependerá del grado de infección, generalmente es favorable.	Estado depresivo del menor y padres. <u>Factores Sociales Intervinientes.</u> Higiene inadecuada del niño. Higiene inadecuada del sanitario. Sanitario Público. (Su uso).
(...Síndrome Nefrótico Ideopático)		
Tratamiento médico especializado	Una remisión inmediata que dura 3 años - casi siempre, es permanente la incapacidad, para responder al tratamiento traerá recaídas frecuentes.	Alto riesgo para el paciente.

PATOLOGIAS MAS FRECUENTES EN CARDIOLOGIA PEDIATRICA

DEFINICION	ETIOLOGIA	CUADRO CLINICO	COMPLICACIONES
<u>Cardiopatías congénitas</u>			
Anomalías congénitas del parto cardiovascular.	Infecciones intrauterina. Drogas tetratogénicas. Exposición a radiaciones. Aberraciones cromosómicas. Causas no conocidas.	Disnea, taquipnea, bronquitis y neumonías frecuentes, Cianosis, Síncope, disrea al comer, acompañada de irritabilidad y sudoración, retraso del crecimiento.	
<u>Tetralogía de Fallot</u>			
Defecto en el tabique interventricular, obstrucción intensa de la zona de eyección ventricular derecha de manera que la derivación intracardiaca es predominantemente de derecha a izquierda (tipos más común de cardiopatía cianótica).	Hipertrofia del ventrículo derecho.	Cianosis mínima con leve grado de obstrucción. En obstrucción máxima grave cianosis desde el nacimiento. La mayoría tendrá cianosis desde los 4 meses. El crecimiento esta retardado y la fatiga y disnea al realizar ejercicio. Es común la posición encucillada en los niños que pueden caminar ya. Hipoxia.	Infarto cerebral (principalmente antes de los 12 años). Anemia por falta de hierro. Infarto por anemia y anoxia (después de los 2 años). Infarto trombótico.

PATOLOGIAS MAS FRECUENTES EN CARDIOLOGIA PEDIATRICA

TRATAMIENTO

PRONOSTICO

FACTORES PSICOEMOCIONALES

(... Cardiopatías congénitas)

De alto riesgo para el paciente y la familia.

(... Tetralogía de Fallot)

En la mayoría de los casos son tratamientos paliativos. Hierro vía oral. Tratamiento médico especializado quirúrgico.

Los lactantes con la forma más grave están muy cianóticos al nacer, lo que provoca — anoxia y la muerte puede sobrevenir. Muchos de estos pacientes viven relativamente vidas normales sin síntomas graves. Sin embargo la supervivencia esta disminuida — definitivamente y puede ocurrir la muerte en 3º y 4º década de la vida.

Rechazo del menor, Aislamiento del niño

Factores Sociales Intervinientes

Angustia constante del núcleo familiar. Inseguridad en el paciente, alteración en la dinámica familiar.

PATOLOGIAS MAS FRECUENTES EN ENDOCRINOLOGIA

DEFINICION	ETIOLOGIA	CUADRO CLINICO	COMPLICACIONES
<u>Hipotiroidismo</u>	Cifras disminuidas en las pruebas de funcionamiento tiroideo, cifras elevadas de T.S.H.	Retardo del crecimiento, disminución de la actividad física, circulación lenta, mal tono muscular, retardo intelectual, piel palida.	Obstrucción respiratoria.
<u>Hipertiroidismo</u>	Exoftalmos, bocio, anomalidad en el sistema inmunitario.	Nerviosismo, irritabilidad emocional, temblores, apetito excesivo, pérdida de peso, piel lisa caliente, sudación e intolerancia al calor, taquicardia, presión aumentada.	En los casos de utilización de rayos X y yodo radioactivo, la aparición del cancer.
<u>Hiperfuncionamiento córtico suprarrenal.</u>	Osteoporosis, glucosuria, elevación de los adrenocorticoides, disminución de potasio sérico y eosinopenia.	Adiposidad del tronco, miembros delgados, cara de luna, debilidad, facilidad para contusiones, estrías purpúreas, retardo en el desarrollo.	Agrandamiento hipofisiario posterior a la intervención y crecimiento deficiente.

PATOLOGIAS MAS FRECUENTES EN ENDOCRINOLOGIA

TRATAMIENTO	PRONOSTICO	FACTORES PSICOEMOCIONALES
<p>(... Hipotiroidismo)</p> <p>Levotiroxina.</p>	<p>Malo para la función</p>	<p>Retardo en las respuestas mentales. Para los padres sentimiento de culpa en los casos — congénitos.</p>
<p>(... Hipertiroidismo)</p> <p>Reposo, tratamiento médico, cirugía y radioterapia.</p>	<p>Remisión del 50% de los casos bajo tratamiento, 50 % en casos de cirugía. El hipertiroidismo congénito tiene una tasa de mortalidad alta en período neonatal, el pronóstico de los sobrevivientes es excelente.</p>	
<p>(... Hiperfuncionamiento córtico suprarrenal).</p> <p>Tratamiento médico especializado y/o cirugía.</p>	<p>En tumos malignos el pronóstico también lo es, en general el pronóstico crónico.</p>	<p>De alto riesgo para el paciente y la familia.</p>

PATOLOGIAS MAS FRECUENTES EN ENDOCRINOLOGIA

DEFINICION	ETIOLOGIA	CUADRO CLINICO	COMPLICACIONES
<u>Talla Baja</u>	<p>Endocrinología Diabetes insipida (densidades urinarias bajas).</p> <p>a) Hipófisis. Enanismo (hormona del crecimiento deficiente - falta de aumento de H.C. a - la estimulación con insulina o arginina).</p> <p>b) Tiroides. Hipotiroidismo.</p> <p>c) Gonadal.</p>	<p>Indicadores de crecimiento disminuidos. Peso, talla, perímetro - cefálico.</p>	<p>Las inherentes al adecuado desarrollo biológico y social.</p>
<u>Diabetes Mellitus.</u>	<p>Diabetes juvenil. Insulina en - la sangre, hipertrofia de las - células isloles, lesión por res - puesta inmunitaria directa o - subsiguiente de las células B, a consecuencia de infección vi - ral.</p>	<p>Pérdida de peso, poliuria, plidicia, calambres abdominales o de las piernas, enuresis pérdi - da ligera de apetito, trastor - nos emocionales y fatiga.</p>	<p>No son frecuentes las complica - ciones de la evolución de la dia - betes en los niños. Durante la - ciana pueden aparecer síntomas - neurológicos extensos, pero las perspectivas son buenas. Hipogli - cemia, limitación en la movili - dad, síndrome de hepatomegalia, retardo en la pubertad o enanis - mo, algunos niños se vuelven ce - tóticos en los episodios de - stress.</p>

PATOLOGIAS MAS FRECUENTES EN ENDOCRINOLOGIA

TRATAMIENTO	PRONOSTICO	FACTORES PSICOEMOCIONALES
(Talla Baja ...)	Malo o indeterminado para el desarrollo y la función	Aislamiento social
Control del paciente continuo y educación (es de suma importancia la observación permanente del menor) insulina, dieta, tratamiento de hipoglicemia, - pruebas urinarias, mediciones de glucosa sanguínea.	20 Años en la aparición de la enfermedad con complicaciones importantes. Estos niños muestran obesidad, estatura corta y retraso mental.	Los trastornos emocionales son frecuentes, especialmente al comienzo de la segunda década. Estos trastornos en el paciente y su familia se dan a causa de la cronicidad del padecimiento. En los niños no se debe presionar mucho en la dieta, a fin de evitar problemas psico-emocionales.

PATOLOGIAS MAS FRECUENTES EN NEUROPIEDIATRIA

DEFINICION	ETIOLOGIA	CUADRO CLINICO	COMPLICACIONES
<u>Convulsiones</u>	Con lesión cerebral demostrable (congénita o degenerativa) traumática, - traumatismos craneoencefálicos, durante un parto o cualquier otra etapa. Infecciones y parasitarias (meningoencefalitis, encefalitis, tuberculosis, secuelas de enfermedades como el sarampión, cisticercosis, etc. Sin lesión cerebral demostrable, epilepsia, por fiebre, por tóxicos, por causa metabólica, por hipoxia.	Traumatismo. Shock, infección, - neumonía por aspiración. ulcera de stress. Procesos degenerati- vos.	
<u>Meningoencefalitis Purulenta.</u> <u>Viral o Tuberculosa.</u>	Edema cerebral, con paso de líquido del espacio intravascular al intersticial. Procesos infecciosos agudos del sistema central. Hemorragia intracraneana y epilepsia.		Alteraciones en el funcionamiento normal del sistema central. Defunción.
<u>Hidrocefalia</u>	Aumento anormal de los ventriculares cerebrales, debido al aumento - del gradiente. De presión entre el - líquido intraventricular y el encefalo.	Macrocefalia.	Deterioro neurológico, infecciones y desequilibrio hidroeléctrico.

PATOLOGIAS MAS FRECUENTES EN NEUROPIEDIATRIA

TRATAMIENTO	PRONOSTICO	FACTORES PSICOEMOCIONALES
<p>(...Convulsiones)</p> <p>Tratamiento médico especializado</p>	<p>En los casos de convulsiones por fiebre el pronóstico es grave. El pronóstico depende de la etiología del padecimiento.</p>	<p>Estado constante de "stress" del paciente y familia. Inseguridad hacia el futuro. Hay casos de crisis convulsivas provocadas por impactos emocionales muy fuertes en el niño.</p> <p><u>Factores Sociales Intervinientes</u> Antecedentes familiares. Inadecuado manejo del menor en presencia de fiebres altas. Ambiente adverso (zona habitacional, inadecuadas condiciones del hogar).</p>
<p>(...Meningoencefalitis Purulenta, viral o tuberculosa)</p> <p>Tratamiento médico especializado</p>	<p>Generalmente el pronóstico de estos pacientes es fatal.</p>	<p>Es un padecimiento que se presenta frecuentemente en individuos epilépticos aunque en su fase aguda éste se encuentra en estado de inconciencia. En el núcleo familiar existe manifiesto estado depresivo. A esto se incluye el desconcierto por los trámites médico-legales que en los casos de traumatismo se tienen que seguir.</p> <p><u>Factores Sociales Intervinientes.</u> Una de las causas más comunes de este padecimiento es el traumatismo craneoencefálico provocado por el descuido del menor.</p>
<p>(... Hidrocefalia)</p> <p>Tratamiento médico especializado y quirúrgico.</p>	<p>En grupo no operado se alcanza supervivencia hasta los 10 años en un 25%, en grupo operado el 60% hasta los 10 años.</p>	<p>De alto riesgo para el paciente y la familia.</p>

PATOLOGIAS MAS FRECUENTES EN NEUROPIEDIATRIA

DEFINICION	ETIOLOGIA	CUADRO CLINICO	COMPLICACIONES
<u>Epilepsia</u> Convulsiones generalizadas y - prolongadas que ocurren en rá- pida sucesión sin recuperación de la conciencia en forma im- mediata, se da un estado de estu- por, en el cual la conciencia se encuentra alterada pero no se pierde.	Anormalidades interictus en el E.E.G.	Fenómenos involuntarios, motores, sensoriales, anatómicos o psiqui- cos acompañados de la pérdida de la conciencia.	Traumatismos.
<u>Traumatismos</u> Lesión craneal de grado y daño intracraneal subyacente.	Traumatismo cefálico.		Convulsiones, hematomas, sudo- ral, epidural, intracraneal, - rriñorrea, y otorrea, retraso - mental y muerte.
<u>Trastornos Extrapiramidales por Medicamentos.</u> Disfunción neurológica causada por la ingestión de medicamen- tos.	Ingestión fenotiacinas.	Rigidez, temblores, trastornos - autónomos.	Retraso mental, trastornos au- tónomos.

PATOLOGIAS MAS FRECUENTES EN NEUROPIEDIATRIA

TRATAMIENTO	PRONOSTICO	FACTORES PSICOFEMOCIONALES
(... Epilepsia)		
Educación del paciente y la familia		<p>De alto riesgo para el paciente y la familia, por ser padecimientos crónico. Los trastornos emocionales pueden requerir tratamientos especializados.</p> <p><u>Factores Sociales Intervinientes</u> El 30 % de los casos tiene antecedentes familiares de convulsiones.</p>
(... Traumatismos)		
Tratamiento médico especializado	Indeterminado	<p>Para el paciente, la familia y el causante del accidente.</p> <p><u>Factores Sociales Intervinientes</u> En virtud de que los accidentes son de causa principal de muerte o traumatismo del preescolar y escolar, tienen factores subyacentes de carácter social y legal.</p>
(...Trastornos Extrapiramidales por Medicamentos).		
	Indeterminado	<p>De alto riesgo</p> <p><u>Factores Sociales Intervinientes</u> Descuido</p>

A N E X O N O . 2

DE 3 A 6 MESES

AVISOS	ESTIMULOS	JUEGOS	PRIMERA TRIS MESES
<p>En este período la boca es un medio de conocimiento muy importante. Debe estar rodeado de objetos limpios, que no pueda tragar.</p> <p>No coge los objetos entre el índice y el pulgar, sino entre los cuatro últimos dedos.</p> <p>Además de los cuidados anteriores debe tener mucho cuidado con objetos peligrosos que se dejan cerca del niño.</p> <p>Tomar precauciones para que el niño se complazca sin peligro.</p>	<p>Los mismos estímulos del período anterior, así: mantener el niño sentado en los radiadores durante largos momentos.</p> <p>Buscarlo en posición recio sentado en un pequeño asiento de bebé, arrellanado de almohadones. Hacerle cerca objetos que pueda rozar y llevarse a la boca sin peligro. Se le canta y jugar con el niño, - cantarle cuentos.</p> <p>El niño recién nacido ve y reconoce. Se comienza con lo que le rodea. Responde a las acciones de la madre.</p>	<p>Pequeños objetos no peligrosos. Anillos de madre. Botines. Canchales. Srajeritos. Calabuzos. Juecos de manos y cuidadosamente cerrales. Cajas.</p> <p>Las manos que se recomendarán anteriormente.</p> <p>Pedruzcos de papel o de tela o de colores vivos susceptibles.</p> <p>Objetos de madera o de material flexible para manipular.</p>	<p>Mantener al niño lo más posible en contacto con la madre.</p> <p>Curle de dormir.</p> <p>Acariciarlo</p> <p>Darle posibilidad de movimiento por finales poco confidos, largo momento para el baño y para cambiarle de ropa.</p> <p>Babiarlo con frecuencia y cantarle. Darle posibilidad de ver lo que sucede en torno a él.</p> <p>Cuando esté despierto, llevarlo a la pieza donde está la familia.</p> <p>Suspender delante de la cara objetos brillantes, móviles, que pueda seguir con los ojos.</p>

DE 6 A 9 MESES

AVISOS	ESTIMULOS	JUEGOS
<p>Es necesario proteger al niño contra cualquier posibilidad de caídas.</p> <p>Evitar que los objetos que se lleva a la boca puedan presentar peligros de ahogo o de intoxicación.</p>	<p>Colocar al niño sobre una alfombra o estera, en un lugar seguro.</p> <p>Ayudar a sentarse, a deslizarse y a estirarlo para que progresos en esos movimientos.</p> <p>Conservarlo lo más cerca y lo cierto participar en la vida familiar.</p> <p>Jugar y desenvolverlo, como jugando los objetos que el niño inconscientemente tira al suelo. Hablarle con palabras simples, pero correctamente.</p> <p>Evitar hablarle tipo bebé, hacer de las cosas rutinarias, comidas, baño, cambio de ropa, una causa de espanto o de alegría.</p> <p>Jugar a escondidas.</p>	<p>Pelota de trapo.</p> <p>Cubos coloreados.</p> <p>Animales de trapo o trapo.</p> <p>Juecos de madera.</p> <p>Pequeños utensilios de cocina, sin punta ni filo en sus bordes.</p>

DE 9 A 12 MESES

ESTIMULOS
<p>Ayudarlo a caminar teniéndolo con las dos manos.</p> <p>Describirle objetos nuevos.</p> <p>Ayudarlo a explorar la casa.</p> <p>Repetirle palabras simples.</p> <p>Repetir las sílabas que pronuncia.</p>

EL PRIMER AÑO

Signos del desarrollo y maduración del sistema nervioso central. (Rosen)	Texturas en el campo de la integración. (Sells, Epstein, Swales)	Etapos de desarrollo intelectual. (Piaget).	Tareas o crisis psicoesenciales. (Erickson)	Diferencias Individuales (Greer)	Fases psicoesenciales (Signaño Pireau)
<p>1 Día a un mes: respuesta a la estimación: hace movimientos con los brazos y las piernas.</p> <p>1 mes: sigue un objeto con los ojos; hace gurgitidos; cierra el puño; muestra reflejo tónico del cuello.</p> <p>2 meses: agarra a la грудь; sigue con los ojos a un arco de luz; reflexos tonales de Moro, de raíz, de presión.</p> <p>4 meses: trata de alcanzar los objetos.</p> <p>5 meses: mueve todo el cuerpo de un lado a otro.</p> <p>6-8 meses: agarra cosas; se sienta; se arrastra.</p> <p>9 meses: muestra brava y voluntariamente los objetos que agarra.</p> <p>10 meses: agarra con 2 dedos sus plums.</p> <p>10-14 meses: camina; corre 3 a 4 palabras.</p>	<p>Cuando el bebé crece tan libre da instrucción a su madre (grito de angustia).</p> <p>¿De qué manera es su respuesta? Se ha llamado a esto el grado de aceptación entre la madre y el niño.</p> <p>Desarrollo de interacción reciprocidad y mutuosidad regular: rios entre la madre y el niño por ejemplo, silenciosa en el sueño, la alimentación, la estimación.</p> <p>En los primeros meses, el niño gradualmente va tomando más independencia para mostrar sus necesidades.</p> <p>Con el tiempo, el niño experimenta sus necesidades con necesidad creciente.</p>	<p>Esos meses transitan desde el nacimiento a los 2 años: maduración de "objetos" esenciales: - "Vigilancia individualización del mundo físico."</p> <p>Subetapas "desarrollo circular": los actos, sencillos se repiten.</p> <p>Subetapas "necesidades circulares": hay repetición de actos que afectan un objeto.</p> <p>Subetapas "necesidades circulares": los mismos experimentos se repiten.</p>	<p>Confianza o desconfianza: el primer año comienza la época en la que se abstrae la confianza de que las necesidades serán satisfechas y el asentamiento de tentativas rítmicas y seguras. Cuando las necesidades se satisfacen de manera adecuada, el niño adquiere la satisfacción que va a tener. El resultado es optimismo. Cuando el niño anticipa frustración se desarrolla en él un sentimiento de pesimismo.</p>	<p>Alrededor de los 3 meses es posible observar diferencias en la actividad y temperamento que se manifiestan igualmente durante algunas semanas.</p> <p>Las diferencias son: Activo/Inactivo.</p> <p>Regular/Irregular (en ritos)</p> <p>Introversión de movimiento (alta/baja)</p> <p>Activación/desactivación</p> <p>Apropiación/insensibilidad</p> <p>Receptivo a los estímulos (alta/baja)</p> <p>Humor positivo/negativo.</p> <p>Selectividad, capacidad de atención, persistencia (alta/baja)</p> <p>Distractibilidad (alta/baja)</p> <p>Algunas conductas son malas; por ejemplo, la negatividad, la introversión o rechazo al tacto y la independencia. Otras conductas son buenas; por ejemplo, el humor positivo, la atención y el ser consistente al tacto.</p>	<p>El niño quiere a su madre y trata de protegerla por sí mismo a los tres meses. Desde los tres meses comienza a tener la fase 0-1. Esta incluye respuestas respiratorias, secretoras y circulatorias.</p> <p>La madre le proporciona maduración y alivia su tensión. Desde el nacimiento a los 18 meses transcorre la fase 0-1. Esta incluye respuestas respiratorias, secretoras y circulatorias.</p> <p>El modo de reflejo se incorporatividad. Con una buena madre, las energías del bebé gradualmente se apartan de la concentración en el mismo y se dirigen más hacia la madre. La ausencia de poder a la madre produce tensión aumentada en el lactante que se queda sin objeto (la madre), en el que ha colocado todas sus energías.</p> <p>Esta es la angustia primaria. Los disminuimos que el niño de brazos y él que empieza a caminar para que pueda su necesidad con la limitación del rechazo y la negación.</p>

EL PRIMER AÑO

Temas o crisis psicosociales (Erickson)

Confianza o desconfianza: el primer año conquista la feza en la que se adquiere la confianza de que las necesidades serán satisfechas y el aprendizaje de sentirse físicamente seguro. Cuando las necesidades no satisfacen de manera consistente, el niño anticipa la frustración que va a tener. El resultado es optimismo. Cuando el niño anticipa frustración se desarrolla en él un sentimiento de pesimismo.

Diferencias Individuales (Vern)

Aprendizaje de los 3 meses: es posible determinar diferencias en la actividad e intemperancia, que se manifiestan (apenas durante algunas semanas).

Los 9 diferencios más: Activo/Inactivo.
Regular/Irregular (en ritmos).
Intensidad de movimiento (alta/baja).

Adecuación/Rechazo.
Adequación/Inadecuación.
Respuestas a los estímulos (alta/baja).

Maneja positivo/negativo.
Sociabilidad: capacidad de atención, persistencia (alta/baja).
Distorsionabilidad (alta/baja).

Algunas construcciones con niños: por ejemplo, la movilidad, la independencia o incluso otras y la tempestad. Otras construcciones con niñas: por ejemplo, el hábito de la adaptación y el ser, cuando otras.

Draque psicoanalítico (Sigmund Freud)

El niño quiere a su madre y teme perderla por miedo a que los rechace. Gaba (ficciones) sobre la madre muerta, lo cual le hace creer tener total.

La madre le proporciona confianza y alivia su tensión. Desde el nacimiento a los 18 meses transcurren la fase oral. Para el niño, las partes genitales, sexuales y circulatorias.

El modo de relación es interpretativo. Con una buena madre, los ejemplos de la construcción de que-tema de la construcción en sí mismo y se dirigen más hacia la madre. La ansiedad de perder a la madre produce tensión acumulada en el lactante que se queda sin objeto (la madre) en el que ha colocado toda su energía.

Esta es la segunda primera. Los deseos que el niño de tener a un objeto que comienza a sentirse para con perder su atención con la lactancia el rechazo y la repulsión.

Psicología del ego (Anna Freud y Col.)

0-3 meses: máxima normal; completa desconfianza en el niño sin darse cuenta del mundo circundante.

4-18 meses: la fase simbólica (Ortiz): la madre en vida como una extensión del cuerpo y de las reacciones del niño (vinculación).

6-18 meses: empieza la separación de los contenidos; demuestra que el niño puede distinguir entre el objeto sustituido (la madre) y todo lo demás.

18-24 meses: emerge la mente la atención: no quiere perder de vista a la madre; requiere a reconocer objetos transicionales (Winnicott), que en parte representativa a la madre y en parte al propio niño (por ejemplo, un animal o una muñeca que le da la sensación de seguridad).

Índice de identificación y desarrollo del lactante y el ego (Avali Freud)

- De la dependencia a la seguridad interpersonal y las relaciones solitarias durante el primer año hay una unidad biológica con la madre. Esta unidad evoluciona después hacia la separación y la individualización.
- De la dependencia física a la independencia física:
 - Hace tres dificultades en la alimentación y en lograr la asimilación con la madre; por ejemplo: la privación oral puede ser consecuencia de un destete prematuro con rechazo de los nuevos sabores en los alimentos. Hacia el final del primer año, el niño empieza a comer por sí solo.
 - Tiene libertad completa respecto al control de la vejiga y el intestino.
 - No tiene ninguna responsabilidad en el manejo de sus cuerpos; la madre lo hace todo. Se ve reflejado en sí mismo hacia su propio cuerpo — prototipo al niño de confianza dado a sí mismo.
- El lactante es totalmente egocéntrico (egocéntrico o narcisista). Los tristes (egocéntricos) se relacionan prescindiendo de la relación con la madre y son tratados como objetos transicionales.
- El propio cuerpo del niño pequeño, que surge de organización y de desarrollo; por ejemplo, se interesa en las partes de la boca y de las partes en contacto con su propio cuerpo y con el de su madre. Aparece en esta época a percibir objetos transicionales.

Signos del desarrollo y maduración del sistema nervioso central. (Gesell).

Campo internacional y teorías de sistemas. (Bowlby, Lorenz)

Etapas de desarrollo intelectual (Piaget)

Crisis o tareas psicosexuales. (Erickson)

Etapas psicosexuales. (Sigmund Freud)

Psicología del ego (Anna Freud y col)

- 1 1/2 años: torre de 2 cubos; pintarrear con crayón; conoce 10 palabras; capaz de aprender hábitos de eliminación intestinal.
- 2 años: torre de 6 cubos.
- 2 1/2 años: frase de 3 palabras nombre 6 partes del cuerpo; usa pronombres.
- 3 años: puede usar tricírculo; pinta la oja; reconoce colores.
- 3 1/2 años: habla solo y con los demás; dibujo simple termina en línea recta.

Desde el nacimiento hasta la edad de 2 años, la madre es el centro integrador del comportamiento afectivo. Los escapes sociales del bebé, tales como succionar, llorar, seguir con la mirada, abrazar, sonreír, todos conducen a respuestas de comportamiento de la madre. La angustia ante los extrínsecos, a los 24 meses, coincide con el punto más alto de esta adaptación con la madre. La agresión se acentúa cuando la madre trata de combatir o cuando se dirige al niño a la fuerza.

Los niños por esta época el niño rejección combing ciones mentales conserando y errando. Hay una organización relativamente coherente de la acción sensoriomotora. El niño aprende que algunas acciones tienen un efecto específico sobre el medio ambiente. Ejemplifica la actividad simbólica. Reconoce de manera constante los objetos extrínsecos. La palabra está representada en forma primitiva. Los símbolos y las figuras equivalen a los objetos. Predomina el pensamiento egocéntrico. (El niño refiere cada acontecimiento a sí mismo; por ejemplo, si le cae un juguete se le cae al niño "por que se le cae").

Hacia la edad de 3 1/2 años se establece, sobre la base de la adaptación previa, una actitud general de iniciativa que podría formularse como: "Lo que imagino que puedo ser". Esta actitud está precedida por juego de fantasía. Los fracasos en esta etapa se manifiestan por remota culpabilidad o explorar, por duda, por sentimiento de inutilidad.

Uno y medio a 3 1/2 años es la etapa anal y uretral, cuando hay la opción entre eliminación y retención. Los músculos se usan para expresar control o inhibición. Los sentimientos se desplazan hacia objetos o símbolos y se proyectan hacia los demás; por ejemplo "Yo siento de esta manera, los demás deben sentir igual".

De los 12 a 28 meses el niño atraviesa la fase de separación-individualización (Mahler). Esto se ve en que empieza a alejarse solo de los 17 a los 30 meses. Es el punto álgido de la fase de oposición (empieza la diferenciación entre el niño y su madre - Levy De los 2 años a los 3 años hay tendencia a enhuacar a la exploración, al jugar en observar y en ser observado. Cerca de los 3 años capta el concepto del otro. Se inicia la conciencia, por medio de la identificación con los padres. El método, el diálogo, la masturbación y la curiosidad son ejemplos del desarrollo. (Erickson) Hay también, juego cooperativo, de fantasía y compañeros de juego ilógicos, (que las cosas suceden cuando se las dicen).

EL NIÑO DE 1 A 3 1/2 AÑOS

Crisis o tareas psicosexuales.
(Erickson)

Hacia la edad de 3 1/2 años se establece, sobre la base de la adaptación previa, una actitud general de iniciativa que podría formularse como: "lo voy a hacer como yo puedo ser". Cada esfuerzo está precedido por juego de fantasía. Los primeros casos en esta etapa se manifiestan por renuncia culpable o explorar, por duda, por sentido de inutilidad.

Etapas psicosexuales.
(Sigmund Freud)

Uno y medio a 3 1/2 años es la etapa anal y uretral, cuando hay la opción entre elimitación y retención. Los músculos se usan para expresar control o inhibición. Los sentimientos se desplazan hacia objetos o símbolos y se proyectan hacia los demás: por ejemplo "Yo siento de esta manera, los demás deben sentir igual".

Psicología del ego
(Anna Freud y col)

De los 17 a 24 meses el niño atraviesa la fase de separación-individualización (Mahler). Esto se ve en que empieza a alejarse a gusto de los 17 a los 24 meses. Es el primer hito del sistema de oposición (propiedad la diferenciación entre el niño y su madre (Eve)). De los 2 años a los 3 años hay tendencia a ensuciar, a la exploración, al juego ser observado, y en los 3 años empieza el concepto del ser. Se inicia la conciencia, por medio de la identificación con los otros. El odio, el disgusto, la masturbación y la curiosidad son expresiones del desarrollo del ego. Hay también juego cooperativo, de fantasía, y compañeros de juego (a menudo cuando se les desean).

Líneas del desarrollo y acomodación del instinto y del ego. (Anna Freud).

1. Del segundo al cuarto año, la madre es un objeto parte, o un instrumento que captura el instinto del niño debido a sus necesidades. Hacia el tercer año, el niño tiene una constante representación mental de la madre, prescindiendo de que está ausente o de que no le proporcione la satisfacción. El niño actúa como si la reconstituyera, la extrañara y dudaba de que va a regresar. Hacia el final del tercer año, la etapa ambivalente (preedipal-anal) se ejemplifica por amor y rechazo con odio, según sus descomulanzas.
2. Desarrollo hacia la independencia del cuerpo.
 1. Aunque el niño se alimenta solo, la comida es el campo de batalla en la diferenciación de su madre ("batalla por la cuchara" - "La comida"). Hay rechazo por los dulces, las golosinas y rechazo de alimentos siempre dirigidos hacia la madre.
 2. Los productos corporales son investidos de energía sexual negativa. Hay oscilaciones entre el amor y el odio, la curiosidad y la indiferencia, atesorar y vaciarlos. Los impulsos instintivos, al pasar de la zona anal, producen un aumento de comportamiento contradictorio.
3. Al aumentar el funcionamiento del ego el niño se enfrenta y los deseos peligrosos son controlados bajo el principio de realidad; por ejemplo, fuego, altura, agua, son hechos que deben ser respetados.
4. De 1 a 3 1/2 años, el niño ve a las demás personas como auxiliares para llevar a cabo sus deseos. Hacia la edad de 4 años se convierte en compañeros y objetos por su propio derecho para ser tenidos y admirados. Al mismo tiempo, empiezan los inicios de la amistad.
5. Al progresar del interés exclusivo en su propio cuerpo y en su juego, el niño cambia de un objeto transicional específico a otros objetos innamados a los que confiere energía sexual y odio y a los que confiere energía sexual y agresiva. A mitad del tercer año, los juegos que están de abrazar tienen menor importancia que el juego de abrazar. El juego también está presente durante la noche. El juego ayuda a dirigir los impulsos de energía hacia fines socialmente útiles.

AVISOS	ESTIMULOS	JUGUETES
<p>Si frecuenta el jardín de infantes, deben armarse sus actividades, caseras con las que realice en el jardín, para que no se cause ni se irrite.</p>	<p>Estimularlo a correr y saltar. Escucharlo y responder a sus preguntas. Ayudarlo a utilizar un lenguaje más variado y amplio. Darle algunas responsabilidades y confiarle tareas simples y agradables. pedirle que se lave y que se vista. Aplaudir su progreso y agradecer su ayuda.</p>	<p>Estimularlo continuamente a que aprenda nuevos juegos e incluso invente juegos y juguetes.</p>

DE 4 A 5 AÑOS

AVISOS	ESTIMULOS	JUGUETES
<p>Es necesario convertir mucho con el niño y ganar su confianza acerca de intereses y gustos.</p>	<p>Preservarle a saltar con los pies juntos y con un pie después del otro, saltar a la cuerda, llevar un vaso con agua, cambiar de posición, caminar sobre un hilo, lanzar y recibir la pelota. Hacerle contar objetos y reconocer colores. Preservarle a conocer los animales, con sus características y ruidos, así como las frutas, alimentos y árboles. Preservarle a cantar y a repetir canciones de juego. Preservarle a responder preguntas simples, a seleccionar objetos por su forma, tamaño y color. Preservarle a tocar instrumentos simples de música. Pedirle que cumpla actividades interesantes y sencillas.</p>	<p>Rampolcalbeztes, Instrumentos musicales, Juguetes que lo lleven a construir situaciones y cosas.</p>
<p>Estimularlo para que imagine juegos y amonore tesoros. Estimular su observación y escucharlo cuando describe cosas y situaciones. Responder a todas sus preguntas, aun a las incómodas. Dejarlo tomar responsabilidades en tareas domésticas, que no sean peligrosas. Preservarle que los mejores juguetes son los que imagina y transforma el mismo niño.</p>		

EL NIÑO DE 3 1/2 A 6 1/2 AÑOS (PREESCOLAR)

Marcas de desarrollo
(Gesell)

Etapas del desarrollo in-
telectual. (Piaget)

Etapa psicosexual
(Sigmund Freud)

Psicología del ego.
(Anna Freud)

- 4 años: Copia X; avienta objetos; desarrolla la orientación derecha/izquierda.
- 4 1/2 años: Copia ; hace nudos en un cordón.
- 5 años: copia ; hace nudos en un cordón.
- 6 años: Escribe su nombre con letras de imprenta; se ata los zapatos; arremeda funciones simples; monta en bicicleta.

De los 3 a los 7 años -- transcurre la etapa llamada "preoperacional" o "preconceptual". El pensamiento es instintivo, prelógico (mágico). Empezan los primeros intentos relativamente desorganizados y torpes para posesionarse el nuevo y extraño mundo de los símbolos. El pensamiento es todavía egocéntrico -- las conclusiones se basan en sentimientos o en lo que el niño quisiera creer.

Los 4 años marcan la etapa falica (locomotora) Modalidades intrusiva; -- hay mucho interés en la competencia, la pobreza y el dominio. La fase -- edípica es la última. El niño en esta fase quiere al padre del sexo opuesto y tiende a alejarse -- del padre del mismo sexo. Hay temor de que éste lo castra, lo cual da lugar a la represión de los deseos edípicos originales. Aparece ambivalencia hacia ambos padres, que se resuelve por la renuncia al objeto heterosexual -- incestuoso y la búsqueda posterior del sexo opuesto (lo que normalmente -- ocurre después de los 6 años).

- 4 años: El dominio de los movimientos es muy importante como lo muestra la terminación de las tareas; disminuye el pensamiento mágico; -- continúa la rivalidad con -- el padre del mismo sexo.
- 5 años: se siguen reglas; los juegos de tipo pre-latencia son sustituidos por juegos -- de latencia en los que cuenta la habilidad.
- 6 años: se logra resolver problemas, higiene voluntaria, competencia, aficiones y -- juegos ritualistas.

L
y

A

E

psicosexual
(Anna Freud)

Psicología del ego.
(Anna Freud)

Líneas de desarrollo y acomodación del instinto
y ego. (Anna Freud).

años marcan la etapa (locomotora) agresiva intrusiva; - mucho interés en la agresión, la pobreza de dominio. La fase - esta es la última. El niño en esta fase quiere ser del sexo opuesto, tiende a alejarse del padre del mismo sexo. El temor de que éste lo eche, lo cual da lugar a la represión de los deseos edípicos originales. Existe ambivalencia hacia ambos padres, que se alivia por la renuncia al objeto heterosexual - estuoso y la búsqueda superior del sexo opuesto, lo que normalmente ocurre después de los 6 años).

- 4 años: El dominio de los movimientos es muy importante como lo muestra la terminación de las tareas; disminuye el pensamiento mágico; - continúa la rivalidad con el padre del mismo sexo.
- 5 años: se siguen reglas; los juegos de tipo pre-latencia son sustituidos por juegos de latencia en los que cuenta la habilidad.
- 6 años: se logra resolver problemas, higiene voluntaria, competencia, aficiones y - juegos ritualistas.

- A. El período fálico (4 a 5 años): El niño se aproxima a verdaderas relaciones mutuas aunque todavía pretende derechos exclusivos con cada uno de sus padres. El temor de la castración está en su punto álgido, también el exhibicionismo.
- B. Desarrollo hacia la independencia corporal:
 1. Cuatro y medio a 6 1/2 años: el alimento deja de representar a la madre aunque conserva su cualidad mágica; por ejemplo, el comer demasiado hace que se engorde y que se tenga un niño. El acto de comer puede sexualizarse (anorexia); puede intervenir en la formación de reacciones; por ejemplo, el rehusar la comida es una manera de negar el deseo de devorar a la madre.
 2. Hacia los 5 años, las actitudes respecto al control del intestino y la vejiga empiezan a parecerse a las de la madre a través de la identificación y la maduración del superego. El ego desarrolla defensas internas contra los deseos uretales y anales (libertad total de ensuciarse) y ahora se encierra dentro de patrones tales como puntualidad, limpieza y - compasión.

EL NIÑO DE LOS 6 1/2 AÑOS A LOS 11 AÑOS (EDAD ESCOLAR)

Marcas de desarrollo
(Gesell)

Etapas de desarrollo in-
telectual.
(Piaget)

Crisis o tareas psicoso-
ciales.
(Erickson)

Etapas psicosexuales
(Sigmund Freud)

- 7 años: El niño hace --
analogías opuestas --
sencillas; conoce los
días de la semana.
- 8 años: cuenta 5 digi--
tos más; puede defi--
nir el sentido de las
palabras valeroso y -
tonterías.
- 9 años: conoce las esta-
ciones, aprende rimas.
- 10 años: Cuenta 4 digi--
tos inversos; expresa
y define las palabras
piedad y sorpresa.

De los 7 a los 12 años -
es la etapa de "pensa--
miento concreto coopera-
tivo". La estabilidad y
la coherencia son reem--
plazadas por la organiza-
ción conceptual se apli-
ca a objetos en el mundo.
Las cualidades físicas -
se ven como constantes,
a pesar del cambio en ta-
maño, peso y volumen.

Entre los 6 y los 11 --
años las habilidades y--
valores del niño se ex--
tienden para incluir los
de su vecindario y la es-
cuela. Las adaptaciones
bien logradas conducen a
la industria (soy lo que
aprendo); las desafortu-
nadas a la inferioridad.

Entre los 7 y los 11 años -
transcurre un período de late-
ncia. El impulso sexual es con-
trolado y reprimido. Se utili-
zan los mecanismos inconscien-
tes del aislamiento (separa-
ción de una idea del sentimi-
to que la acompaña),seudoco-
pulsión (rituales y amenismos
repetidos como golpear con el
pie, tirarse del cabello, ca-
nar sin pisar las grietas de
suelo), manifestar lo contrar-
io de lo que se siente (un
niño negará su odio hacia el
hermano diciendo que lo
quiere) y sublimación de de-
seos instintivos (encauzami-
to de los impulsos hacia ob-
jetivos; por ejemplo: las nec-
esidades bucales pueden evoluc-
nar hacia interés por la bu-
comida). El énfasis durante
latencia se enfoca también
en talentos y habilidades
desarrollo.

areas psicoso-

Etapas psicosexuales
(Sigmund Freud)

Psicología del ego.
(Anna Freud)

Líneas de desarrollo y acomodación del instinto y del ego. (Anna Freud)

6 y los 11 --
abilidades y--
el niño se ex--
ra incluir los
ndario y la eg
adaptaciones
das conducen a
ria (soy lo que
las desafortu--
a inferioridad.

Entre los 7 y los 11 años --
transcurre un período de laten
cia. El impulso sexual es con--
trolado y reprimido. Se utili--
zan los mecanismos inconscien--
tes del aislamiento (separa--
ción de una idea del sentimien--
to que la acompaña, pseudocomp--
ulsión (rituales y amenrismos
repetidos como golpear con el
pie, tirarse del cabello, cami--
nar sin pisar las grietas del
suelo), manifestar lo contra--
rio de lo que se siente (un ni--
ño negará su odio hacia el nue--
vo hermano diciendo que lo --
quiere) y sublimación de de--
seos instintivos (encauzamien--
to de los impulsos hacia obje--
tivos; por ejemplo: las necesi--
dades bucales pueden evolucionar
hacia interés por la buena
comida). El énfasis durante la
latencia se enfoca también ha--
cia talentos y habilidades de
desarrollo.

El niño de 9 años es: razona--
ble acerca de la comida; buen--
compañero; interesado en rela--
ciones fuera de la familia.
Desarrollo de las funciones --
del ego autónomo: se comportan
bien automáticamente en áreas
que antes creaban conflicto; --
por ejemplo, utiliza palabras
en lugar de violencia; obedece
de buen grado la mayoría de --
las reglas; puede posponer la
satisfacción inmediata.

- A. En las relaciones: el ni--
ño de 6 a 11 años trans--
fiere su interés a otras
personas fuera de la fa--
milia. Esto y la desili--
ción normal con los pa--
dres lleva la sensación
de haber sido adoptado --
(la "novela familiar" --
donde se imagina a la pa--
reja ideal de los padres.
- B. Desarrollo hacia la inde--
pendencia corporal:
1. Es la fase final de --
la sexualización del
comer como una acti--
tud racional.
 2. En el control de los
instintos y la vejiga,
la limpieza se --
desconecta de ligas --
objetivos y se con--
vierte en una preocu--
pación autónoma del
superego.
 3. El niño domina comple--
tamente el manejo de
su cuerpo.

Líneas de desarrollo
instinto y del ego.
(Anna Freud)

DE LOS 11 A LOS 18 AÑOS (ADOLESCENCIA)

Marcas de desarrollo
(Gesell)

Etapas de desarrollo intelectual
(Piaget)

Crisis o tareas psicosociales
(Erickson)

Etapas psicoesenciales.
(Sigmund Freud)

Patología del ego
(Anna Freud)

11 años en adelante: Sabe por dónde se pone el sol, lo que es un microscopio, el nitrógeno y por qué flota el aceite. Divide 74 entre 7; encuentra similitudes abstractas, comprende que quiere decir D.D. Repite cifras de 6 dígitos del 1 al 9 y de 5 dígitos a la inversa.

Doce años: pensamiento formal operacional: Entiende bien la realidad, como también proposiciones abstractas y el mundo de la posibilidad. Su conocimiento es de tipo adulto. El razonamiento deductivo está desarrollado. Puede valorar la lógica y la calidad del pensamiento propio. El sujeto es capaz de entender las leyes y los principios. Todo lo es específico a todos los ideales y actitudes importantes se desarrollan al final de la adolescencia y al principio.

Resumen de Piaget.
General: Cambios de adaptación y superación y reorganización de la mente. La asimilación y el ajuste en un ambiente favorable produce la acomodación de las estructuras mentales a las exigencias de la realidad. Toda función mental se desarrolla de acciones motoras sobre objetos. El crecimiento de la inteligencia se basa en la transformación de estas estructuras motoras en pensamientos y memorias del pasado para acercarse más a la novedad asimilada. El desarrollo del pensamiento se juega entre la asimilación y la acomodación. Cuando se detiene la acomodación con respecto a una asimilación, entonces el comportamiento se adapta o hay un equilibrio entre la asimilación y la acomodación. Es una tendencia humana el mantener todas las posibles novedades. Es la novedad la que motiva las reacciones de repetición o circularidad, a fin de dar mayor contacto y exposición a lo que no es familiar.

Entre los 12 y los 17 años el joven trata de "saber lo que soy". Los valores predominantes son los del grupo de compañeros adolescentes y de sus líderes. El resultado es la identidad. Si el individuo no logra el resultado deseado experimenta "difusión de la identidad".

Después de los 17 años la habilidad de amar es tan importante como el éxito que se logra por la intimidad. La falta de éxito conduce al aislamiento y a la alienación. Los valores de esta época son: fidelidad, amistad y cooperación. El comportamiento sexual y la competencia se aceptan al tipo adulto.

De los 11 a los 13 años (pubertad): Importancia del grupo de compañeros; reevaluación de la lucha élfica como consecuencia de resurgimiento de los impulsos sexuales. El contacto con el sexo oportuno vuelve a verse como psicológicamente peligroso, ya que conduce a la incompetencia con otros del mismo sexo, y probablemente a la derrota. Además busca un nuevo "yo" idealizado para reemplazar a los padres que ahora están descreditados, lo que a menudo produce atracción por otra persona del mismo sexo que tiene cualidades admirables (fase homosexual "normal"). De los 13 a los 18 años: Madurez de los instintos y adultos. Los sentimientos de adaptación son la intelectualización, la racionalización. La genitalidad se logra cuando la presencia del órgano heterosexual. La culminación de estas etapas es la capacidad de amar y trabajar.

La rebelión del adolescente niño/a las liga con la familia. Se forman pandillas de amigos. Se solidifican los hábitos de responsabilidad y de trabajo independiente. Adolescencia tardía: los intercambios heterosexuales conducen al matrimonio y la disposición para la paternidad. Las actividades recreativas o intelectuales promueven la elección de una vocación y su realización posterior.

- A. En las relaciones mismas. Los preadolescentes de 13 años, tienen conciencia y se deben lograr alcanzado ego y de latencia. Los adolescentes años aflojan los deseos. De los 15 años en adelante, hay una que conduce los impulsos de las relaciones y de saber dar y recibir.
- B. Todas las líneas de la independencia se solidificándose. Hay una aceptación de las necesidades de trabajar en la línea de desarrollo del juego, lo que el uso de objetos control de los la tolerancia de vivir dentro de la realidad (las actividades recreativas) son también el trabajo del ego.

DE LOS 11 A LOS 18 AÑOS (ADOLESCENCIA)

Tareas psicosociales Etapas psicosexuales. (Sigmund Freud) Psicología del ego (Anna Freud)

De los 12 y los 17 años el tema de "saber lo que se quiere" es predominante. Los valores del grupo de compañeros y de sus ideas influyen en el resultado de la decisión del individuo no lo confundiendo desear la adquisición de la identidad.

De los 17 años la habilidad de usar en tan importante el éxito que se logra, la amistad. La falta de éxito conduce al aislamiento y hostilidad. Los valores acerca son: fidelidad, cooperación. El concepto sexual y la cooperación acercan el tipo adulto.

De los 11 a los 13 años (puerbertad): Importancia del grupo de compañeros; recapitulación de la lucha edípica como consecuencia de resurgimiento de impulsos sexuales. El contacto con el sexo o punto vuelve a verse como potencialmente peligroso, ya que conduce a la competencia con otros del mismo sexo, y posiblemente a la derrota. Además se busca un nuevo "yo" idealizado para resurgir a los padres que ahora están de sacerdotado, lo que a menudo produce atracción por otra persona del mismo sexo que tiene cualidades adultas (fase homosexual "normal").

De los 13 a los 18 años: Madurez de liberar pasiones de adolescentes y adultos. Los mecanismos de adaptación son la intelectualización, la racionalización. La genitalidad se logra con la primacía del orgasmo heterosexual. La culminación de estas etapas es la capacidad de amar y trabajar.

La rebelión del adolescente afloja las ligas con la familia. Se forman pandillas de amigos. Se solidifican los hábitos de responsabilidad; de trabajo independiente. Adolescencia tardía; los intentos heterosexuales conducen al matrimonio y la disposición para la paternidad. Las actividades recreativas e intelectuales preparan al joven adulto para elección de una vocación y su realización posterior.

Líneas de desarrollo y acomodación del instinto y del ego. (Anna Freud)

- A. En las relaciones y confianza en sí mismo. Los preadolescentes, entre los 11 y 13 años, tienen un regreso de ambigüedad y se debilitan algunos de los logros alcanzados en el período fallido y de latencia. Los adolescentes de los 13 a los 15 años aflojan los lazos con los padres. De los 15 años en adelante: supremacía genital. Hay una lucha activa y sana que conduce al control final de los impulsos de los primeros 6 años. Las relaciones adquieren la cualidad de saber dar y tomar; la autoayuda mutua.
- B. Todas las líneas de desarrollo hacia la independencia del cuerpo siguen desarrollándose. Durante la adolescencia hay una aceptación voluntaria final de las reglas de higiene y de las necesidades físicas. La habilidad de trabajar es la culminación de las líneas de desarrollo que comenzó con el juego; la ejecución de tareas y el uso de objetos inanimados. El control de los impulsos destructivos y la tolerancia de la frustración y el vívido drama del principio de la realidad (las satisfacciones futuras pueden requerir renunciamiento para el trabajo del adulto).

Comentario sobre las líneas de desarrollo enunciadas por Anna Freud.

Cada una de las líneas A, B1, B2, B3, B4, B5, representan equilibrio introproyector entre el superygo y el id. Ninguna de estas 5 líneas debe estar excesivamente alargar a un niño. El verdadero cuadro se obtiene mejor por el agrupamiento o perfil de diferentes líneas introproyectoras. Hasta un muchacho de 16 años puede tener varios amigos íntimos, amar demasiado, ser desafiado en su persona, exhibirse a los dientes, practicar ejercicios corporales, tener varias aficiones y estudiar poco en la escuela. Habrá alcanzado diferentes etapas en sus diversas líneas de desarrollo. Estos datos indican que se están acercando a la adolescencia emocional.