

36
24

Universidad Nacional Autónoma de México
Escuela Nacional de Trabajo Social



NIVEL DE DESARROLLO DEL PRO-
CESO DE SOCIALIZACION QUE PRE-
SENTAN LOS NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS
DE EDAD DEL HOSPITAL PSIQUIA-
TRICO INFANTIL "DOCTOR JUAN
N. NAVARRO"



ESCUELA NACIONAL
DE TRABAJO SOCIAL

Que para obtener el título de:
PROFESIONALES

LICENCIADA EN TRABAJO SOCIAL

Presenta:

HIGINIA ORTIZ MARTINEZ

Director de Tesis:

LIC. BLANCA SANCHEZ SANCHEZ

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

México, D. F.

Enero de 1990



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

Páginas

INTRODUCCION

C A P I T U L O I

1. FORMACION DEL DESARROLLO DEL PROCESO DE SOCIALIZACION DEL NIÑO FRENTE A LA SOCIEDAD	4
1.1 Definición de socialización	4
1.2 Proceso de socialización	6
1.3 Definición de personalidad	17
1.4 Tipos de conductas	18
1.5 Definición de aprendizaje	20

C A P I T U L O II

2. ATENCION INSTITUCIONAL DEL PACIENTE QUE MANIFIESTA PROBLEMAS PARA SOCIALIZARSE	23
2.1 Tratamiento integral del paciente	23
2.2 Funcionamiento de consulta externa y hospital de día....	24
2.3 Elaboración del estudio social	25
2.4 Uso del familiograma por el Trabajador Social	29
2.5 Atención al paciente en equipo multidisciplinario.....	34
2.6 Manejo de la familia	35
2.7 Orientación y/o derivación de casos	36
2.8 Visita domiciliaria	37

C A P I T U L O I I I

Página

3. INVESTIGACION DEL NIVEL DE DESARROLLO DEL PROCESO DE SOCIALIZACION, EN 20 NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS DE EDAD , DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL.....	39
3.1 Metodología de la investigación	39
3.2 Presentación y análisis de datos	42
3.3 Conclusiones	65

C A P I T U L O I V

4. PROPUESTA DE TRABAJO SOCIAL PARA CONTRIBUIR EN EL MEJORAMIENTO DE LOS NIÑOS QUE PRESENTAN PROBLEMAS PSIQUIATRICOS	69
4.1 Funciones y actividades del Trabajador Social en el área psiquiátrica	69
4.2 Funciones que debe cumplir la familia	73
SUGERENCIAS	78
ANEXOS	80
BIBLIOGRAFIA	105

INTRODUCCION

La familia tiene una importancia vital en la formación del niño, porque a ella corresponde dar bienestar o malestar, satisfacción o insatisfacción; según las funciones y papeles que desempeñen los padres. De aquí que, el principal agente en el proceso de socialización es la familia, o el grupo de parentesco. De modo que el niño construye su primer esquema del mundo y de la vida social, su primera noción de los valores y del comportamiento, a través de la visión de los valores seguidos por sus padres, así como su módulo de vida. Sus primeras reacciones ante su mundo se caracterizan por la dependencia que surge a causa de su incapacidad, la agresión que nace desde su existencia como una personalidad y la ansiedad originada por el conflicto entre ambos, lo lleva a comportarse en forma positiva o destructivamente ante la sociedad.

Las causas que originan conflictos en el nivel de desarrollo del proceso de socialización del menor de edad, tema de esta tesis, son de importancia, ya que tanto el medio familiar y escolar son factores que influyen adecuada o inadecuadamente en el desarrollo psicosocial del niño. Por lo tanto, como todo ser indefenso y sujeto a normas preestablecidas es un individuo al que se debe enseñar con anhelo y cariño a vivir dentro de una sociedad, donde posteriormente tiene que luchar por alcanzar sus metas y fines personales. También debe ser aceptado desde el momento que nace tal como es, con sus propias virtualidades

y estructura física; para lograr esta aceptación hay que preparar y orientar a los padres, para que desempeñen con eficiencia sus funciones y papeles, dando seguridad a sus miembros y así puedan enseñar al niño a afrontar sin temores los problemas a que sea enfrentado en la sociedad.

El Trabajador Social dedicado a ser parte solidaria y activa en la resolución de problemas a que es enfrentado en su medio ambiente, ha visto la necesidad de contribuir en el mejoramiento del bienestar de las familia que manifiestan diferentes problemas. En este sentido, el Trabajador Social es la persona más indicada para promover la organización y participación social; en base al funcionalismo, la principal función del Trabajador Social es la de fungir como mediador entre la institución y la comunidad. Por lo tanto, ubica a la familia, educación, religión, política, economía y el militarismo, como instituciones sociales.

En la presente tesis se pretende estudiar lo referente a las causas que influyen en el nivel de desarrollo del proceso de socialización de los menores de edad. Así, en el primer capítulo se habla de la formación del desarrollo del proceso de socialización del niño y las conductas que asume durante su infancia y el desarrollo de su personalidad.

En el segundo capítulo, se trata lo relacionado a la atención institucional que se brinda a éstos niños en el Hospital Psiquiátrico Infantil, incluyendo al equipo multidisciplinario de salud, así como el manejo de la familia que es llevado a ca-

bo principalmente por el Trabajador Social.

Se presenta en el tercer capítulo la investigación aplicada a las familias de los pacientes, la cuál está encaminada a mostrar lo más claramente posible el nivel de desarrollo del proceso de socialización, aunado a él las causas que influyen ; además se muestra la metodología utilizada en la investigación y por último, en el cuarto capítulo se habla de una propuesta de Trabajo Social para contribuir en el mejoramiento de las familias que presentan problemas de diversa índole, y que a través de la ayuda y participación del Trabajador Social se atenderá lo mejor posible tanto a la familia como a los pacientes en sí, que acudan al Hospital Psiquiátrico Infantil.

CAPITULO I

FORMACION DEL DESARROLLO DEL PROCESO DE SOCIALIZACION DEL NIÑO FRENTE A LA SOCIEDAD

En este capítulo se hablará específicamente sobre el desarrollo del proceso de socialización del niño frente a la sociedad en que se ha venido desarrollando, así como también se dan a conocer algunas conductas que asumen los niños ante el proceso de aprendizaje que adquieren en su medio familiar. Pero cuando alguna de estas conductas son anormales ante la sociedad, a la familia le causa desconcierto y desequilibrio.

1.1 DEFINICION DE SOCIALIZACION.

La primera relación social del niño con sus padres se desarrolla a partir de sus necesidades. Posteriormente, cuando comienza a tener contacto con otros niños pequeños, ello hace posible satisfacer sus necesidades a través de ellos. Porque el niño en su clima familiar ha aprendido algunas habilidades a través de los juegos que su familia le ha dotado. No solamente la familia provee un medio ambiente inmediato de relaciones sociales entre sus miembros, sino que también la escuela, la que es una de las primeras etapas de la socialización del niño, después de la realizada en la familia, ya que es aquí en donde el pequeño se enfrenta a un grupo de niños con quienes se relacionará a su manera, así como con su profesor, de modo que parezca

razonable esperar que la imagen que el niño se hace de su profesor sea una combinación de parecidos y diferencias con la que tiene sus padres.

Así la formación de la socialización, es la de la adaptación a la vida de la sociedad y se va formando en el curso del crecimiento y desarrollo del niño; es decir, empezando por el medio familiar y luego se va expandiendo a medida que el niño se va relacionando con otros grupos: escuela, amigos, y demás. Se va formando desde un principio con la educación que le brindan sus padres y maestros, utilizando además, las experiencias personales en los intercambios que le proporcionan los medios de comunicación, así como todos los conocimientos adquiridos. De aquí que la "Socialización se entiende en el sentido de integración del individuo en la sociedad en que vive" 1) O sea, es el desarrollo de los rasgos individuales en conformidad con las pautas sociales dominantes del sistema social. Porque el hombre está destinado a vivir en sociedad y día a día entra en contacto con sus semejantes y tiende a evolucionar en medio de diversos grupos sociales, como suelen ser: familia, escuela, profesión, relaciones, encuentros o diversiones, en los que se sumerge sólo o con otros. Tiene las posibilidades de socializarse con los demás individuos para lograr su adaptación, ya sea hacia un grupo social determinado a que sea enfrentado ó, a la so

1) Yvonne Yvon Guy Perdoncini, Manual de Psicología y Reeducación infantil, 1968; pag. 109.

ciudad en general; cuando el niño no logra su total socialización, vive replegado en sí mismo, lo que ocasiona dificultades para relacionarse con las personas que le rodea, es por eso que manifiesta su comportamiento mediante la agresividad, frustración, aislamiento, timidez, entre otros. Estas conductas se acentúan más en el niño cuando la familia tiene problemas en su dinámica familiar.

Si la base de socialización del niño es insuficiente, defectuosa o está alterada, el menor aunque intimidado al comienzo, y desconfiado ante su nuevo medio (familiar o escolar) lo estudia y comienza a interrelacionarse poco a poco, hasta que adquiere mayor confianza en él. Dependiendo de las conductas que recibió en su medio familiar va a relacionarlas con el comportamiento de sus compañeros de la escuela, es decir; con respecto a sus compañeros reacciona como lo hizo contra sus hermanos: agresivo con unos, temeroso ante otros y uniéndose con terceros, entonces es capaz de ayudar a contribuir un grupo de oposición al maestro. Sin embargo, si la base del desarrollo del niño es nula por detención de la evolución afectiva de los padres, el niño amo del mundo, por carencia educativa total (niños abandonados así mismos), la adaptación escolar les será muy difícil de adquirirla.

1.2 PROCESO DE SOCIALIZACION.

El niño así como el adulto más tarde, aprende sus hábitos -

tos, sus actitudes y todo lo referente a su cultura de quienes lo cuidaron cuando era pequeño, quedando moldeado sólo por factores externos, tales como la familia y la sociedad, si él mismo no tomó una parte activa en el proceso de su desarrollo. Las respuestas a los múltiples estímulos aportados por su medio ambiente variarán de acuerdo con sus características, diferencias temperamentales, los modos en que haya aprendido a percibir y sus sentimientos de agrado que surgan ante cada ocasión.

El proceso de socialización es el procedimiento sociopsicológico en que se desarrolla el hombre, a través de éste se forma la personalidad, bajo el influjo de instrucción educativa; cuyo proceso es entrelazado: " a) con las instituciones en que el proceso en general; de condicionamiento es relacionado con el proceso de enseñanza-aprendizaje, la familia, los grupos de juego, los grupos sociales, la comunidad, la iglesia, el cine, etc; b) con algunos problemas de la sociología de los grupos formados en el proceso educativo y de los grupos encargados de la educación: maestros, profesores, administradores, etc. " 2).

De lo anterior se explica, que el niño como material educativo disponible de sus padres, requiere de mucha comprensión y atención de las actividades que realiza, no sólo de los padres, sino también de los adultos en general. quienes deben de tratar de comprender al máximo a sus hijos y a los niños en general, -

2) Henry Pratt, Fairchild, Diccionario de sociología, 1944, pag. 280.

ya que el desarrollo psicosocial del hombre se da a través de varias etapas, siendo Erik Erikson quién las clasifica en: ocho edades del hombre, de aquí que se toman en cuenta las cuatro - primeras, porque son las que se presentan desde el nacimiento - hasta la pubertad, etapas que pertenecen a la edad de los pacientes estudiados durante la investigación, siendo las siguientes:

- 1.- Confianza básica vs Desconfianza básica
- 2.- Autonomía vs Vergüenza y duda
- 3.- Iniciativa vs Culpa
- 4.- Industria vs Inferioridad

1. La confianza básica vs desconfianza básica es "la fe de - los padres que sutenta la confianza que emerge en el recién nacido, ha buscado a través de toda la historia su salvaguardia-institucional en la religión organizada " 3) En este período- el niño empieza a tener confianza de los adultos, así como de - la mismidad y continuidad de factores externos que esten a su - alcance, por lo que la confianza individual del niño debe con- vertirse en una fé común y la desconfianza en un mal comúnmen- te formulado en sí mismo.

2. Autonomía vs vergüenza y duda, "esta etapa, por lo tanto, se vuelve decisiva para la proporción de amor y odio, cooperación y terquedad, libertad de autoexpresión y su supresión" 4)

3) Erik H. Erikson, Infancia y Sociedad, 1983, pag. 225.

4) *Ibíd*

Se habla de autonomía en este período, porque a medida que el niño se va desarrollando y va creciendo de a cuerdo a las condiciones que persistan en su medio ambiente, poco a poco se va independizando de sus padres, por lo que a ellos corresponde indicarle con límites la libre elección, es decir, los padres son los que enseñan al menor a elegir por su propia cuenta las cosas. Sin embargo el menor lucha por sus manifestaciones de ver-güenza ante sus mayores, ya que se presenta en el diferentes -- cambios en su personalidad.

3. Iniciativa vs culpa, "Con todo, la iniciativa es una parte ng cesaria de todo acto, y el hombre necesita un sentido de la iniciativa para todo lo que aprende y hace, esta es entonces, la etapa del complejo de castración " 5) En cuya etapa se dan prin cipalmente los sentimientos de culpa con respecto a las metas - planeadas por el pequeño. Destaca aquí el llamado "complejo de - castración", el cuál está determinado por una "fijación" en los órganos genitales masculinos. Dónde el niño se siente orgulloso y superior, pero tiene temor de sufrir mutilación, cuando hay - sentimientos de culpabilidad referidos a él. Sin embargo la niña siente inferioridad por su ausencia y puede experimentar el te - mor de haber sido mutilada o privada de ellos.

4. Industria vs inferioridad, "a medida que el niño adquiere ca - pacidad para manejar los utensilios, las herramientas y las armas que utiliza la gente grande, los individuos educados, deben prepa - rar al niño, enseñándole a leer y a escribir " 6).

5) Ibíd

6) Ibíd.

En esta etapa se da el sentimiento de inadecuación e inferioridad, porque, cuando el desarrollo de más de un niño se ve desbaratado en su medio familiar, o no se le ha enseñado a ser enfrentado ante su sociedad y ante su vida escolar, es entonces, cuando surgen los obstáculos tanto internos como externos de su capacidad individual. Conocida esta etapa también, como la etapa de latencia, debido a que los impulsos violentos están regularmente inactivos.

Por otra parte, el manual de psicología de Perdoncini, clasifica el desarrollo de la evolución afectiva del niño en los siguientes estadios: Primer estadio: Corresponde el nacimiento, segundo; el destete, tercero; afectivo, cuarto; edad escolar o de la razón y quinto; del silencio psicológico.

En el primer estadio se presenta el nacimiento del niño - quién llega al aire libre y su situación cambia en unos minutos en forma radical, porque siente impulsos y necesidades que tienen que ser satisfechas, como es el respirar, mamar, deglutir, digerir los alimentos y expulsar los residuos, y así, a medida que va creciendo va aumentando su participación activa, donde a estas funciones básicas se le van asociando otras más complejas como son: toma de contacto con la vista, oído, tacto, sonrisa, movimientos y ensayos de balbuceo en relación consigo mismo y con el mundo exterior. Aquí, principalmente los padres tienen sus funciones y responsabilidades que cumplir con el niño, de modo que si son satisfechas todas las necesidades que el niño demanda, el bienestar y la seguridad siguen como consecuencia -

lógicas, a las que se mezcla la sensación de placer: su instinto vital se siente asegurado. Por lo tanto, este período dura doce meses, logra el niño una discreta progresión de su desarrollo y psicológicamente está centrado en sí mismo, sobre su vida y crecimiento. Egocéntrico absoluto, porque es el centro de todo, recibe y percibe todo en función de su propio yo.

El segundo estadio, se refiere al destete, considerándose - el fin del primer año de vida, es decir; en este período, el niño deja de ser bebé de su cuna y empieza a tomar una parte mucho más activa en todo. Deja de ser el ser pasivo, y ahora, recibe todo del exterior, aunque su grado de dependencia sea muy grande todavía. Además trata de iniciar su marcha, y empieza a querer comer y beber sólo, manifiesta la mímica expresiva de sus primeras palabras. Es una etapa en que el instinto vital sigue siendo básico, ya que la necesidad de amor y seguridad se siguen dejando sentir mucho, así como la de la vigilancia y protección, mientras que la educación va cobrando cada vez mayor importancia.

El tercer período corresponde al afecto del pequeño, que empieza a los tres años y medio, y según la precocidad o retraso del niño puede iniciarse antes o retrasarse. Es aquí cuando el pequeño descubre que el afecto de su entorno no está únicamente orientado hacia él y que existen circuitos afectivos de él. Por lo que a los padres les corresponde enseñarle a superar las dificultades que se le presente al pequeño. Posteriormente, el niño empieza a efectuar sus primeros pasos en el camino de la relación social. Es el momento en que se inculcan las bases de la -

socialización, que tras este aprendizaje en el medio familiar, debe proyectarse hacia el exterior con sus pequeños compañeros de juego primero y, más tarde, en la escuela y la sociedad. Por que esta primera etapa de la socialización debe su importancia a que más tarde repercutirá sobre la vida social del sujeto.

El cuarto estadio, se refiere a la edad escolar o del uso de la razón, que empieza de los seis a los siete años de edad; es la etapa en que el niño empieza su escolaridad con el régimen de enseñanza y disciplina que la constituyen como tal, ya que en la escuela se le enseña a leer, escribir y contar, el lenguaje escrito y matemático, con ello, ahora, debe aprender, comprender, memorizar e integrar. Por lo tanto, la autoridad de los padres y maestros puede reforzarse mutuamente, o bien, actuar de forma contraria. Pero en ocasiones sucede que el régimen de disciplina de la escuela puede ser más rígido o bondadoso que el familiar. Dónde la enseñanza, sobre toso en el terreno ético, moral y religiosos, puede así mismo estar en desacuerdo con el familiar, por lo que todo puede contribuir a que se establezca una desvalorización del clima familiar.

El niño pués, debe adaptarse a esta nueva etapa de relación alumno-maestro, tan distinta de la que tiene con sus padres en el hogar, y con sus compañeros existe también una tarea de relación social a realizar. Por lo que el comienzo de la vida escolar es importantísima en el aprendizaje de la socialización porque marca para el niño el momento en que descubre toda una serie de leyes que rigen la vida de relación.

El quinto estadio, se basa en el silencio psicológico que comprende desde los ocho años hasta la pubertad, etapa en que el niño debe haber franqueado perfectamente todas las premisas de su adaptación escolar, por lo que se denomina este período de "calma psicológica." Durante este tiempo se puede ir respondiendo a todas las preguntas que el niño haga sobre los diversos aspectos que siente curiosidad. Para esto, debe evitarse, en absoluto, cualquier respuesta falsa o evasiva, así como negarle una respuesta. Porqué toda explicación falsa, será descubierta algún día, lo cuál hará que pierda confianza ante los adultos que le han mentido. Sin embargo, la explicación natural, sencilla y simple de los padres, le beneficiará bajo todos los aspectos. De manera que el niño que no logra superar bien un estadio afectivo no posee un buen equilibrio interior.

Por lo tanto, todos los seres humanos necesitan durante el principio de la vida satisfacer sus necesidades que van requiriendo, como son: cariño y cuidado, más adelante requieren de otras necesidades. Siendo Maslow (1943) quién presenta la teoría de la jerarquía de las necesidades del hombre en cinco categorías:

- 1.- Necesidades fisiológicas
- 2.- Necesidades de seguridad
- 3.- Necesidades de amor o de socialización
- 4.- Necesidades de estima
- 5.- Necesidades de autorrealización.

"Las necesidades fisiológicas son las más poderosas en el sentido de que cuando no están satisfechas a un nivel mínimo , el ser humano sólo actuará en busca de su satisfacción " 7) Estas necesidades son las más apremiantes, porque requieren ser-satisfechas a lo inmediato; entre ellas se encuentran:
- comer -descanso - dormir - la sexualidad.

Las necesidades de seguridad, "se refieren fundamentalmente a la reacción del peligro o a la amenaza. Se trata de la necesidad de protección contra el peligro, la amenaza y la deprivación " 8). Estas necesidades incluye todos aquellos aspectos que protegen al individuo del medio ambiente en que se encuentra, como lo son:

- abrigo - atención médica - casa.

Este tipo de necesidades son satisfechas en la medida que - el grupo familiar alcance a cubrir las a través de su ingreso - económico.

Las necesidades de amor o socialización, "se refiere a las necesidades de amor, afecto y pertenencia. La persona busca amigos, familia, hijos " 9). Este tipo de necesidad se refiere - a la motivación que el ser humano tiene de pertenecer a un grupo social, en donde él encuentre personas similares con gustos,

7) Aroldo Rodrigues, Psicología social, 1976, pag. 431.

8) *Ibid*

9) *Ibid*

intereses y actividades comunes. Algunos de estos grupos pueden ser: Familia, iglesia, club deportivo, actividad laboral, representante de un equipo deportivo.

Las necesidades de estima, "las personas tienen necesidad de una estable y alta evaluación de sí mismas, de autoestima de los demás" 10) Dentro de la necesidad de reconocimiento o estima, se incluye la motivación que el hombre experimenta por destacar en la actividad que realiza, como puede ser; en la escuela, en el trabajo, en el deporte y demás.

Finalmente, las necesidades de autorrealización, "se refiere al deseo de actualizar aquello para lo cuál se tiene - potencialidad" 11). Una vez satisfechas las necesidades anteriores se puede cubrir la necesidad de autorrealización, en dónde el individuo quiere sentirse bien con los demás y con su empleo. Es decir; respetar a los ciudadanos y que ellos nos respeten, cultivarse mediante lecturas de diversa índole, ayudar a la realización del trabajo de los demás sin egoísmo, etc. Por consiguiente el hombre tiene impulsos a: comer, buscar abrigo, a la actividad, dormir, evitar el dolor y a la sexualidad, y siente también la necesidad de: Seguridad, Status, de pertenecer, aprobación y de aceptación.

Por lo tanto, el niño desde que nace requiere de afecto

10) *Ibíd*

11) *Ibíd*.

porque desde que el niño viene al mundo se va desarrollando conforme a los patrones culturales que le han inculcado, posteriormente, su proceso de socialización es centrado principalmente, - en torno a la escuela base de todos los esfuerzos y propósitos educativos como una dirección precisa que tiene que hacer. Sin embargo, se considera que la adaptación del niño a su medio ambiente y la progresiva diferenciación de su personalidad es un proceso biosocial, porque la interacción social de padres e hijos organiza los canales de expresión y control de las necesidades fisiológicas y la socialización del hijo refleja la personalidad del padre así como las relaciones interpersonales típicas del grupo familiar.

1.3 DEFINICION DE PERSONALIDAD.

"Representa una unidad biológica, psicológica y social que constituye un ser singular, y no se parece a ningún otro abarcándose en su totalidad, y sólo puede ser comprendido en la relación que le une a su medio humano y físico" 12) De aquí que la personalidad se edifica a partir de las reacciones directamente relacionadas con las necesidades biológicas, dado que el tipo de sociedad en el que un individuo haya nacido, tendrá una influencia profunda en el desarrollo y estructura de su personalidad. - Porqué la estructura de la personalidad se forma en un determina

12) Paul Bernard, El desarrollo de la personalidad, 1970, pag. 99 .

do medio social y está modelada por el grupo humano en el cuál se ha desarrollado la familia, primer medio del niño, y la categoría social(obrero, campesino, comerciante, empleado, etc.)

En la familia se modifican las tendencias de base a través de las primeras interacciones del niño con los padres, o los hermanos; a medida que va creciendo, adquiere el conocimiento de sí mismo en función de las relaciones que le rodea. Pero es la sociedad la que determina las formas fundamentales de la vida familiar, así el individuo adquiere, a medida que se va formando su personalidad, principios educativos, reglas, normas, formas de pensar, modelos de actitudes preexistentes en el medio(familia, escuela, región, país, etc.), ya que en la sociedad todos los actores sociales cumplen con una función y normas establecidas, para asegurar la estabilidad y equilibrio del sistema social. Quién no cumple con la función y normas establecidas está en disfunción y hasta en anomia. En este caso, la familia es considerada como una institución social, que da la organización social al sistema social.

1.4 TIPOS DE CONDUCTAS.

El niño es muy susceptible a cambios y situaciones del grupo cultural en que se encuentra inmerso y a la actitud que manifiesta su grupo familiar. De modo que la conducta de un individuo está determinada por su manera general de ser y obrar habitualmente porque está influenciada por el grado de madurez afectiva

tiva alcanzada. Por lo tanto, el individuo puede adoptar distintas conductas, según su nivel de desarrollo personal que haya a prendido en su medio ambiente que le rodea. "La conducta no se encuentra sólo determinada por lo que a las personas les gusta ría hacer, sino también por lo que piensan que deben hacer, o sea normas sociales, por lo que ellas generalmente han hecho, o sea, hábitos y por las consecuencias esperadas de su conducta " 13)- De aquí que el niño aprende la realidad exterior mediante dos formas:

- 1.- A través de la visión que recibe de sus padres que le enseñan la conducta y normas que debe observar.
- 2.- Por su contacto directo con el mundo y sus experiencias personales.

"Gessell Arnold;14) clasifica cuatro campos de la conducta en todo individuo, que son los siguientes:

CONDUCTA MOTRIZ, el niño presenta su capacidad motriz cuando constituye como punto de partida la estimación de su madurez, cuya etapa se considera de gran importancia porqué en esta se desarrollan los movimientos corporales como coordinaciones motrices: el mantenimiento de la cabeza, sentarse, pararse, gateo y la forma de acercarse a un objeto y poder manejarlo.

CONDUCTA ADAPTATIVA, en esta conducta se tratan las adaptaciones sensorio-motrices ante los objetos y situaciones, mediante la intervención de la coordinación de movimientos oculares y manuales

13) Aroldo Rodrigues, Psicología social, 1976, pag. 334.

14) Ob. cit. Gessell Arnold, Diagnóstico del desarrollo normal y anormal del niño, 1964, pag. 334.

con la finalidad de alcanzar y manipular objetos, la habilidad para utilizar adecuadamente la dotación motriz en la solución de problemas prácticos y la capacidad para realizar nuevas adaptaciones frente a los sencillos problemas que es sometido.

CONDUCTA DE LENGUAJE, en cuya etapa el niño adquiere características que le dan la clave de la organización del sistema nervioso central. En el lenguaje del niño se incluye toda forma de comunicación visible y audible, ya sean gestos, movimientos posturales, vocalizaciones, palabras, frases u oraciones, imitación y comprensión de lo que expresan otras personas. Por lo tanto, el lenguaje articulado es una función socializada que requiere de la existencia de un medio social. Pero sin embargo, depende de la existencia del estado de las estructuras sensorio-motrices.

CONDUCTA PERSONAL SOCIAL, ésta comprende las reacciones personales del niño ante la cultura social del medio en el cual vive, enfrentándose al moldeamiento de la conducta, el cuál está determinado, principalmente; por factores intrínsecos del crecimiento. (Por ejemplo, la capacidad para alimentarse, higiene, independencia en el juego, colaboración y reacción adecuada a la enseñanza y convivencias sociales). De modo que la conducta personal-social, está sujeta a variaciones individuales, pero presenta dentro de la normalidad del desarrollo psicosocial, ciertos límites.

1.5 DEFINICION DE APRENDIZAJE.

"El aprendizaje es un cambio en la disposición o capacidad-

humana, que persiste durante un tiempo y no puede atribuirse simplemente a los procesos de crecimiento biológico 15) A partir de la vida intrauterina, el ser humano vive en una intensa y profunda compenetración con la vida de otros seres humanos en una verdadera integración simbiótica; por lo que las primeras etapas de la vida del niño han de transcurrir forzosamente entre seres-humanos y así el niño va a aprender no de manera azarosa, tampoco de manera libre; porque la sociedad ha preparado la senda del aprendizaje y tiene ya dispuesto los medios para ello. Sin embargo, el niño se limita a estar, a existir, porque sus mayores hacen y le hacen. pero el medio ambiente modela, impulsa y compromete.

En general, el aprendizaje es una modificación de la conducta, debido al contacto con el medio ambiente, si bien, deben satisfacerse tres requisitos antes que pueda decirse que ocurrió un aprendizaje: a) el contacto con el ambiente debe producir un cambio en la forma en que el individuo piensa, percibe o reacciona ante dicho ambiente, b) el cambio debe ser consecuencia de la observación, repetición, práctica, estudio, o alguna otra actividad y, c) el cambio en la conducta debe ser duradero. Porque un hecho o una norma de conducta, si se olvida inmediatamente después que se aprendió, en realidad no hubo aprendizaje. Por lo tanto, existen dos vías principales para adquirir el aprendizaje:

15) R.M. Gagné, Las condiciones del aprendizaje, 1987, pag. 2.

la constitución genética humana y la comprensión del proceso de desarrollo durante el crecimiento, la otra parte, relativa a un conjunto diferente de circunstancias que tiene que ver con la vida personal del individuo, es el aprendizaje; las habilidades, apreciaciones y razonamientos humanos en su inmensa variedad, así como las esperanzas, aspiraciones, actitudes y valores, suelen depender, como se acepta en general, de una serie de sucesos o eventos a los que se denomina colectivamente aprendizaje. De tal manera que, el individuo piensa y actúa no por propia iniciativa sino repitiendo e imitando lo que los demás hacen o, en todo caso, aprendiendo lo que los demás le enseñan, lo cuál significa - que el individuo se socializa con su medio ambiente.

Por otro lado, durante el proceso de aprendizaje, intervienen cuatro fundamentos básicos, los cuales son: impulso, señal, respuesta y recompensa. Lo cuál se explica de la siguiente forma: el impulso: es un estímulo que se da en base a una acción de terminada, de manera que cuanto más fuerte sea el estímulo, mayor función de impulso poseerá, como puede ser: la sensación de tener sed, la angustia de tener hambre, la fatiga el dolor, el frío y demás. En el transcurso de su socialización el individuo aprende que la posesión del dinero es una de las vías por la cuál se satisfacen muchas necesidades, y que la falta de dinero es una señal de molestia de muchos deseos insatisfechos.

La señal, es una de las formas que determina, cuándo y dónde responderá y cuál será su respuesta. Como suele suceder: la luz del tránsito, el anuncio del restaurante, etc, entonces, una se

Mal puede ser una respuesta aprendida.

La respuesta, es el impulso que impele al individuo a responder a ciertas señales, antes de que una respuesta a una señal específica pueda ser reforzada y aprendida, esta respuesta debe ocurrir. Por ejemplo: el niño tímido en su primer baile, no puede aprender sin antes observar a otros como lo hacen, hasta que empiece a responder procurando bailar correctamente. Y la recompensa, es el impulso que se da a respuestas ante señales de la situación estímulo, es decir; si estas respuestas se repiten o no, depende de si son o no recompensadas, como son: El alivio del dolor; beber agua cuando se está sediento, ingerir alimento cuando se está hambriento, y relajarse cuando se está cansado.

CAPITULO II

ATENCION INSTITUCIONAL AL PACIENTE QUE MANIFIESTA PROBLEMAS
PARA SOCIALIZARSE

A continuación se expone el procedimiento de atención al paciente con problemas de socialización, que proporciona el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", específicamente a los pacientes que son canalizados al área psicopedagógica de Hospital de Día.

Se aclara que en el Hospital Dr. Juan N Navarro, no solamente se atiende el problema antes mencionado, sino que también se les brinda atención a los pacientes que presentan : problemas de lenguaje, de socialización, trastorno de conducta, hiperquinesia, daño cerebral orgánico, retraso mental medio o superficial, autismo, entre otros. Que a través de los diferentes servicios del hospital se contribuye al mejoramiento del paciente y de la familia.

2.1 TRATAMIENTO INTEGRAL DEL PACIENTE.

Es el conocimiento total del padecimiento que presenta el paciente, el cuál es tratado desde su inicio hasta su máxima mejoría, mediante las diversas áreas de trabajo: Consulta Externa o Urgencias, así como los servicios auxiliares: raras X, electroencefalografía, dental, fisioterapia, laboratorio, entre otros.

La mayoría de los pacientes que asisten a consulta a este Hospital, son de escasos recursos económicos y otros proceden de diferentes instituciones de salud, como son: Instituto Mexicano del Seguro Social, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales del Estado, Hospital General, Tribunal para Menores, Centros de Salud y Escuelas especiales, entre otros, así como también algunos más llegan aquí, por recomendaciones de familias y amigos o vecinos.

2.2 FUNCIONAMIENTO DE CONSULTA EXTERNA Y HOSPITAL DE DIA.

En consulta externa; la principal función es la atención médica que se les proporciona a los pacientes que acuden al Hospital. El servicio médico está integrado por : Psiquiatras, Pediatras, Psicologas, Odontologos, Trabajadoras Sociales y Enfermeras. Así al ingresar un paciente por primera vez a este Hospital, su familiar o acompañante realiza los tramites correspondientes cubriendo los requisitos neceserios; ser menor de dieciocho años de edad, que la familia perciba un ingreso bajo o medio económicamente y que el problema del paciente requiera de atención Psiquiátrica. En seguida pasa el paciente y su responsable con un médico a pre-consulta, y de acuerdo con el problema y/o/enfermedad que manifieste el menor es aceptado o no, al servicio, posteriormente, en caso de ser admitido, se procede a que el niño y su familiar pasen con el Trabajador Social, quién se encarga de aplicar la valoración inicial y a través de los -

datos obtenidos fijará la cuota de recuperación, asimismo detecta los problemas que existen en el grupo familiar. Una vez que se ha fijado la cuota de recuperación, el niño pasa nuevamente con el médico, quién se encarga de elaborar la historia clínica y al detectar tanto el médico como el Trabajador Social, que el menor presenta problemas de socialización, de aprendizaje, o de conducta, se canaliza a Hospital de Día, llamado así este lugar porque se atienden a los pacientes solamente en el transcurso - del día, dicha área se encuentra ubicado a un costado de los pabellones del mismo Hospital Psiquiátrico.

HOSPITAL DE DIA: En este lugar se atienden a los pacientes que presentan problemas de lenguaje, socialización, trastornos de conducta, autismo, ortolalia, así como también se trabaja - con los padres de familia respecto al padecimiento de su hijo - para que más adelante colaboren en el tratamiento del paciente. Además, existe la Asociación Mexicana de atención a los problemas Psiquiátricos, quién empezó a funcionar oficialmente en el año de 1984, la cuál patrocina a Hospital de Día; se cuenta con el personal correspondiente: Psiquiatras, Psicólogas, Trabajadores Sociales, Terapistas, Enfermeras y una Secretaria, quienes se encargan de brindar la atención debida tanto al paciente como al familiar, además; el Trabajador Social organiza las actividades sociales de los pacientes.

2.3 ELABORACION DEL ESTUDIO SOCIAL.

Antes de ser enviado el paciente de consulta externa, dan-

aviso a Hospital de Día, que habrá uno, dos, o más ingresos en este servicio. La atención que se le proporciona al paciente se lleva a cabo mediante dos formas: una conjunta, y la otra, individual; al ser conjunta, se reúne el equipo multidisciplinario de salud, el cuál lo conforma :el Psiquiatra, Psicologo, Trabajador Social, el paciente y su familiar que lo acompaña, y se empieza a elaborar el estudio social, llamado también, estudio de primer nivel. Por lo que el Psiquiatra se encarga de elaborar la historia clínica y así mismo indaga cual es probable diagnóstico, el Trabajador Social, se encarga de investigar la dinámica familiar y sus relaciones interpersonales, los datos socioeconómicos, de la vivienda, el medio escolar y familiar en que se encuentra inmerso el paciente motivo de estudio, continuamente, el Psicologo(a) registra la información en cuanto al comportamiento del paciente, tanto en el hogar como en la escuela y posteriormente le aplica las pruebas psicológicas que el caso amerite.

O bien, cada una de estas áreas puede realizar en forma individual la entrevista y así detectar la problemática que prevalece en el medio familiar del paciente. Siendo el Trabajador Social quién realiza el estudio social, para posteriormente hacer el análisis de dicho estudio con el médico tratante del paciente.

Los aspectos que contiene el estudio social, o de primer nivel son los siguientes:

a) Datos generales del paciente.

En este apartado se anota claramente el nombre y apellidos completos del paciente, la fecha que se presenta al servicio - de Hospital de Día, la clave de su aportación económica y el número de registro de su expediente.

b) Motivo de consulta.

Se menciona brevemente el origen del problema del paciente, la asistencia a otras instituciones del sector salud, y si es derivado de otra instancia, ó la familia viene con el menor por cuenta propia, así como las posibles soluciones y fines que pretende hallar en el Hospital.

c) Registro de los familiares.

Aquí se anotan todos los datos obtenidos por el entrevistado, en relación a los familiares con quien vive el paciente, incluyendo a él también, empezando en orden cronológico por el Padre de familia; nombre y apellidos completos, de la Madre e Hijos(y otros familiares si el caso así lo requiere); el parentesco, la edad, escolaridad, estado civil, ocupación e ingreso ó aportación económica al hogar.

d) Situación socioeconómica de la familia.

Principalmente se registra la propiedad y tipo de vivienda con que cuenta la familia, la localización del domicilio, los egresos mensuales que cubre el familiar del paciente, y el total de los mismos, remarcando atención en la diferencia que hay entre el ingreso y egreso mensuales.

e) Uso del familiograma.

Mediante el uso de determinados símbolos se representa a -

la familia, incluyendo a otros familiares si es necesario, siempre y cuando vivan con la familia, así como también se agregan líneas de relaciones interpersonales positivas y negativas, y - pacientes identificados por alguna patología. (Más adelante se da a conocer la simbología del familiograma)

f) Dinámica familiar.

Esta es la parte fundamental, para esclarecer la influencia familiar que priva en el paciente, aquí se exploran las relaciones que se dan entre los padres, de los padres hacia los hijos, del paciente con sus padres y hermanos. El tipo de comunicación que maneja la familia, quién impone las normas y la autoridad, - los roles y valores, si estos se cumplen o no.

g) Actitud del paciente y familiar durante la entrevista.

A través de la observación directa de la Trabajadora Social se registra en esta parte, la actitud que presenta el paciente - hacia el familiar que lo acompaña y viceversa.

h) Observaciones.

Se anotan los datos respecto a cómo vive la familia el problema del paciente, y de acuerdo con la información obtenida, - según el entrevistado, qué otros problemas existen y con que recursos cuenta la familia por parte de ella misma, de Trabajo Social y del Hospital en general.

i) Impresión diagnóstica.

De toda la información obtenida, se hace una síntesis del padecimiento del paciente y el medio ambiente en que se desarrolla. Obteniendo así el diagnóstico social.

2.4 USO DEL FAMILIOGRAMA POR EL TRABAJADOR SOCIAL.

El familiograma tiene su origen en la técnica de la investigación social, la que es conocida como Genealogía, la cuál registra los siguientes datos: Nombres y relaciones que se dan entre todos los individuos de una comunidad, ya sea abierta o cerrada, además permite conocer las relaciones que existieron con personas ausentes, que han muerto, descubre la forma en que se heredan los bienes materiales y la fuerza que tienen las relaciones familiares y de parentesco en la organización social de la comunidad. De aquí que, el familiograma representa un esquema de la simbología convencional; específicamente el familiograma lo maneja el Trabajador Social, porque es la persona que se encarga de investigar la dinámica familiar, que por medio de este instrumento, el Trabajador Social puede explorar más a fondo la situación conflictiva que prevalece en el clima familiar del paciente motivo de estudio, así mismo le permite al Trabajador Social investigar:

- La composición de las familias de origen de cada uno de los padres, de los parientes en estudio y a la familia nuclear.
- El ciclo vital por la que atraviesa la familia.
- La ubicación del clima familiar en que se encuentra el paciente identificado, motivo de estudio y demás pacientes detectados durante el estudio de la dinámica familiar.
- También investiga el análisis de las dinámicas familiares en cuanto a normas, manejo de autoridad, roles, comunicación y va

lores, así como también las relaciones interpersonales de los miembros de la familia.

- Además investiga la clasificación de la familia en base a su composición, desarrollo y demografía; si es funcional o disfuncional, integrada o desintegrada, el estado socioeconómico y la clase social a la que pertenece.

ELABORACION Y UBICACION DEL FAMILIOGRAMA

En la simbología del familiograma se registra: sexo, tipos de unión de las parejas; ruptura entre los cónyuges; defunciones embarazadas; abortos; miembros de la familia que presentan problemas físicos o mentales; las familias que viven bajo el mismo techo y la investigación de la dinámica familiar.

- 1.- En la parte superior izquierda de la hoja se coloca a los abuelos paternos e hijos.
- 2.- En la parte superior derecha de la hoja abuelos maternos e hijos.
- 3.- En el centro de ambas familias se coloca a la familia actual en estudio (llamada también familia nuclear) e hijos.

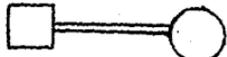
-El símbolo del padre se colocará en el lado izquierdo.

-El símbolo de la madre en el lado derecho, marcando la edad en todos los miembros de la familia, en el centro del símbolo.

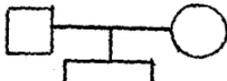
- Union por matrimonio civil o religioso.



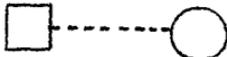
- Union por matrimonio civil y religioso.



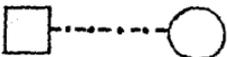
- Descendencia de la pareja.



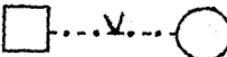
- Union libre de la pareja.



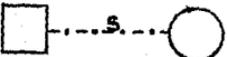
- Amasiato o relación fortuita.



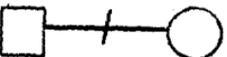
- Violación.



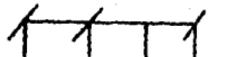
- Madre soltera.



- Separación de Padres.



- Separación de Hijos.



- Divorcio.



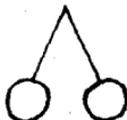
- Hombre



- Mujer .



- Gemelos.



- Se desconoce la edad y orden cronológico de los hijos, pero se sabe el total de hombres y mujeres.



- Aborto. (se marca el tiempo de gestación)



- Desconocimiento de sexo.



- Hijos adoptivos.



- Embarazo.



- Paciente Identificado.

P.I

- Paciente Detectado.

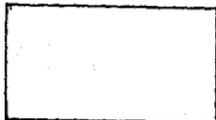
P.D

- Fallecimiento. (se marca la edad en que fallece y tiempo)



9 años

- Se encierra en un cuadro o circulo los familiares que viven bajo el mismo techo.



SIMBOLOGIA DE LAS RELACIONES INTERPERSONALES DE LA FAMILIA.

- > Relaciones positivas
- - - - -> Relaciones negativas
- =====> Relaciones ambivalentes
- <—————> Relaciones de alianza
- <—————> Positivas recíprocas
- <—————> Negativas recíprocas

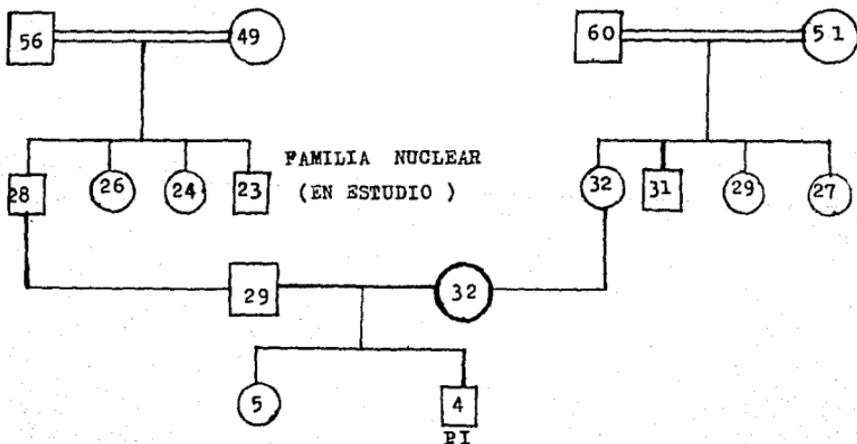
- La flecha marca a quién se dá la relación.

FAMILIOGRAMA

FAMILIAS GENERACIONALES

FAMILIA PATERNA

FAMILIA MATERNA



2.5 ATENCIÓN AL PACIENTE EN EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO.

La participación conjunta del equipo multidisciplinario en el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", ha sido impulsada principalmente por parte de la coordinación de enseñanza de Trabajo Social, con la finalidad de ir día a día involucrando más la participación de los Trabajadores Sociales con las demás áreas a fines. Porqué a través del tiempo se ha visto que los resultados del tratamiento del paciente y de su familia han sido fructíferos y provechosos, ya que tanto el Psiquiatra, Psicólogo y Trabajador Social, investigan a fondo los problemas que prevalecen en el grupo familiar del paciente o, pacientes, ubicando cada una de estas áreas su campo de trabajo.

Cuando se reúne el equipo multidisciplinario para entrevistar al paciente y a su familiar, cada uno de los profesionistas lleva a cabo su investigación de interés, y al finalizar la entrevista, se cita nuevamente al familiar del paciente para continuar con el caso, así hasta que se obtengan los datos necesarios para diagnosticar un tratamiento más eficaz y contribuir en el mejoramiento del padecimiento del paciente. En seguida se retira el paciente y su acompañante; y el equipo de trabajo intercambia ideas u opiniones acerca de la entrevista en relación al problema que presenta el paciente, se dan alternativas de solución y elaboran un plan de tratamiento a seguir en el caso. Aquí, el Trabajador Social ejerce una de las actividades muy importantes, como es la de ser el vínculo de conexión con el interés médico y-

la familia del paciente. En las investigaciones realizadas por Trabajo Social, éste contribuye con los Psiquiatras en el sentido de que estos pueden tener una mejor comprensión de los antecedentes familiares y sociales del paciente en estudio. Además el Trabajador Social lleva a cabo con la familia un trabajo de apoyo que consiste; en el aliento y vigilancia de las modificaciones de las normas de conducta a seguir con el paciente que han sido indicadas por el médico tratante.

A través del contacto directo del Trabajador Social con la familia del menor, analizará con el médico tratante la evolución de la enfermedad del paciente, y será el médico quién determinará si ya es conveniente que el menor sea dado de alta del Hospital; la cuál será llevada a cabo después de ser evaluado el caso y así el médico lo acredite.

2.6 MANEJO DE LA FAMILIA.

Una multiplicidad de factores internos y externos, contribuyen a modificar la familia en nuestros días, haciéndola distinta a la de hace tan sólo unas cuantas decenas de años, porque en la actualidad, la mentalidad de la mayor parte de las personas ha cambiado, así como las condiciones de vida. Aunque la estructura de cada familia varía según las culturas a las que pertenecen; se observa interés de superar hasta dónde sea posible los conflictos familiares, porque el niño y su familia ocupan un lugar importantísimo en la sociedad, en la que fundamentalmente se dan -

diversas relaciones familiares de los padres con los hijos y de los hijos entre sí. Por lo tanto el Trabajador Social es enfrentado ante los conflictos familiares como uno de los problemas - que se presentan con más frecuencia, por lo que en el Hospital - Psiquiátrico Infantil, se manejan a los padres de familia de los pacientes a través del manejo de grupo, es decir; se les da pláticas de su interés, dinámicas y orientación de acuerdo a los aspectos que afectan a la familia en su conjunto. De aquí que, el Trabajador Social realiza un cronograma de actividades, tanto teóricas como prácticas, con la finalidad de contribuir en el mejoramiento del problema del paciente y de la familia. Después de que ingresa el paciente a Hospital de Día, a los padres de familia se les incorpora a los grupos ya integrados, o en su caso se inicia un nuevo grupo, conducido por el Trabajador Social, siendo los grupos que se han venido manejando los de: Psicopedagógico y de Socialización. Posteriormente se les indica los días y la hora que asistirán al grupo de padres de familia.

El manejo de grupo tiene una duración de seis meses, y al cabo de este período se hace una evaluación de las actividades realizadas y el resultado que se obtuvo de las mismas, para posteriormente ir implementando y actualizando técnicas de trabajo provechosas, o ir mejorando el programa de trabajo de grupo.

2.7 ORIENTACION Y/ O DERIVACION DE CASOS.

En base al estudio social elaborado por el Trabajador So -

cial, se determina si el menor se queda en el Hospital o es ca-
nalizado a otra institución, en este caso, existen cinco coordi-
naciones especiales a las que se envían a los pacientes que así
lo requieran. En caso de estar saturado los grupos de pacientes
en estas instancias, entonces, asistirá al Hospital durante un-
corto tiempo, y cuando ya haya cupo en las coordinaciones se en-
vía al paciente a alguna de éstas. Así mismo, se le brinda al -
familiar del menor, la orientación necesaria acerca de la deri-
vación del caso, y es el Trabajador Social quién realiza los -
tramites correspondientes.

2.8 VISITA DOMICILIARIA.

Para corroborar los datos que se acentaron en el estudio -
social, asegurarse que el familiar y responsable del paciente -
dió el domicilio correcto; además darse cuenta del medio ambien-
te en que se desarrolla el paciente, es necesario llevar a cabo
la visita domiciliaria, porqué a través de ésta se obtiene ma--
yor información acerca del problema que aqueja al paciente. Ade-
más el Trabajador Social observa y detecta directamente la si-
tuación conflictiva que prevalece en el clima familiar del me--
nor. En este caso, no solamente se hace la visita al domicilio-
de donde vive el paciente, sino que también se hace la visita a
la escuela donde asiste el menor, con el propósito de obtener -
la información directa del comportamiento y nivel de aprendiza-
je, a través de la entrevista directa con el profesor correspon-

diente, y en base a los resultados obtenidos se procederá al tratamiento tanto del paciente como de los padres de familia.

Los datos que contiene la visita domiciliaria son los siguientes:

- 1.- Ubicación del domicilio
- 2.- Tipo de zona en la que se encuentra la vivienda
- 3.- Descripción clara de la vivienda; del mobiliario; servicios intra y extradomiciliarios; del medio familiar y ambiental - que rodea al paciente.

Cuando se realiza la visita a la escuela, se toma en cuenta los siguientes elementos:

- a) El Trabajador Social plantea su objetivo de interés.
- b) Realiza la entrevista con el profesor del paciente.
- c) A través de la observación directa del Trabajador Social, registra los datos más importantes: Ubicación de la escuela, zona en la que está ubicada, nombre del profesor y actitud que manifiesta ante el Trabajador Social y el comportamiento del paciente en el medio escolar.
- d) Posteriormente, el Trabajador Social entrega el informe de la visita al médico tratante del paciente, y ambos valoran el resultado obtenido de la visita. Finalmente, se anexa el reporte al expediente del paciente.

CAPITULO III

INVESTIGACION DEL NIVEL DE DESARROLLO DEL PROCESO DE SOCIALIZACION, EN 20 NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS DE EDAD, DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL.

En este capítulo se trata lo relacionado con la investigación que se realizó a los pacientes con problemas de socialización, incluyendo los principales aspectos de la integración familiar, situación socioeconómica, características que presentan los pacientes, y el manejo de la organización de la dinámica familiar.

3.1 METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION.

La investigación realizada se llevó a cabo en el Hospital Psiquiátrico Infantil, "Dr. Juan N Navarro", basada en los datos obtenidos de las cédulas aplicadas a los padres de los pacientes, complementando con los datos de los expedientes clínicos, así como la participación del equipo de salud.

La investigación tuvo como finalidad identificar las causas principales que influyen en el proceso de socialización del menor de edad. La hipótesis inicial fue: La participación de la familia y el equipo de salud del Hospital Juan N Navarro, favorecen el proceso de socialización de los niños de 6 a 12 años de edad, con problemas de aprendizaje. El método utilizado

fue el de Caso, aplicando aspectos estadísticos a la información obtenida, la cuál se registro en una cédula; los datos investigados, fueron:

I) INTEGRACION FAMILIAR.

- Edad de los pacientes con problemas de socialización
- Número de miembros por familia
- Lugar que ocupa el paciente en la familia
- Edad de los padres
- Grado de instrucción escolar de los padres
- Unión conyugal de los padres
- Ocupación de los padres
- Lugar de origen de los padres
- Tipo de familia del paciente

II) SITUACION SOCIO-ECONOMICA.

- Tipo de propiedad
- Tipo de vivienda
- Tipo de zona de la vivienda
- Tipo de ingreso económico
- Religión que ejerce la familia

III) CARACTERISTICAS DEL PACIENTE.

- Tipo de grupo al que acude el paciente
- Comportamiento en el medio familiar
- Conductas de obediencia del niño

- Alimentación y sueño de los pacientes
- Convivencia del paciente
- Tiempo que ve televisión durante el día
- Tiempo que dedica para jugar al día
- Tiempo que dedica para hacer la tarea
- Conducta del niño durante sus juegos
- Comportamiento en el medio escolar
- Nivel de aprovechamiento escolar
- Cumplimiento de hábitos de higiene

IV) DINAMICA FAMILIAR.

- Relaciones interpersonales entre los padres
- Los padres dedican algún tiempo al paciente
- Tiempo que trabajan los padres
- Horario de trabajo de los padres(madres)
- Tipo de comunicación de la familia
- Tipo de roles
- Tipo de normas
- Tipo de autoridad
- Tipo de valores
- Causas que influyen en el proceso de socialización

3.2 PRESENTACION Y ANALISIS DE DATOS.

La selección de los 20 casos se hizo únicamente de los pacientes que asisten a grupo de socialización, en base a la colaboración de los padres de familia que han recibido orientación sobre la situación conflictiva que presentan sus hijos y que han estado integrados a grupo de padres de familia durante seis meses, a partir de febrero de 1989, siendo las Trabajadoras Sociales las que manejaron a los grupos de padres de familia, y el equipo de Salud contribuyó en el manejo de los pacientes. En la actualidad, algunos padres de familia acuden una o dos veces a la semana al Hospital para que les den terapia de socialización a sus hijos, y otros pacientes, están próximos de ser dados de alta por mejoría. Posteriormente se hizo la revisión de los expedientes de los pacientes, obteniendo las edades de 6 a 12 años de edad; finalmente, se aplicó a cada familia un cuestionario para obtener los datos de interés.

CUADRO I

<u>EDAD DE LOS NIÑOS CON PROBLEMAS DE SOCIALIZACION</u>		
<u>Edad</u>	<u>Número</u>	<u>%</u>
6 años	2	10 %
7 años	2	10 %
8 años	3	15 %
9 años	2	10 %
10 años	5	25 %
11 años	4	20 %
12 años	2	10 %
<u>T O T A L</u>	<u>20</u>	<u>100 %</u>

En el presente cuadro se observa que el mayor porcentaje es el 25 %, que corresponde a la mayoría de los pacientes que-

tienen 10 años de edad y 11 años el 20 %; etapa en el que el niño, en general requiere de afecto, apoyo, cuidados y orientación por parte de sus padres y en sí de la familia, porque esta constituye la primera organización social a la que se enfrenta el niño.

CUADRO 2

<u>NUMERO DE MIEMBROS POR FAMILIA</u>		
<u>Miembros</u>	<u>Número</u>	<u>%</u>
3	2	10 %
4	7	35 %
5	4	20 %
6	3	15 %
7	4	20 %
<u>T O T A L</u>	<u>20</u>	<u>100 %</u>

Los niños motivo de nuestro estudio, pertenecen en un 35 % a familias integradas por 4 miembros, por lo que se deduce que posiblemente, no se les proporciona la atención adecuada a los niños, quizás porque también existan problemas en cuanto al sostenimiento de la familia.

CUADRO 3

<u>LUGAR QUE OCUPA EL PACIENTE EN LA FAMILIA</u>		
<u>Lugar</u>	<u>Número</u>	<u>%</u>
Hijo único	1	5 %
Primero	8	40 %
Segundo	6	30 %
Tercero	2	10 %
Cuarto	2	10 %
Quinto	1	5 %
<u>T O T A L</u>	<u>20</u>	<u>100 %</u>

El 40 y 30 % de los pacientes ocupan el primer y segundo lugar dentro de su grupo familiar; lo cuál significa que los dos primeros lugares tienden con frecuencia a padecer algún problema de conducta, esto es: tienden a tener determinado problema de carácter psiquiátrico, en este caso, estos niños tienen dificultades para socializarse con su medio ambiente en que se desenvuelven.

CUADRO 4

EDAD DEL PADRE		
Edad	Número	%
De 20 a 25 años	1	5 %
de 25 a 30 años	1	5 %
de 30 a 35 años	6	30 %
de 35 a 40 años	1	5 %
de 40 a 45 años	5	25 %
de 50 a 55 años	1	5 %
Padres ausentes	5	25 %
T O T A L	20	100 %

Tomando en cuenta la ausencia de los padres de familia, que equivale al 25 % del total; se obtuvo que del 75 % restante, el 30 % corresponde a 6 padres que tienen de 30 a 35 años de edad, y el 25 % pertenece a 5 padres que tienen de 40 a 45 años, y el resto tienen edades variables. Por lo tanto, el 30 % de los padres de familia representan una edad adulta joven, por lo que ya tienen un grado de maduración más decisiva, y así se preocupan por los problemas de salud de sus hijos; y es como los han traído al Hospital Psiquiátrico Infantil.

CUADRO 5

EDAD DE LA MADRE		
<u>E d a d</u>	<u>Número</u>	<u>%</u>
De 20 a 25 años	2	10 %
de 25 a 30 años	4	20 %
de 30 a 35 años	5	25 %
de 35 a 40 años	6	30 %
de 40 a 45 años	2	10 %
<u>Madres ausentes</u>	<u>1</u>	<u>5 %</u>
<u>T O T A L</u>	<u>20</u>	<u>100 %</u>

Del 95 % del total de las madres de familia, el 30 % corresponde a 6 madres que tienen de 35 a 40 años de edad, y el 25 % pertenece a 5 madres de familia que tienen de 30 a 35 años de edad. De aquí que influye de manera primordial las edades de las madres de familia en cuanto al desarrollo psicosocial de los menores de edad (de sus hijos), y se observa que el 5 % de estas edades, son mayores a las edades promedio de los padres de familia. Cabe mencionar que, la edad de la madre repercute también en los problemas mentales de sus hijos, lo que ocasiona en el niño, el bajo aprovechamiento escolar, independientemente de otros factores que intervengan en el desarrollo social del menor de edad.

CUADRO 6

GRADO DE INSTRUCCION ESCOLAR DEL PADRE		
G r a d o	Número	%
Educ. Primaria com.	3	15 %
Educ. Primaria inc.	1	5 %
Secundaria completa	4	20 %
Secundaria incompleta	1	5 %
Bachillerato completo	2	10 %
Bachillerato incompleto	1	5 %
Carrera técnica	1	5 %
Lic. incompleta	2	10 %
Padres ausentes	5	25 %
T O T A L	20	100 %

El nivel educativo de los Padres de familia de los pacien -
tes estudiados, es muy variable; ya que el 20 % ha recibido un -
nivel educativo elemental, y el 15 %, ha adquirido la educación
primaria, sin embargo, el 25 % son Padres ausentes, y el 40 %,
está distribuido en las demás áreas educativas. De manera que -
el nivel educativo de los Padres, influye de manera directa en
la formación del niño, ya que los Padres de familia son los en
cargados de introducir a sus hijos a su medio social a que se--
rán enfrentados.

CUADRO 7

GRADO DE INSTRUCCION DE LA MADRE		
G r a d o	Número	%
Analfabeta	2	10 %
Educ. Primaria C.	8	40 %
Educ. Primaria I.	1	5 %
Secundaria Completa	2	10 %
Secundaria Incompleta	1	5 %
Bachillerato Incomp.	1	5 %
Carrera Técnica	2	10 %
Lic. Incompleta	2	10 %
Madres ausentes	1	5 %
T O T A L	20	100 %

En el presente cuadro se obtuvo que el 40 % de las Madres de familia, han recibido la educación primaria; lo cuál significa que tienen un nivel educativo bajo, por lo que tiene influencia en la socialización de sus hijos, de aquí que el nivel de socialización será satisfactorio e insatisfactorio, aunado con otros factores del desarrollo de la personalidad del niño.

CUADRO 8

UNION CONYUGAL DE LOS PADRES		
Tipo de union	Número	%
Union Libre	3	15 %
Union por Matrimonio Civil ó Religioso	2	10 %
Union por Matrimonio Civil y Religioso	9	45 %
Madre Soltera	5	25 %
Padre Soltero	1	5 %
T O T A L	20	100 %

El 45 % representa 9 parejas que están unidas por Matrimonio Civil y Religioso, por lo que se observa que aunque estas parejas esten unidas por las dos leyes legales, existen problemas en cuanto a la crianza de los hijos. Por otro lado, el 25 % que corresponde a 5 Madres solteras, son las que tienen mayor dificultades para resolver el sostén de su familia, y el cuidado del paciente.

CUADRO 9

<u>OCUPACION DEL PADRE</u>		
<u>Ocupación</u>	<u>Número</u>	<u>%</u>
Obrero	6	30 %
Comerciante	2	10 %
Empleado	5	25 %
Subempleados	2	10 %
<u>Padres ausentes</u>	<u>5</u>	<u>25 %</u>
<u>T O T A L</u>	<u>20</u>	<u>100 %</u>

De los 15 padres de familia, 6 son obreros, que representa el 30%, y 5 son empleados, que corresponde al 25 % , lo que significa que el 30 % de los padres de familia, están ocupados en un nivel laboral bajo. Por lo tanto, el sueldo que perciben también es bajo.

CUADRO 10

OCUPACION DE LA MADRE		
Ocupación	Número	%
Hogar	14	70 %
Comerciante	2	10 %
Subempleada	3	15 %
Madre ausente	1	5 %
T O T A L	20	100 %

El dato más relevante es el 70 % , que representa 14 Madres de familia, las que se dedican a las labores del hogar. Sin embargo, las cinco Madres solteras, también se dedican a las actividades del hogar, y además, trabajan como subempleadas, ya que no tienen un puesto laboral fijo; y así se ven en la necesidad de cumplir con la responsabilidad de Padre y Madre a la vez.

CUADRO 11

LUGAR DE ORIGEN DE LOS PADRES				
L u g a r	Padre	%	Madre	%
Provincia	3	15 %	2	10 %
Estado de México	4	20 %	7	35 %
Distrito Federal	8	40 %	9	45 %
Extranjero	0	0	1	5 %
Padres ausentes	5	25 %	1	5 %
T O T A L	20	100 %	20	100 %

Sucede que la mayor parte de los padres de familia, si-
guen viviendo sus tradiciones y costumbres que les han enseña-
do sus antepasados. En este caso, se observa que tanto los Pa-
dres como las Madres de familia de los pacientes estudiados -
son originarios del Distrito Federal, es decir; el 40 %, perte-
nece a 8 Padres y el 45 % a 9 Madres. El resto está distribui-
do a los que son originarios de provincia, estado de México, -
del extranjero y padres ausentes.

CUADRO 12

<u>TIPO DE FAMILIA DEL PACIENTE</u>		
<u>T i p o</u>	<u>Número</u>	<u>%</u>
Familias Completas	13	65 %
Familias Incompletas	6	30 %
Familias Reconstruidas	1	5 %
<u>T O T A L</u>	<u>20</u>	<u>100 %</u>

De la investigación se obtuvo que el 65 % pertenece a -
13 familias las que están completas, pero que aun así, existen
problemas en las relaciones interpersonales de los padres prin-
cipalmente, en la funcionalidad de la dinámica familiar y en -
la situación económica del grupo familiar, por lo que de algu-
na forma repercute en el proceso de socialización del paciente,
ya que el está presente ante estas dificultades.

II) SITUACION SOCIO-ECONOMICA

CUADRO 13

TIPO DE PROPIEDAD		
T i p o	Número	%
Propia	11	55 %
Rentada	2	10 %
Prestada	6	30 %
La están pagando	1	5 %
T O T A L	20	100 %

Los menores de edad estudiados, aunque habitan en viviendas propias la mayoría de ellos. Persisten problemas en cuanto a integración con su medio ambiente que les rodea. Siendo el 55 %, que son 11 niños los que viven en casa propia.

CUADRO 14

TIPO DE LA VIVIENDA		
T i p o	Número	%
Unidad Habitacional	2	10 %
Casa Unifamiliar	17	85 %
Cuarto redondo	1	5 %
T O T A L	20	100 %

Aquí se observa que el 85 % equivale a 17 pacientes que viven en Casa Unifamiliar, lo cuál quiere decir que el lugar en que se desarrollan es particular, y que posiblemente tienen más posibilidades de vivir en mejores condiciones de hábitos de higiene, alimentación y educación, sin embargo, intervienen otras causas que impide el pleno desarrollo del paciente.

CUADRO 15

TIPO DE ZONA DE LA VIVIENDA		
T i p o	Número	%
Urbano	17	85 %
Semi-urbano	2	10 %
Rural	1	5 %
T O T A L	20	100 %

El niño aprende por la interacción con su medio ambiente físico y humano a medida que observa objetos y personas que le rodean, así desarrolla su propia realidad de ser. Por lo tanto es fundamental la influencia ambiental para él. En este cuadro se observa que el 85 % que son 17 niños, viven en una zona urbana, en donde tienen mayor acceso a utilizar los principales servicios intradomiciliarios.

CUADRO 16

TIPO DE INGRESO ECONOMICO		
T i p o	Número	%
Igual al salario mínimo	12	60 %
Más del salario mínimo	8	40 %
T O T A L	20	100 %

La economía de las familias estudiadas, radica en el 60% las que obtienen un ingreso económico igual al salario mínimo, sin tener algún egreso, al contrario, con este ingreso escasamente cubren las principales necesidades del sostén de la familia.

CUADRO 17

<u>RELIGION QUE EJERCE LA FAMILIA</u>		
<u>T i p o</u>	<u>Número</u>	<u>%</u>
Católica	19	95 %
Budista	1	5 %
<u>T O T A L</u>	<u>20</u>	<u>100 %</u>

Los valores que inculca la familia al paciente, influye en la cultura de la próxima generación familiar, como es la religión, en estas familias se obtuvo que el 95 %, se inclinan por el catolicismo.

III) CARACTERISTICAS DEL PACIENTE

CUADRO 18

<u>TIPO DE GRUPO AL QUE ACUDE EL PACIENTE</u>		
<u>T i p o</u>	<u>Número</u>	<u>%</u>
Deportivo	5	25 %
Cultural	2	10 %
Ninguno	13	65 %
<u>T O T A L</u>	<u>20</u>	<u>100 %</u>

El 65 % representa 13 pacientes, que no acuden a ningún grupo social, debido a que tienen problemas económicos, y además porque no logran adaptarse a tales grupos por sus conductas que presentan ante los demás, y porque algunos más, no les gusta practicar algún deporte u otra actividad.

CUADRO 19

COMPORTAMIENTO EN EL MEDIO FAMILIAR		
Comportamiento	Número	%
Agresivo e Inquieto	5	25 %
Indiferente	2	10 %
Inquieto	9	45 %
Reservado	1	5 %
Aislado	1	5 %
Agresivo	1	5 %
Rechazado	1	5 %
T O T A L	20	100 %

En este cuadro se observa que el comportamiento del paciente con problemas para socializarse, presenta conductas y reacciones de acuerdo a su grado de socialización que ha alcanzado principalmente en su medio familiar, y así se siente tan cómodo le es posible, por lo que el 45 %, o sea, 9 pacientes presentan con mayor frecuencia conductas inquietas.

CUADRO 20

CONDUCTAS DE OBEDIENCIA DEL NIÑO		
Conducta	Número	%
Obedientes	7	35 %
Desobedientes	13	65 %
T O T A L	20	100 %

Por consiguiente, el niño presenta su conducta en función de sus éxitos o fracasos experienciales. Por lo tanto, el 65 %

representa 13 niños que se oponen a los principios, o reglas - que impone la familia, suelen estar en desacuerdo e insatisfechos siempre; de aquí que resulta difícil su sociabilidad.

CUADRO 21

ALIMENTACION Y SUEÑO DE LOS PACIENTES					
Alimentación	Número	%	Sueño	Número	%
Sí	17	85 %	Sí	15	75 %
No	3	15 %	No	5	25 %
T O T A L	20	100 %	TOTAL	20	100 %

En cuanto a la alimentación de los niños, el 85 % comen 3 veces al día, siendo la alimentación regular, mientras que el 15%, solamente comen 2 veces al día. En relación al sueño de los mismos, el 75% duermen bien, y el 25% no lo hacen, ya que estos últimos presentan pesadillas, u otras perturbaciones durante su sueño, lo que hace que despierten una, dos y hasta tres veces, lo que impide al niño estar tranquilo durante la noche.

CUADRO 22

CONVIVENCIA DEL PACIENTE		
Convivencia	Número	%
Familia	17	85 %
Amigos(as)	2	10 %
Compañeros de clase	1	5 %
T O T A L	20	100 %

De los 20 pacientes estudiados, el 85 %, que son 17 niños conviven más con algún miembro de la familia, principalmente - con la madre, o con alguno de sus hermanos.

CUADRO 23

TIEMPO QUE VE TELEVISION DURANTE EL DIA		
T i e m p o	Número	%
1 Hora	15	75 %
2 Horas	3	15 %
3 Horas	1	5 %
Más de 3 Hrs.	1	5 %
T O T A L	20	100 %

Los medios de comunicación también influyen en el desarrollo del niño, en este caso, se obtuvo que el 75 %, corresponde a 15 pacientes los que ven una hora diaria la televisión.

CUADRO 24

TIEMPO QUE DEDICA PARA JUGAR AL DIA		
T i e m p o	Número	%
1 Hora	14	70 %
2 Horas	4	20 %
3 Horas	1	5 %
Más de 3 Hrs.	1	5 %
T O T A L	20	100 %

Por lo tanto, el 70 % representa 14 niños los que dedican también una hora para jugar, principalmente juegan con sus amigos(as), siendo sus juegos más preferidos el fútbol, las lu---chas, el box, y en el caso de las niñas, 3 juegan a la comidita

y una le gusta más cantar que jugar.

CUADRO 25

TIEMPO QUE DEDICA PARA HACER TAREA

T i e m p o	Número.	%
30 minutos	13	65 %
1 Hora	5	25 %
2:30 Horas	1	5 %
Más de 2:30 Hrs.	1	5 %
T O T A L	20	100 %

Los menores cumplen con hacer la tarea en base a que alguno de los padres están al pendiente de que el paciente cumpla con realizar la tarea que le dejan en la escuela, por lo que 13 niños, que es el 65% hacen la tarea en media hora, siendo principalmente las madres de familia quienes revisan la tarea de sus hijos, y solamente 4 son los padres que están al cuidado del aprendizaje de sus hijos.

CUADRO 26

CONDUCTA DEL NIÑO DURANTE SUS JUEGOS

Conducta	Número	%
Impositivo	9	45 %
Autoritario	1	5 %
Tranquilo	10	50 %
T O T A L	20	100 %

A medida que el niño se desarrolla, asume ciertas características en la manifestación de sus conductas. Aquí se observa que el 50% que son 10 niños, son tranquilos durante sus juegos, sin embargo el 45%, que equivale a 9 niños son impositivos.

CUADRO 27

COMPORTAMIENTO EN EL MEDIO ESCOLAR

<u>Comportamiento</u>	<u>Número</u>	<u>%</u>
Inquieto	9	45 %
Aislamiento	3	15 %
Indiferente	5	25 %
Distraído	1	5 %
Deprimido	2	10 %
<u>T O T A L</u>	<u>20</u>	<u>100 %</u>

Por lo tanto, también el 45% de estos niños que representan 9 pacientes, son inquietos en su medio escolar, lugar en que el niño se encuentra ante el profesor y sus compañeros; lo que significa que empieza a identificar a éstos con los miembros de su familia, como suele suceder, que siente la autoridad y el poder del profesor, como la de sus padres, y a sus compañeros de clase los identifica en cierto modo a sus hermanos, desde el punto de vista de las relaciones humanas.

CUADRO 28

NIVEL DE APROVECHAMIENTO ESCOLAR

<u>Nivel</u>	<u>Número</u>	<u>%</u>
Alto 9 y 10	6	30 %
Medio 8 y 7	12	60 %
Bajo 6 ó 5	1	5 %
Alto y Bajo	1	5 %
<u>T O T A L</u>	<u>20</u>	<u>100 %</u>

En lo que respecta al nivel de aprovechamiento escolar, se obtuvo que el 60 % representa 12 niños, los que tienen un nivel de aprovechamiento medio, ya que en sus materias escolares han tenido 8 y 7 de calificación.

CUADRO 29

CUMPLIMIENTO DE HABITOS DE HIGIENE

<u>Cumplimiento</u>	<u>Número</u>	<u>%</u>
Sí	19	95 %
No	1	5 %
<u>T O T A L</u>	<u>20</u>	<u>100 %</u>

Los hábitos de cualquier índole, influyen también en el desarrollo del paciente, porque las reacciones que presenta, depende de los hábitos y modos inculcados por la familia. Así se obtuvo que el 95%, que son 19 niños, los que cumplen con su higiene personal, pero con llamadas de atención de la familia.

IV) DINAMICA FAMILIAR.

CUADRO 30

RELACIONES INTERPERSONALES ENTRE LOS PADRES

<u>Relación</u>	<u>Número</u>	<u>%</u>
Adecuadas	8	40 %
Inadecuadas	12	60 %
<u>T O T A L</u>	<u>20</u>	<u>100 %</u>

En lo referente a las relaciones interpersonales entre los - Padres, se obtuvo que; el 60% corresponde a 12 familias las que tienen mayores problemas en sus relaciones afectivas, por lo que son llevadas a cabo inadecuadamente en su medio familiar, y esto repercute en la socialización integral del paciente.

CUADRO 31

LOS PADRES DEDICAN ALGUN TIEMPO AL PACIENTE

<u>Respuesta</u>	<u>Número</u>	<u>%</u>
sí	15	75 %
no	5	25 %
<u>T O T A L</u>	<u>20</u>	<u>100 %</u>

El 75%, o sea, 15 padres de familia sí le dedican algún tiempo al paciente, básicamente son las madres las que van a dejar y a traer a sus hijos a la escuela, y además llevan al niño al Hospital a consulta y a sus terapias correspondientes.

CUADRO 32

TIEMPO QUE TRABAJAN LOS PADRES

<u>T i e m p o</u>	<u>Número</u>	<u>%</u>
5 días	7	35 %
6 días	10	50 %
7 días	3	15 %
<u>T O T A L</u>	<u>20</u>	<u>100 %</u>

Los Padres(hombres)de familia, debido al exceso de trabajo no dedican algún tiempo al paciente; en este cuadro se observa que el 50% de estos padres trabajan 6 días a la semana, lo que significa que no permanecen mucho tiempo en sus hogares, por lo que desatienden en gran parte a la familia en general.

CUADRO 33

HORARIO DE TRABAJO DE LOS PADRES

<u>Horario</u>	<u>Número</u>	<u>%</u>
7 a 15 Hrs.	3	15 %
8 a 16 Hrs.	2	10 %
9 a 17 Hrs.	2	10 %
10 a 18 Hrs.	1	5 %
Variable	11	55 %
Nocturno	1	5 %
<u>T O T A L</u>	<u>20</u>	<u>100 %</u>

Cabe recordar que la mayor parte de los padres son obreros por lo que en esta tabla, se observa que el 55% representa 11-padres que tienen un horario de trabajo variable, debido a que semanas que trabajan en la mañana, después en la tarde, o bien porque trabajan horas extras. Esta variabilidad de horario de trabajo, repercute en la organización de la dinámica familiar- y en el contacto directo con el paciente.

CUADRO 34

TIPO DE COMUNICACION DE LA FAMILIA

<u>T i p o</u>	<u>Número</u>	<u>%</u>
Directa	14	70 %
Indirecta	2	10 %
Enmascarada	4	20 %
<u>T O T A L</u>	<u>20</u>	<u>100 %</u>

La comunicación es uno de los factores primordiales para el funcionamiento adecuado de la dinámica familiar. Y así se obtuvo que el 70 % que son 14 familias, las que se comunican en forma directa, pero que existe desorden en el funcionamiento de los papeles que cumple la familia.

CUADRO 35

TIPO DE ROLES		
T i p o ,	Número	%
Tradicional	19	95 %
Actualizados	1	5 %
T O T A L	20	100 %

Los roles que desempeñan los miembros de la familia son de gran importancia en el crecimiento del paciente. De la investigación se obtuvo el 95% de las familias de los pacientes llevan a cabo los roles tradicionales.

CUADRO 36

TIPO DE NORMAS		
T i p o	Número	%
Secretas	1	5 %
Abiertas	11	55 %
Actualizadas	4	20 %
Humanas	4	20 %
T O T A L	20	100 %

Dentro del grupo familiar siempre existen reglas a seguir, es decir; se dictan ciertas normas por parte de los padres, ya sea que las ejecute el padre o la madre. Aquí se observa que el 55% son 11 familias las que llevan a cabo las normas en forma abierta.

CUADRO 37

TIPO DE AUTORIDAD		
T i p o	Número	%
Autoritario	6	30 %
Pasivo	3	15 %
Flexible	6	30 %
Compartido	5	25 %
T O T A L	20	100 %

En base al manejo de autoridad que se lleve a cabo en la familia, el paciente manifestará sus reacciones en base a la aceptación de la autoridad, y así se comportará positiva o negativamente. En estas familias se encontró que el tipo de autoridad es la mayor parte tanto flexible como autoritario, ya que cada uno de estos tipos equivale a un 30 %, que hacen un total de 12 familias.

CUADRO 38

TIPOS DE VALORES		
T i p o	Número	%
Tradicionales	14	70 %
Actualizados	6	30
T O T A L	20	100 %

El 70 % representa 14 familias las que inculcan a sus hijos los valores tradicionales. Lo que significa que se repiten en un momento dado los patrones culturales de sus familias de origen, o sea, de la familia paterna y materna.

CUADRO 39

CAUSAS QUE INFLUYEN EN EL PROCESO DE SOCIALIZACION		
T i p o	Número	%
Causas familiares	13	65 %
Causas económicas	6	30 %
Causas sociales	1	5 %
T O T A L	20	100 %

Como se puede observar en estos datos obtenidos; las princi

pales causas que han interferido en el proceso de socialización de estos niños, son las causas económicas y familiares. Ya que se obtuvo un 30% en las causas económicas, lo cual significa - que los recursos económicos prevalecen de forma primordial en el sostén de la familia, lo que repercute en el pleno desarrollo del paciente. Además las causas familiares obtenidas son en un 65 % las familias que presentan desintegración familiar, disfuncionalidad de la dinámica familiar y algunas patologías que han influido en el padecimiento del paciente; como son: Tabaquismo y alcoholismo por parte de algunos padres de familia.

3.3 CONCLUSIONES.

Los Padres tienen un gran papel que cumplir en el logro de la socialización de sus hijos, sobre todo a través de los acontecimientos que el niño relata a éstos, y del comportamiento - que los padres observen de él.

La edad predominante de los niños con problemas de socialización, resultó ser de 10 años de edad, etapa en que el niño se encuentra en período escolar y en una etapa de su infancia, en la que se adapta o desadapta a su medio social.

La edad escolar o del uso de la razón, se marca principalmente a partir de los seis años de edad, ya que en esta edad comienza la escolaridad del niño, aunque cierto es, que los niños en la actualidad empiezan a ir mucho antes a la escuela, pero - solamente realizan actividades preescolares (en jardín de la - infancia o escuela materna), y desde este tiempo se detectan - los problemas que aquejan al niño.

Influye directamente en los problemas mentales de los hijos, la edad de los padres cuando son demasiado jóvenes o demasiado grandes, esto es; corren el riesgo las mujeres que sean menores de 15 años de edad, y mayores de 35 años, como resultó ser en las familias estudiadas, que el 30% de las Madres de familia tienen de 35 a 40 años de edad.

Conjuntamente, el bajo nivel económico-social, educativo y laboral de los padres, son los factores predominantes en el desarrollo normal del niño, ya que al carecer, o ser insuficiente alguno de estos, se originan diversos problemas, tanto al paciente, como a la familia en general.

Las principales características que representan estos pacientes, resultaron ser las siguientes: son inquietos un 45 % agresivos, 25 %, desobedientes un 65% e impositivos en algunas actividades de juego. En su proceso de aprendizaje, obtienen un nivel medio de aprovechamiento, así como también tienen dificultades para integrarse y adaptarse a grupos recreativo, por lo que prefieren estar más tiempo con su familia.

Las causas primordiales que influyen en el desajuste del proceso de socialización del menor de edad, son de tipo familiar y económico, ya que de la investigación se obtuvo que el 65 %, se debe a factores familiares, y un 30 % a causas económicas, en cuyas causas va implícita la patología(s) presentadas en el grupo familiar: tabaquismo y alcoholismo, la disfuncionalidad de la dinámica de la familia, el bajo nivel económico, y las relaciones interpersonales que son llevadas a cabo inadecuadamente en un 60 %.

Por lo tanto, el nivel de desarrollo del proceso de socialización de los pacientes estudiados, es medio insatisfactorio, debido a la inestabilidad de sus pautas de conduc--

ta y a la desintegración con su medio social.

Además se concluye que: la relación continua del hombre y la mujer, es la base de toda unidad conyugal, donde entran las relaciones de los padres con los hijos y la de los hijos entre sí. Por lo que la familia se ajusta a las condiciones óptimas para el desarrollo de la personalidad de sus miembros.

El niño requiere de afecto y correspondencia por parte de los adultos, por encima de la satisfacción de sus necesidades fisiológicas. Así, en la medida en que el niño crece, la presencia de sus hermanos desempeña un papel importante en su socialización y en el desarrollo de su personalidad, porque a través de los modelos de comportamiento que observa de ellos, posteriormente así manifestará sus conductas ante la sociedad.

Por lo tanto, la familia transmite al individuo una serie de valores prevalentes en la sociedad y la conservación de las costumbres, en general, transmite parte de la cultura accesible al estrato y grupo social en que los padres se encuentran inmersos.

Por otra parte, el tratamiento que se les brinda a los pacientes con problemas de socialización tiene un resultado de mejoría más rápido, cuando la familia recibe orientación en base a la problemática que prevalece en su clima familiar.

En este caso, se estudiaron a las familias de los pacientes que han estado integradas a grupo de padres de familia, dónde han recibido platicas, e instrucción y orientación acerca del manejo de los niños en tratamiento.

El Trabajador Social en el área Psiquiátrica, tiene un campo amplio para desarrollar sus funciones y actividades, siendo la principal labor, la de establecer contacto con los familiares del paciente y el área médica del Hospital.

La participación conjunta del equipo multidisciplinario, del paciente y su familia, es una labor imprescindible para la realización del Diagnóstico, Tratamiento y Rehabilitación de los niños mentalmente enfermos.

Finalmente, la hipótesis planteada inicialmente, se cumplió a lo largo de la investigación realizada en el Hospital Psiquiátrico Infantil, aplicada a 20 casos que presentan dificultades para socializarse.

CAPITULO IV

PROPUESTA DE TRABAJO SOCIAL PARA CONTRIBUIR EN EL MEJORAMIENTO
DE LOS NIÑOS QUE PRESENTAN PROBLEMAS PSIQUIATRICOS.

Desde el punto de vista del funcionalismo, el sistema social se compone de los actos interrelacionados de las personas en que la estructura debe basarse en esos actos. El funcionalismo dá importancia a los roles de cada individuo como miembro de subgrupos y de grupos; tanto los roles como los subgrupos y grupos, forman parte de la estructura social y están definidos por las normas sociales y obligaciones de cada subgrupo. De aquí que en este último capítulo, se anotan algunas de las funciones y actividades que debe tomar en cuenta el Trabajador Social en el área Psiquiátrica, así como también, algunas de las funciones que debe cumplir la familia como grupo familiar.

4.1 FUNCIONES Y ACTIVIDADES DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL AREA
PSIQUIATRICA.

Ante la diversidad de problemas que presentan las familias en el Hospital Psiquiátrico Infantil, se observa que es necesario que los Trabajadores Sociales que se dedican a trabajar en el área psiquiátrica, estén capacitados para ser lo más eficiente posible en el desempeño de su actividad profesional, ya que

para que se lleve a cabo un trabajo bien desarrollado, el Trabajador Social debe ser una persona competente dentro de su área de trabajo.

Respecto a la asistencia psiquiátrica, en México se ha venido superando favorablemente a medida que la tecnología avanza, lo que significa un adelanto médico social en los hospitales psiquiátricos, siendo la labor principal del Trabajador Social, la de realizar integralmente un diagnóstico y tratamiento en el manejo de los niños y familias que presentan algún problema de carácter psiquiátrico, o bien, que están mentalmente enfermos. De aquí el interés de que se clasifiquen y se lleven a cabo las siguientes funciones y actividades en el área psiquiátrica.

F U N C I O N E S Y A C T I V I D A D E S

PLANEACION----- EL TRABAJADOR SOCIAL :

- Planeará programas en el área de salud, para lograr una adecuada administración de los recursos de Trabajo Social.
- Planeará y organizará programas de capacitación para el personal de Trabajo Social, así como de estudiantes en servicio social.
- Participará en la planeación de servicios satisfactorios prioritarios para el tratamiento de los pacientes.

COORDINACION----- - Integrará en forma organizada al equipo - multidisciplinario cumpliendo con el rol - que le corresponde, sin perder de vista lo que desempeñan los demás miembros del grupo.

- El equipo multidisciplinario llevará el - seguimiento de casos y deberá llegar conjuntamente a la elaboración del diagnóstico social del caso.

- Establecerá el primer contacto con el familiar del paciente.

- Coordinará al paciente con otras instituciones, cuando su tratamiento así lo amerite.

- Asistirá y participará en las sesiones - clínicas de presentación de casos.

- Ampliará el estudio socio-familiar a solitud del médico y cuando el Trabajador Social lo crea conveniente.

PROMOCION----- - Realizará la promoción del funcionamiento del Hospital.

- Promoverá la participación conjunta del - paciente.

- Participará en la promoción de la Salud - Mental.

- Analizará con el familiar del paciente, - las causas generadoras del padecimiento de este.
- Determinará la problemática de la familia.

EDUCACION-----

- Conscientizará a la familia, sobre el - problema que presenta el paciente.
- Formará grupo de padres de familia para - impartirles temas de interés.
- Dará orientación médico-social.
- Realizará la revisión de expedientes.
- Hará notas de Trabajo Social.
- Realizará visitas domiciliarias.
- Realizará visitas a escuela.
- Llevará a cabo entrevistas.
- Manejará el seguimiento de caso.
- Presentará y expondrá la dinámica fami - liar, a través del manejo del familiograma de un caso en sesión clínica, conjuntamente con el equipo multidisciplinario.
- En el manejo de grupo; aplicará dinámicas de grupo y algunas actividades manuales.

INVESTIGACION----

- Investigará y comprobará la validez de la aplicación y eficiencia de métodos, técni -

casos e instrumentos que enriquezcan la práctica de Trabajo Social.

- En el manejo del paciente y su familia, - investiga la dinámica familiar: Roles, tipo de comunicación, normas, tipo de autoridad, y valores que sigue el grupo familiar.
- Lleva a cabo la sesión bibliográfica.
- Realiza un informe mensual de las actividades que hace en su campo de trabajo.

Mediante el Trabajo Social de Casos, se puede identificar perfectamente, cuál es la problemática que manifiesta la familia, y así el Trabajador Social por medio de sus funciones y actividades puede colaborar en el manejo de la familia para que este equilibrada en su medio social, familiar, laboral y demás.

4.2 FUNCIONES QUE DEBE CUMPLIR LA FAMILIA.

La familia como base de la estructura social, la compone el hombre, la mujer y los hijos, y tiene por objeto; fortalecer y estrechar vínculos de afecto, realizar vida sexual, procrear hijos, convivir bajo el mismo techo, someterse a normas y leyes establecidas e impuestas por la sociedad, quedando sujeta al orden y respeto que merece. Por eso, el papel de los padres

es el de formar y guiar a cada uno de sus hijos, partiendo de lo que son en realidad, para conducirlo, a través de las diversas etapas de su crecimiento, dónde el rol fundamental de los padres es principalmente, de orden afectivo y al mismo tiempo educativo. Por lo que deben mirar al niño como un depósito que se les ha confiado, del que son responsables y al que tienen la obligación de convertir en un hombre. Porque hay padres que dejan hacer a sus hijos lo que ellos quieran, para evitarles el tener algún complejo. Pero esta táctica es un gran error, un modo de quererles mal, porque los niños librados así mismos, son inestables e inseguros por lo que su evolución psicológica resulta difícil. Por lo tanto, la familia debe aceptar la realidad del mundo en que vive y adaptarse a las necesidades y situaciones del momento además de que su estructura varía según las culturas; ella puede proporcionar servicios económicos a sus miembros, tales como: alimentación, vestido, habitación, educación, dar orientación religiosa, según convicciones morales y sociales; proporciona recreo y diversiones, protege contra los peligros que provoca las relaciones e intercambios sociales.

Jackson¹⁶⁾ clasifica a la familia en cuatro tipos, los que en seguida se anotan:

- 1.- Familia estable de su adaptación y comunicación satisfactoria, es la que generalmente se encuentra sana y madura.
- 2.- Familia de adaptación inestable y comunicación satisfactoria, principalmente este tipo de familias padecen de neuro-

16) Comentado por el autor Jackson, Elementos básicos para el trabajo social psiquiátrico, 1972, pag. 25.

sis.

- 3.- Familia de adaptación estable y comunicación insatisfactoria;
- 4.- Familia de adaptación inestable y comunicación insatisfactoria, son estas dos últimas las familias que dan origen a problemas más severos, y llegan a padecer Psicosis, Esquizofrenias y Psicopatías.

En sí, la familia debe tomar conciencia, conocer y comprender, mejor que en cualquier otra época, todas las influencias e interferencias que entran en juego, para dominar los problemas - que se presentan, reforzando su posición y valor, preservar su - estabilidad y cumplir con plenitud su función educativa, porque la seguridad y el valor de la familia constituyen, la base de toda evolución y formación psicológicas normales. Por lo que las - principales funciones de la familia pueden cumplirse de diferente nivel de efectividad de unas culturas a otras. La familia - conyugal, cumplirá en su medio cuatro funciones principales:

" a) La institucionalización de la unión con la pertinente regulación de la actividad sexual, b) la división cooperativa del - trabajo entre el varón y la mujer, c) la educación de los hijos, d) la preparación cultural básica de la próxima generación"17)

Entonces la familia como primera célula histórica, debe a

17) Becerra de Ledesma Rosa Ma., Elementos básicos para el trabajo social psiquiátrico, 1972, pag. 26.

sumir con plena conciencia sus funciones y responsabilidades, y para ello necesita conseguir su propia evolución y equilibrio de su bienestar social, y así la familia cumplirá con sus funciones tanto para con el individuo, como para consigo misma, y para con la sociedad. Las funciones para con el individuo son variables en algunos aspectos histórica y culturalmente, pero se corresponden íntimamente con la estructura interna de este. Aquí los roles de la familia y su importancia relativa como grupo son mudables. El número de elementos que forman la familia, mediatizan estos papeles. Sin embargo nos damos cuenta que la familia decide directamente mediante la figura de los padres, e indirectamente, por la presencia de los restantes miembros de la familia. Por consiguiente, las normas sociales suelen ser transmitidas en un momento dado, mediante el límite intermedio de la familia, hasta el propio individuo, quien introyecta estas normas en forma de conciencia moral. También las funciones de la familia para consigo misma son importantes, porque fundamentalmente radican en mantenerse como tal en el espacio. Y las funciones ante la sociedad, se caracterizan en base a que: la sociedad utiliza a la familia y la familia a su vez, utiliza a la sociedad, porque la sociedad procrea mediante la familia, y las normas sociales se llevan a cabo mediante la acción directa de la familia. Por lo tanto, a la familia le corresponde tomar en cuenta la importancia de su actitud ante sus hijos, así como también, deberá tener la capacidad de resolver sus problemas y superar la organización

de su dinámica familiar que ha llevado a cabo.

Finalmente, la familia debe asumir las siguientes responsabilidades:

- Saber enseñar a sus hijos las conductas que les llevarán poco a poco a penetrar en una dinámica positiva para su vida personal y de la vida de relación.
- Deberá tener seguridad y valor al enfrentarse a situaciones conflictuadas, y así poder resolver los problemas.
- Desde el momento en que la pareja tiene un hijo, deben aceptar lo tal como sea.
- Deben brindarle afecto, cariño, cuidados, dedicarle tiempo, a tención, apoyo, orientación, y satisfacer sus necesidades básicas en la medida que va creciendo.
- Empezarán los padres a introducirlo a su socialización familiar, y posteriormente en el medio escolar.
- Además, deben enseñar al niño a amar, a compartir, a dar satisfacción a los demás, y a relacionarse con las demás personas que esten a su alcance.

Estas son algunas de las principales responsabilidades que la familia en general, debe cumplir en la crianza de sus hijos.

SUGERENCIAS

En el individuo, la Salud Mental tiene sus inicios desde antes del nacimiento; en ella intervienen los factores hereditarios, dónde la personalidad de cada individuo se va a ir modificando a través del medio ambiente que le rodea, con las experiencias que tenga durante la vida, de las relaciones que tenga con los miembros de su familia y con las demás personas que le rodea. De aquí surgen las siguientes observaciones:

- Promover todas las acciones de la Salud Mental y el tratamiento de las mismas en el área psiquiátrica, a toda la población en general, a través de las diversas Instituciones de Salud y Universidades del país.

- El Trabajador Social deberá estar capacitado en el campo psiquiátrico, con la finalidad de poder contribuir en el manejo de familias y pacientes con problemas psiquiátricos, o bien que estén mentalmente enfermas.

- Además deberá actualizarse constantemente en su área profesional, mediante cursos y pláticas o fines que estén dentro de sus posibilidades de adquirirlas.

- Específicamente, la Escuela Nacional de Trabajo Social deberá implementar en su Plan de Estudios, materias afines en cuanto a la formación del Trabajo Social Psiquiátrico.

- Dar orientación a los padres de familia, y principalmente a las madres, porque son ellas las que normalmente están más tiempo con sus hijos, sobre el funcionamiento de la dinámica familiar, las funciones y roles que deberá cumplir el grupo familiar, a través de pláticas, o de programas de bienestar social, fundamentalmente llevados a cabo en las diferentes instituciones del sector salud de la ciudad de México.

- Es necesario abrir plazas de trabajo social en instancias de jardín de niños, para contribuir en el manejo de la familia y así detectar a más temprana edad los problemas y/o enfermedades que el niño presente y no se prolongue más para que así sea atendido el problema de acuerdo a los síntomas que se presenten tanto en el niño, como en la familia.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

CEDULA DIRIGIDA A LOS PADRES DE FAMILIA DE LOS PACIENTES
QUE ACUDEN A HOSPITAL DE DIA.

DATOS GENERALES

Fecha: _____ No. de registro _____
Edad del paciente: _____ Sexo: _____
Parentesco con el paciente: _____
Domicilio actual donde vive el paciente: _____

Diagnostico médico: _____

I INTEGRACION FAMILIAR

Nombre en orden progresivo	Parentesco	Edad	Escola riedad	Estado Civil	Ocupación	§
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

1.- Lugar de origen del padre:

- a) Provincia _____ b) Edo. de México _____ c) D. F. _____
d) Extranjero _____ e) Otro _____

- 2.- Lugar de origen de la madre:
a) Provincia___ b) Edo. de México___ c) D.F. ___
d) Extranjero ___ e) Otro ___
- 3.- La familia del paciente es:
a) Completa___ b) Incompleta___ c) Reconstruída___
- 4.- En caso de ser incompleta, por parte de quién :
a) Padre___ b) Madre___ c) Ambos___
- 5.- Porqué causa:
a) Fallecimiento___ b) Abandono___

II SITUACION SOCIO-ECONOMICA

- 6.- La propiedad donde habita el paciente es:
a) Propia___ b) Rentada___ c) prestada ___
d) Regalada___ e) La están pagando___
- 7.- El tipo de vivienda es:
a) Casa unifamiliar___ b) Unidad habitacional___
c) Cuarto redondo___ d) Otro ___
- 8.- La zona correspondiente al domicilio es:
a) Urbano___ b) Semi-urbano___ c) Rural ___
- 9.- Ingreso mensual de la familia:
a) Menos del salario mínimo___ b) Igual al salario mínimo
c) Más del salario mínimo___
- 10.- Religión que ejerce la familia:
a) Católica___ b) Evangelista___ c) Testigos de Jehova___
d) Mormon___ e) Budista___ f) Otra___

III CARACTERISTICAS DEL PACIENTE

11.- A qué grupo pertenece el paciente :

- a)Deportivo___ b)Cultural___ c)Religioso___ d)Político___
e)Banda___ f)Ninguno___ g)Otro___

12.- Su comportamiento en el medio familiar es:

- a)Agresivo___ b)Pasivo___ c)Aislamiento___ d)Rechazo___
e)Inquieto___ f)Reservado___ g)Deprimido___ h)Otro___

13.- Cumple con las órdenes que le hacen los padres :

- a)Sí___ b)No___

14.- Su alimentación es:

- a)Buena___ B)Regular___ C)Deficiente___

15.- Cuantas veces come al día :

- a)Una vez___ b)2 veces___ c) 3 veces___ d)Más de 3 veces___

16.- Duerme bien:

- a)sí___ b)No___

17.- Con quién convive más:

- a)La familia___ b)Los amigos___ c)Compañeros de clase___

18.- Cuánto tiempo ve la televisión al día:

- a)1Hora___ b)2Horas___ c)3Horas___ d)Más de 3Horas___

19.- Con quién juega más:

- a)Hermanos(as)___ b)Amigos(as)___

20.-Cuánto tiempo dedica para jugar al día:

- a)1Hora___ b)2Hrs.___ c)3Hrs.___ d)Más de 3 Hrs.___

21.-Sus juegos preferidos son:

- a)Fútbol___ b)Volíbol___ c)Box___ d) Luchas___ e)Cantar___
f)Comidita___ g)Carritos___ h)Muñecas___ i)Otro___

- 22.- Su comportamiento en el medio de juego es:
a) Tranquilo___ b) Agresivo___ c) Impositivo___
d) Autoritario___ e) Sumiso___ f) Otro___
- 23.- Su comportamiento en el medio escolar es:
a) Agresivo___ b) Inquieto___ c) Aislado___ d) Sumiso___
e) Pasivo___ f) Reservado___ g) Deprimido___ h) Otro___
- 24.- Qué tiempo dedica para hacer su tarea:
a) 15 minutos___ b) 30 min.___ c) 1 hora___ d) 1:30 hrs.___
- 25.- Quién le revisa la tarea:
a) Padre___ b) Madre___ c) Hermanos___ d) Abuela___ e) Otro___
- 26.- Nivel de aprovechamiento escolar:
a) 9 y 10___ b) 8 y 7___ c) 6___ d) 5___
- 27.- Cumple con los hábitos de higiene personal:
a) Sí___ b) No___
- 28.- Ha padecido serios problemas de salud frecuentemente:
a) Sí___ b) No___

IV DINAMICA FAMILIAR

- 29.- El paciente con quién platica más:
a) Padre___ b) Madre___ c) Hermanos___ d) Abuela___ e) Otro___
- 30.- Las relaciones interpersonales entre los padres son:
a) Adecuadas___ b) Inadecuadas___
- 31.- El fin de semana a que se dedica la familia:
a) A pasear___ b) Practicar un deporte___ c) Descansar___
d) Aseo de la casa___ e) Otro___
- 32.- Los padres le dedican algún tiempo al paciente:
a) Sí___ b) No___

42.- ¿Cuál cree la familia que sea la situación conflictiva que orilló al paciente al desajuste de su socialización?

- Desintegración familiar ()

- Desorganización de la dinámica ()

a) Causas familiares: familiar

- Patología(s) de la familia ()

- Influencias familiares ()

- Falta de recursos económicos ()

b) Causas económicas: - Problemas de alimentación ()

- Problemas de vivienda ()

- Problemas de servicios intra-

domiciliarios.

c) Otras: Especifique cuál es : _____

42.- ¿Cuál cree la familia que sea la situación conflictiva que -
orilló al paciente al desajuste de su socialización?

- Desintegración familiar ()

- Desorganización de la dinámica ()

a)Causas familiares: familiar

- Patología(s) de la familia ()

- Influencias familiares ()

- Falta de recursos económicos ()

b)Causas económicas: - Problemas de alimentación ()

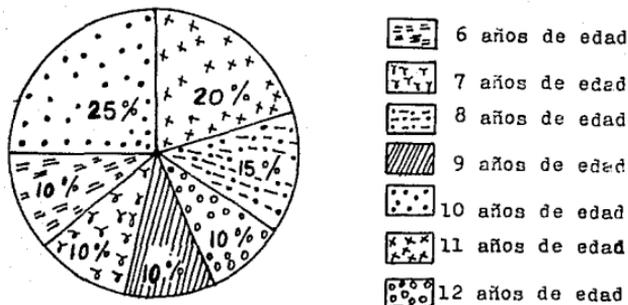
- Problemas de vivienda ()

- Problemas de servicios intra- ()

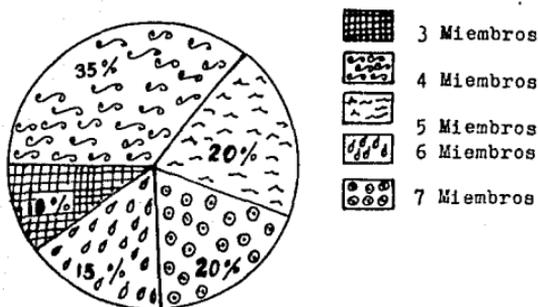
domiciliarios.

c)Otras: Especifique cuál es : _____

EDAD DE LOS NIÑOS CON PROBLEMAS DE SOCIALIZACION .

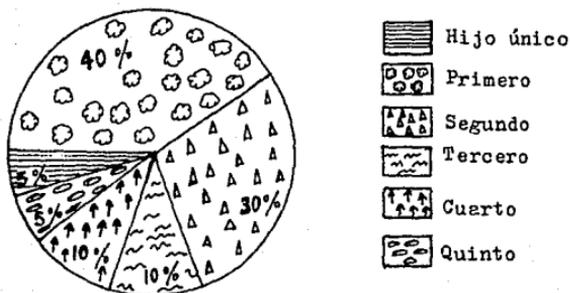


NUMERO DE MIEMBROS POR FAMILIA

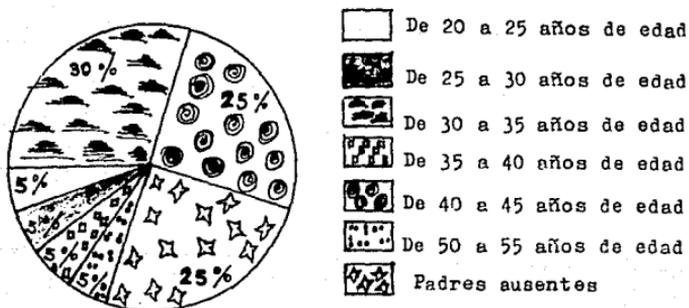


Fuente: Elaborado por Higinia Ortiz Martínez;
Octubre de 1989.

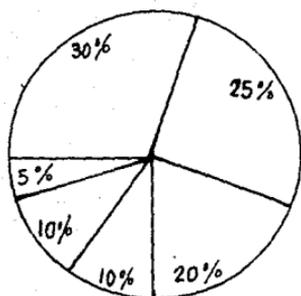
LUGAR QUE OCUPA EL PACIENTE EN LA FAMILIA



EDAD DEL PADRE

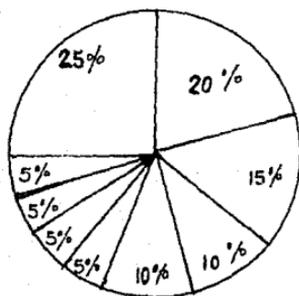


EDAD DE LA MADRE



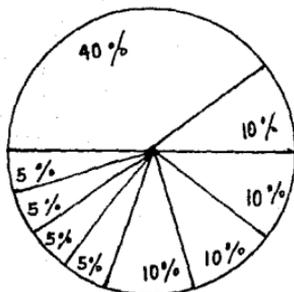
- 10% De 20 a 25 años
- 20% De 25 a 30 años
- 25% De 30 a 35 años
- 30% De 35 a 40 años
- 10% De 40 a 45 años
- 5% Madres ausentes

GRADO DE INSTRUCCION ESCOLAR DEL PADRE



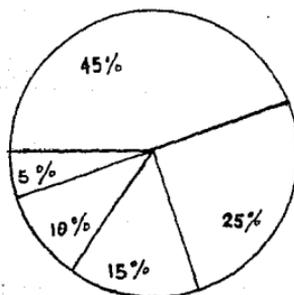
- 15% Educ. Primaria C.
- 5% Educ. Primaria Inc.
- 20% Secundaria C.
- 5% Secundaria Inc.
- 10% Bachillerato C.
- 5% Bachillerato Inc.
- 5% Carrera Técnica
- 10% Licenciatura Inc.
- 25% Padres ausentes

GRADO DE INSTRUCCION ESCOLAR DE LA MADRE



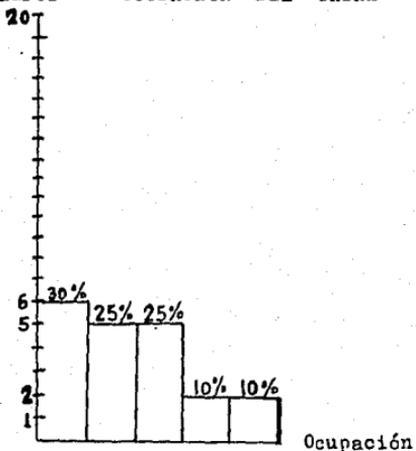
- 10% Analfabeta
- 40% Educ. Primaria C.
- 5% Educ. Primaria Inc.
- 10% Secundaria C.
- 5% Secundaria Inc.
- 5% Bachillerato Inc.
- 10% Carrera Técnica
- 10% Licenciatura Inc.
- 5% Madres ausentes

UNION CONYUGAL DE LOS PADRES



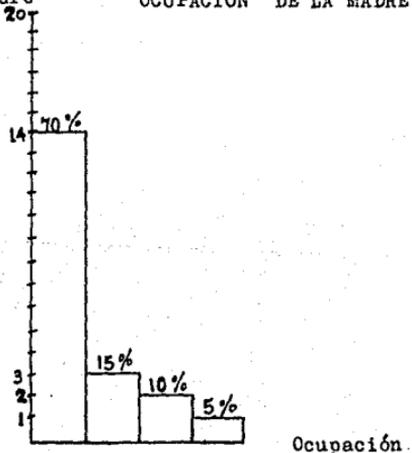
- 15% Union libre
- 10% Union por matrimonio civil ó religioso
- 45% Union por matrimonio civil y religioso
- 25% Madre soltera
- 5% Padre soltero

Padres OCUPACION DEL PADRE



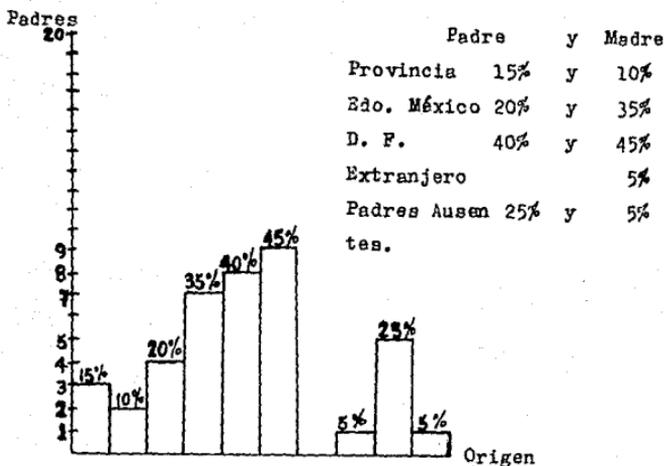
- 30% Obrero
- 10% Comerciante
- 25% Empleado
- 10% Subempleados
- 25% Padres ausentes

Madre OCUPACION DE LA MADRE

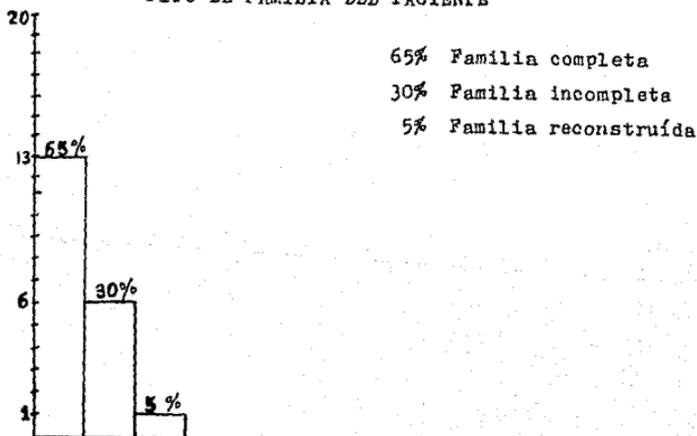


- 70% Hogar
- 10% Comerciantes
- 15% Subempleadas
- 5% Madres ausentes

LUGAR DE ORIGEN DE LOS PADRES

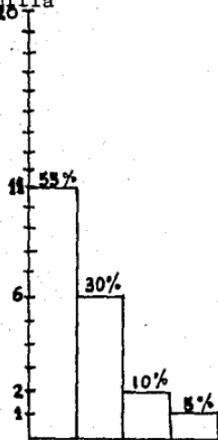


TIPO DE FAMILIA DEL PACIENTE



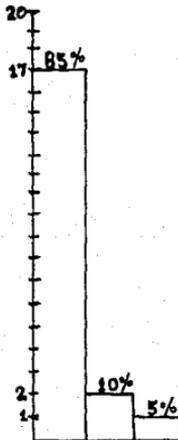
TIPO DE PROPIEDAD

Familia



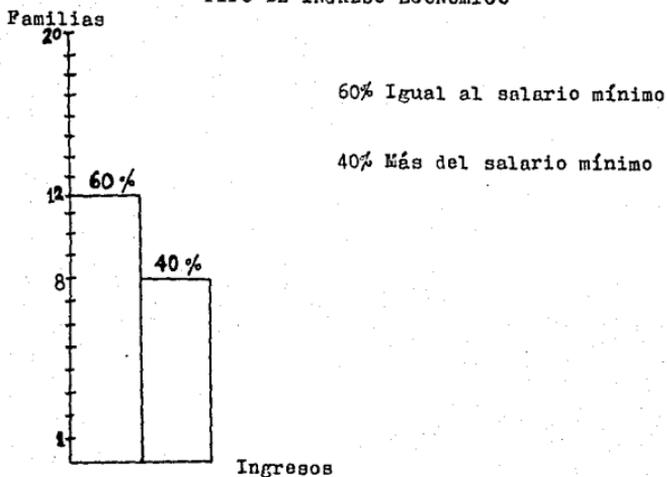
- 55% Propia
- 30% Prestada
- 10% Rentada
- 5% La están pagando

TIPO DE VIVIENDA
Y DE ZONA

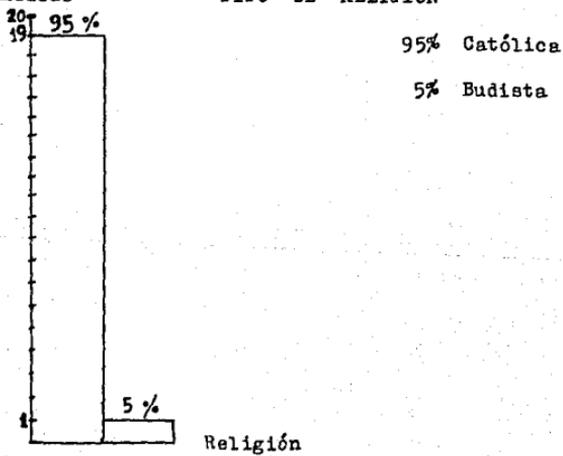


- 85% Casa unifamiliar
- 10% Unidad habitacional
- 5% Cuarto redondo
- 85% Urbano
- 10% Semi-urbano
- 5% Rural

TIPO DE INGRESO ECONOMICO



Familias TIPO DE RELIGION



TIPO DE GRUPO AL QUE ACUDE EL PACIENTE

Pacientes

20

13

5

2

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

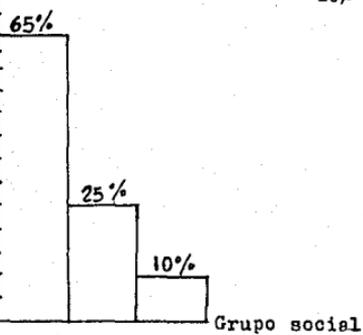
1

1

1

1

- 65% Ninguno
- 25% Deportivo
- 10% Cultural



COMPORTAMIENTO EN EL MEDIO FAMILIAR

20

9

5

2

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

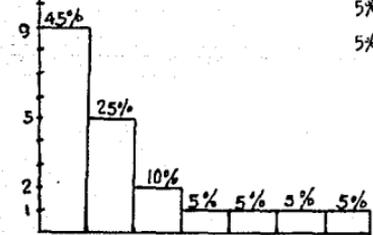
1

1

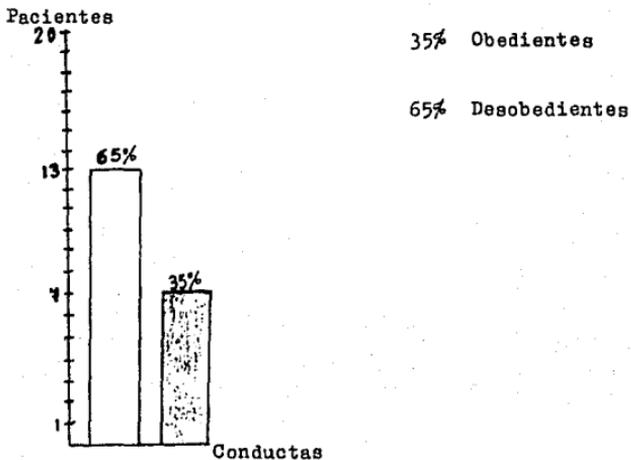
1

1

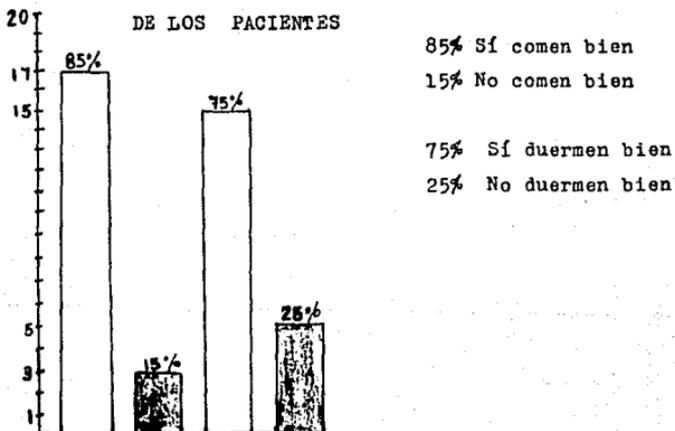
- 25% Agresivo e inquieto
- 10% Indiferente
- 45% Inquieto
- 5% Reservado
- 5% Aislado
- 5% Agresivo
- 5% Rechazado



CONDUCTAS DE OBEDIENCIA DEL NIÑO

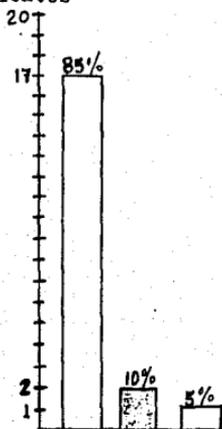


ALIMENTACION Y SUEÑO
DE LOS PACIENTES



CONVIVENCIA DEL PACIENTE

Pacientes



85% Con la familia

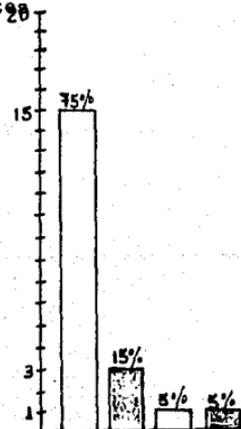
10% Con los amigos (as)

5% Con los compañeros de clase

Convivencia

TIEMPO QUE VE TELEVISION DURANTE EL DIA

Pacientes



75% 1 Hora

15% 2 Horas.

5% 3 Horas

5% Más de 3 Horas

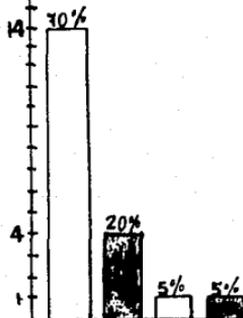
Tiempo

TIEMPO QUE DEDICA PARA JUGAR

AL DIA

Pacientes

20



70% 1 Hora

20% 2 Horas

5% 3 Horas

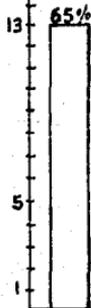
5% Más de 3 Horas

Tiempo

Pacientes

TIEMPO QUE DEDICA PARA HACER LA TAREA

20



65% 30 Minutos

25% 1 Hora

5% 2:30 Hrs.

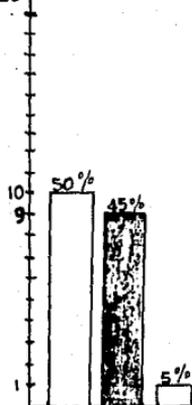
5% Más de 2:30 Hrs.

Tiempo

CONDUCTA DEL NIÑO DURANTE SUS JUEGOS

Pacientes

20



45% Impositivos

50% Tranquilo

5% Autoritario

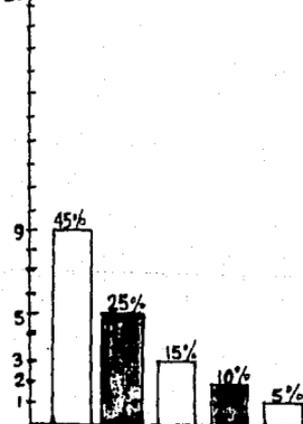
Conducta

COMPORTAMIENTO EN EL MEDIO

Pacientes

ESCOLAR

20



45% Inquietos

15% Aislamiento

25% Indiferente

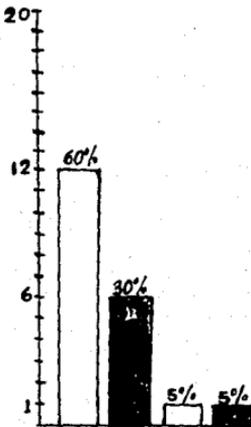
5% Distráido

10% Deprimido

Comportamiento

NIVEL DE APROVECHAMIENTO ESCOLAR

Pacientes



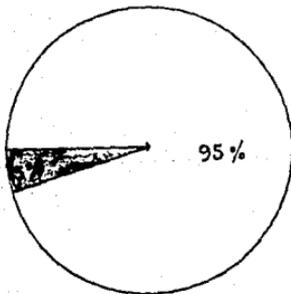
30% Alto

60% Medio

5% Bajo

5% Alto y bajo

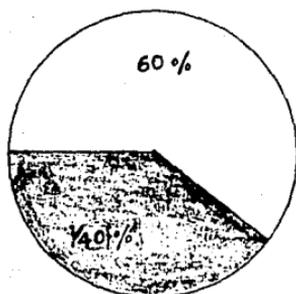
CUMPLIMIENTO DE HABITOS DE HIGIENE



95% Sí cumplen

5% No cumplen

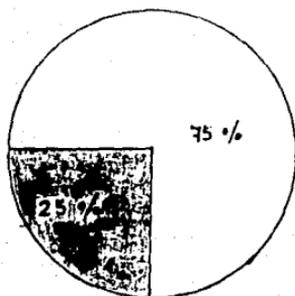
RELACIONES INTERPERSONALES ENTRE LOS PADRES



60% Inadecuadas

40% Adecuadas

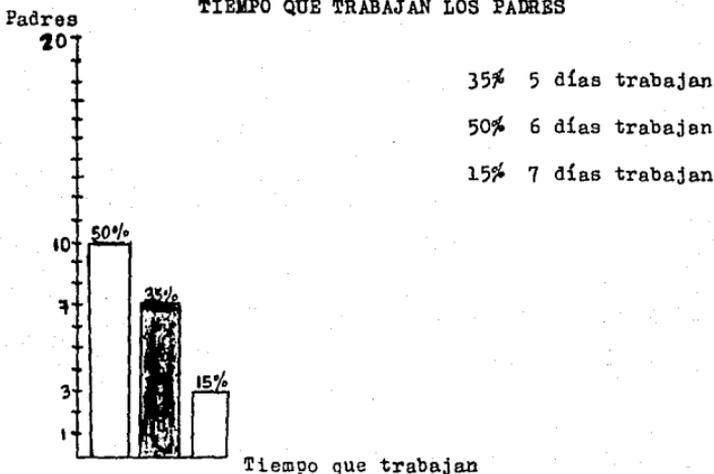
LOS PADRES DEDICAN ALGUN TIEMPO AL PACIENTE



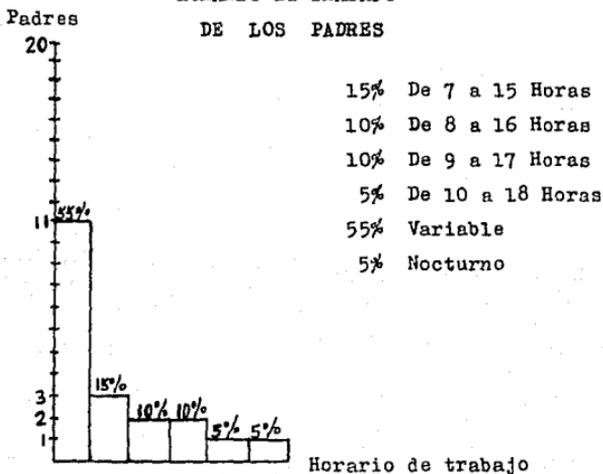
75% Sí

25% No

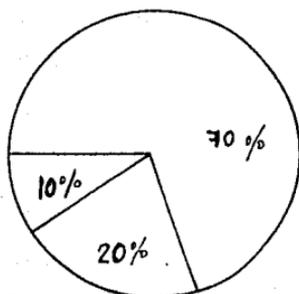
TIEMPO QUE TRABAJAN LOS PADRES



HORARIO DE TRABAJO DE LOS PADRES



TIPO DE COMUNICACION
DE LA FAMILIA

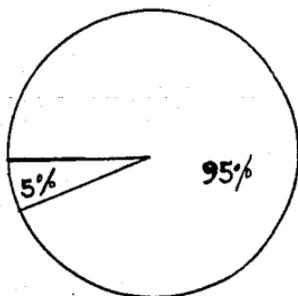


70% Directa

10% Indirecta

20% Enmascarada

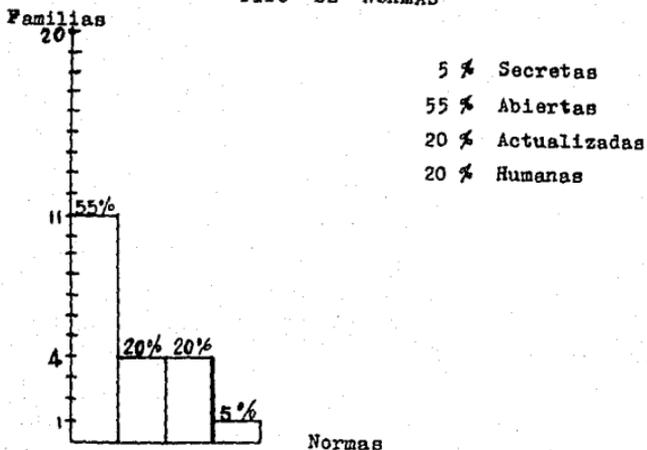
TIPO DE ROLES



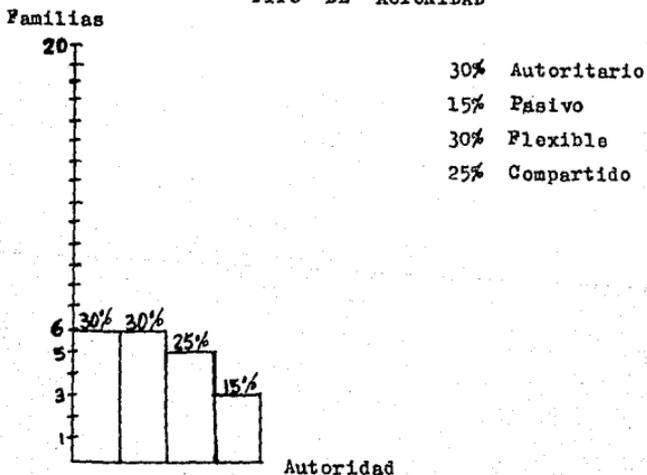
95% Tradicionales

5% Actualizados

TIPO DE NORMAS

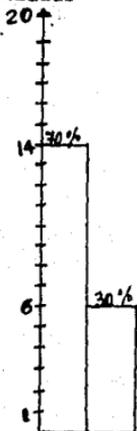


TIPO DE AUTORIDAD



TIPO DE VALORES

Familias



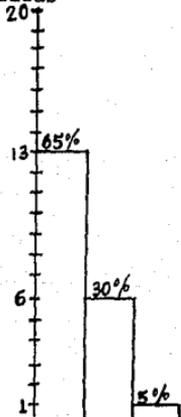
70% Tradicionales

30% Actualizados

Valores

CAUSAS QUE INFLUYEN EN EL PROCESO DE SOCIALIZACION

Familias



65% Causas familiares

30% Causas económicas

5% Causas sociales

Causas

B I B L I O G R A F I A

- 1.- Ackerman, W. Nathan.
DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS RELACIONES FAMILIARES, 6a.
Edición, Buenos Aires, Edit. Paidós, 1966, 430 pp.
- 2.- Baena Paz, Guillermina.
INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION, 13a. Edición, México, Edit.-
Mexicanos Unidos, 1986, 134 pp.
- 3.- Becerra de Ledesma, Rosa María.
ELEMENTOS BASICOS PARA TRABAJO SOCIAL PSIQUIATRICO, 2a. Edición, México, Edit. Ecro, 1972, 142 pp.
- 4.- Caparrós Nicolas.
CRISIS DE LA FAMILIA: REVOLUCION DEL VIVIR, 2a. Edición, Madrid, Edit. Fundamentos, C. 1977, 169 pp.
- 5.- Ely Chinoy.
LA SOCIEDAD, 2a. Edición, México, Edit. Fondo de Cultura Económica, 1975, 145 pp.
- 6.- Gessell Arnold.
DIAGNOSTICO DEL DESARROLLO NORMAL Y ANORMAL DEL NIÑO, 1a. Edición, Buenos Aires, Edit. Paidós. 1964, 229 pp.
- 7.- Guy Perdoncini, Yvonne Yvon.
MANUAL DE PSICOLOGIA Y REEDUCACION INFANTIL, 2a. Edición, Alcey España, Edit. Marfil, S.A., 1968, 461 pp.

- 8.- Henry Pratt, Fairchild
DICCIONARIO DE SOCIOLOGIA, México, Edit. Fondo de Cultura Económica, 1944, 299 pp.
- 9.- J. A. SIMM.
SOCIALIZACION Y RENDIMIENTO DE EDUCACION, Ediciones Morata, S. A., Edit. Madrid, 1972, 176 pp.
- 10.-Josselyn, Milliken Irene.
EL DESARROLLO DEL NIÑO, Buenos Aires, Edit. Psique,1904,175pp.
- 11.- Kadushin Alfredo.
LA ENTREVISTA EN TRABAJO SOCIAL, 5a. Edición, México, Edit.- Extempóranos, 1974, 339 pp.
- 12.-Leñero Otero, Luis.
LA FAMILIA, 2a. Edición IMESS, Edit. Anuies,1972,333 pp.
- 13.-Olea Franco Pedro.
TECNICAS DE INVESTIGACION DOCUMENTAL, 13a. Edición, México, - Edit. Esfinge, 1984, 231 pp.
- 14.- R. M. Gagné.
LAS CONDICIONES DEL APRENDIZAJE.3a. Edición, México, Edit. - Interamericana, 1987, 189 pp.

- 15.- Rojas Soriano Raúl.
GUÍA PARA REALIZAR INVESTIGACIONES SOCIALES, México, Unam ,
1977, 253 pp.
- 16.-Rodríguez Aroldo.
PSICOLOGÍA SOCIAL, 1a. Edición, México, Edit. Trillas, 1976,
508 pp.
- 17.- Spitz, René A.
EL PRIMER AÑO DE VIDA DEL NIÑO, 1a. Edición, México, Edit. -
Fondo de Cultura Económica, 1965, 294 pp.
- 18.- Shaw, Charles R.
PSIQUIATRÍA INFANTIL, México, Edit. Interamericana, 1969, 368pp.
- 19.- Unam, Ents.
GUÍA GENERAL PARA EL REGISTRO DEL PROYECTO DE TESIS, México -
Unam, 25 pp.
- 20.- Unam, Ents.
REVISTA NÚMERO 30, TRABAJO SOCIAL, México, 1984, 69 pp.
- 21.- Sullivan, Harry Stach.
ENTREVISTA PSIQUIÁTRICA, Buenos Aires, Edit. Psique, 1959, -
269 pp.