

31
2 cm/2



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE FILOSOFIA Y LETRAS
COLEGIO DE PEDAGOGIA



HACIA UNA PEDAGOGIA HOSPITALARIA.
EL CASO DEL INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA.

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN PEDAGOGIA
P R E S E N T A :
NORMA ANGELICA ISLAS CERVANTES

Marcela Gomez S

ASESOR: MTRA. MARCELA GOMEZ SOLLANO



FILOSOFIA Y LETRAS
MEXICO, D. F.

OCTUBRE DE 1994

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

COLEGIO DE PEDAGOGIA



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.

A MIS PADRES

que con su comprensión, aliento, cariño y paciencia han orientado mi vida. Me permitieron y dieron la oportunidad de tener estudios universitarios, les dedico este trabajo que es la culminación de nuestros sueños y esfuerzos.

A MIS HERMANOS Y FAMILIA

se las dedico en correspondencia del cariño y los ánimos que me mostraron para realizar este trabajo.

A LA MAESTRA MARCELA

por haberme apoyado en la dirección de este trabajo.

A TODOS AQUELLOS

a los que de una u otra forma estuvieron apoyándome, me brindaron su amistad y con los que compartí distintos momentos de mi vida universitaria, les dedico este trabajo.

INDICE

INTRODUCCION	5
I. EL CAMPO DE LA SALUD EN MEXICO:	
LÍNEAS DE DEBATE Y EXIGENCIAS ANALITICAS	12
1.1. Diferenciación social, infancia y salud. Dimensión económica, política y social	12
1.2. La salud. Del derecho moral al constitucional	26
1.3. Investigación biomédica vs. Investigación sociomédica	34
1.4. Discursos normativos referidos al tema de la salud	42
II. CONTEXTUALIZACION Y SITUACION DE LA POBLACION INFANTIL HOSPITALIZADA	53
2.1. El niño en situación de hospitalización	54
2.2. El Síndrome de Hospitalismo	65
2.2.1. Percepción y realidad del niño hospitalizado	69
2.2.2. El papel de la familia	90
2.3. En torno al Instituto Nacional de Pediatría	94
2.3.1. El Servicio de Escolaridad intra - hospitalaria	100

III. ATENCION PARA LA INFANCIA HOSPITALIZADA.	
EL ESPACIO PEDAGOGICO	107
3.1. Necesidades de formación en la población hospitalizada	109
3.2. Debate y posibilidades de una Pedagogía Hospitalaria	
¿ Un reto interdisciplinario ?	116
3.2.1. Características	116
3.2.2. Enfoques	123
3.2.3. Actividades	134
COMENTARIOS FINALES	146
ANEXOS	163
BIBLIOGRAFIA	169

INTRODUCCION

En el Taller de Investigación y Organización Educativa que se imparte en el último año de la licenciatura de la carrera de Pedagogía se comenzó a plantear lo concerniente a los Derechos Humanos y el sentido que adquieren en el campo pedagógico que vinculado con la experiencia de Prácticas Escolares, me permitió delimitar el campo en torno al cual se desarrolla el trabajo de tesis y cuyos ejes intentan abrir líneas de problematización a partir de la articulación de diversas disciplinas en torno a las cuales se definen nociones para comprender la problemática de la infancia hospitalizada.

De esta forma, el presente trabajo consiste en dar cuenta de aspectos relacionados con la participación del pedagogo en las instituciones hospitalarias, específicamente en lo que se refiere a la atención integral del niño hospitalizado. Pero como ésta no se da en forma aislada, sino por el contrario se deriva de todo un complejo social, se presenta como un indicador de algo que está aquejando, ocurriendo a la sociedad y que se relaciona de alguna manera con los Derechos Humanos en ámbitos concretos.

Por tal motivo, se analizarán algunos de los factores que directa o indirectamente inciden en la situación de la población hospitalizada, particularmente de la infancia, así como de las alternativas a promover para mitigar los efectos adversos y nocivos del proceso de hospitalización en la persona del paciente. Por lo que podemos deducir la existencia de tres esferas que colindan, se interrelacionan, dan cuenta y legitiman la presencia y participación profesional y laboral del Pedagogo.

La primera de ellas está referida a la contextualización del estado de salud de la población en general, entendida ésta no sólo desde una perspectiva clínica-médica sino también desde un enfoque social, cultural, económico y psicopedagógico.

En este sentido, la salud y la enfermedad constituyen una unidad dialéctica, ya que no son más que dos momentos de un mismo fenómeno en el que se establece una relación en constante cambio. Así el ser humano está permanentemente sometido a un proceso continuo de salud-enfermedad, proceso en el que transita en uno y otro sentido; pues no existe por así decirlo el hombre estáticamente sano o enfermo, sino que se observa una graduación en cada uno de estos dos polos.

Uno de los problemas que incide en el estado de salud de la población es el predominio de la concepción biológico-individual de la enfermedad, la cual desocializa a esta última de tal forma que la hace aparecer como surgida de los azares de una constitución biológica al margen de la situación social.

Concepción que se ratifica con el modelo causal clásico de la medicina profesional, el cual presenta a cada enfermedad como el resultado de la acción de un agente patógeno específico, generalmente de carácter biológico. De aquí que se hable de una concepción biologista de la enfermedad.

Si bien en el proceso salud-enfermedad se ha venido empleando un enfoque biologista en gran parte de la historia de la medicina institucional, no podemos descartar el enfoque socioeconómico que es inherente a dicho proceso y que en los últimos tiempos ha venido ocupando un lugar significativo en la medicina de corte institucional.

Así las corrientes sociomédicas que postulan un modelo de causalidad social de la enfermedad parten de conceptos distintos de la corriente biomédica; puesto que ven en la salud y en la enfermedad fenómenos colectivos, mismos que se interrelacionan con el resto de los procesos sociales.

Por lo anterior, se puede decir que cada formación social crea de manera particular (histórico-cultural) su propia patología. Siendo necesario detectar cuáles y cómo son los procesos presentes en ella para poder dar cuenta del sentido de la salud y de la enfermedad de una

sociedad en particular y así, estar en condiciones de elaborar estrategias que combatan oportuna y eficazmente sus patologías.

Siendo preciso el contar con el esfuerzo organizado de la comunidad y de las autoridades pertinentes a fin de elaborar conjuntamente un diagnóstico de la salud de la población en el que se describan y analicen cuantitativa y cualitativamente los problemas existentes en el campo de la salud con la finalidad de establecer políticas y alternativas viables en el campo de la salud pública.

En torno a la infancia en el contexto de la problemática de la salud podemos decir que el marco asumido por el Estado en materia de políticas de atención a la infancia, tiene un referente amplio; puesto que los organismos internacionales han abierto y fomentado marcos de normatividad y desarrollo de proyectos relacionados a la atención en distintos aspectos de la población infantil mundial.

Así una de las principales preocupaciones de las Naciones Unidas, desde su creación en 1945, la han constituido los niños, su bienestar y sus derechos. Por lo que uno de los primeros actos de la Asamblea General fue establecer el Fondo de las Naciones Unidas Para la Infancia (UNICEF), el cual se instituye como el pilar principal de la asistencia internacional a los niños de todo el mundo.

La Declaración Universal de Derechos Humanos, adoptada por la Asamblea General de la ONU en 1948, reconoce que los niños deben ser objeto de cuidado y atención especiales. Desde entonces, las Naciones Unidas se han preocupado por los derechos del niño impulsando iniciativas y tratados internacionales tanto de carácter general (Pactos Internacionales de Derechos Humanos) como aquellos dedicados específicamente a los derechos del niño. Su base se encuentra en la Declaración de los Derechos del Niño de 1959 y se ratifica con la Convención sobre los Derechos del Niño de 1989. Reglamentaciones que han servido de guía para el impulso de programas en favor de la infancia.

Siendo contemplados el derecho a la salud y a la educación en dichos tratados, cabe preguntarse cuál es la posible participación del pedagogo en la generación de propuestas relacionadas con este campo o en el enriquecimiento y fomento de las ya existentes.

Esta preocupación es uno de los objetivos del presente trabajo al analizar las dimensiones que afectan directamente a la infancia hospitalizada, particularmente en lo que se refiere a la educación y a la salud en el marco de la Pedagogía Hospitalaria, cuyo eje no es sólo la educación para la salud sino que intenta además problematizar cómo juega la relación sujeto-cuerpo-contexto en la propia formación del individuo en una experiencia concreta como lo es la hospitalización.

Para fines de este trabajo, se considera que el concepto de educación para la salud se refiere al conjunto de experiencias del individuo, el grupo o la comunidad que influyen en las creencias, actitudes y conductas en torno a su salud; así como de los procesos mediante los cuales se pueden producir cambios, con el fin de lograr mejores condiciones para favorecer este campo. De esta manera, se constituye como un medio para mejorar la salud individual y colectiva, desarrollando un sentido de responsabilidad del individuo hacia sí mismo con respecto a su salud.

Por lo anterior, se plantea la necesidad de establecer una creciente interrelación entre el personal médico y otros especialistas que puedan apoyar en la atención de la persona hospitalizada. Todo ello tendiente a la prestación de una atención que conjunte la salud física con la emocional del paciente hospitalizado; lo cual redunde en un enfoque psicopedagógico a la vez que médico, el cual atienda lo más oportuno y satisfactoriamente a la población.

En este marco el trabajo se centra en las implicaciones y perspectivas de este campo pedagógico en la atención a la población infantil hospitalizada. Pero es necesario primeramente el comprender que la enfermedad en todo ser humano además de presentarse con síntomas muy característicos, es asumida de manera particular por cada persona.

Desgraciadamente cuando la enfermedad se agudiza y es necesaria la hospitalización, el niño se adentra a un universo ajeno y nuevo para él, como lo es la instancia hospitalaria. Universo que cada niño percibirá según su proceso de adaptación al medio de acuerdo con factores tales como:

- Edad y desarrollo de la personalidad del niño.
- Información que haya recibido acerca de su hospitalización.
- Relación que mantenga la familia para con él.
- Capacidad de adaptación y de enfrentar la nueva situación.
- Gravedad de su padecimiento y el tiempo de su proceso de hospitalización.
- Tipo de padecimiento y/o intervención quirúrgica.
- Actitud del personal que lo atiende.

Por las situaciones que los niños y adolescentes enfrentan en su proceso de hospitalización, algunos médicos y psicólogos señalan que en los primeros se pueden presentar reacciones que dan cuenta de síntomas que se engloban en el "Síndrome de Hospitalización u Hospitalismo". El cual hace alusión a un síndrome de derrumbe básicamente emocional, que se agudiza mientras más se prolongue el internamiento llegando a causar en algunos casos daños irreversibles.

Es importante el señalar que el citado deterioro no sólo es de carácter psicológico, sino que también en él se presentan deficiencias en las actitudes sociales, motoras, lingüísticas, cognoscitivas y en la habilidad para controlar la conducta. Deficiencias que en sí mismas ya representan un grave problema para el sujeto.

Las reacciones anteriormente referidas pueden presentarse tanto en el transcurso del proceso de hospitalización como en el denominado de post-hospitalización; observándose en la

primera actitudes de rebeldía, culpa, reproche, conductas regresivas, perturbaciones en el sueño y en la alimentación, regresión esfinteriana, inhibición de funciones motoras, rechazo a la comunicación, estados depresivos, trastornos del comportamiento, entre otros. Mientras que la segunda se refiere al hecho de que el comportamiento de los menores que tuvieron una estancia hospitalaria prolongada puede manifestarse en problemas de adaptación a su vida familiar, escolar y social, en miedos y temores hacia personas extrañas e incluso, mostrar temor y resentimiento hacia todo lo que le recuerde su estancia en el hospital o el estar cerca de algún médico y/o enfermera.

Las anteriores reacciones si no son tratadas oportunamente por profesionales de distintas disciplinas, incluyendo al pedagogo, pueden traducirse en factores que impidan u obstaculicen la recuperación física, mental y emocional del niño.

Cabe destacar como la participación del pedagogo va tomando cada vez mayor relevancia en instituciones hospitalarias sobre todo del continente europeo y de la Unión Americana, independientemente de que la Pedagogía Institucional Oficial se haya planteado estas cuestiones.

Vivo ejemplo de ello, es la experiencia de España, en donde la Pedagogía Oficial se encuentra en un proceso de crecimiento cuantitativo y cualitativo, mismo que se constata por sus nuevas ramas: la Pedagogía penitenciaria, ambiental, vial y la Pedagogía Hospitalaria.

Si bien la educación hospitalaria es reciente, podemos afirmar que se están abriendo líneas importantes de investigación que posibilitan la generación de conocimientos y así un enriquecimiento conceptual de este campo, lo cual favorece su desarrollo hacia la problemática del adolescente y adulto hospitalizado y no reducir el campo de acción tan sólo a la población infantil. A través del trabajo psicopedagógico se intenta atender la esfera emocional de la persona hospitalizada, la cual en la mayor parte de las veces es relegada y subordinada por el personal médico y en gran medida es afectada tanto por el tipo de padecimiento y/o intervención quirúrgica, como por todo lo que representa en sí misma la institución hospitalaria.

CAPITULO I

**EL CAMPO DE LA SALUD EN MEXICO:
LINEAS DE DEBATE Y EXIGENCIAS ANALITICAS**

CAPITULO I

EL CAMPO DE LA SALUD EN MEXICO: LINEAS DE DEBATE Y EXIGENCIAS ANALITICAS

Los problemas de salud se originan y se manifiestan como resultado de la interacción de factores de muy diversa índole: potencialidad genética, condiciones ambientales, hábitos y creencias personales, nivel educativo, organización sociopolítica, dinámica poblacional, naturaleza de las actividades económicas, disponibilidad de los servicios médicos, perfil epidemiológico, heterogeneidad en la población, diferencias en el desarrollo socioeconómico, entre otros factores que *funcionan* como indicadores de un hecho.

Así, si bien la crisis económica ha repercutido en el nivel de vida de cada uno de los miembros de la sociedad, no debemos descartar que la salud como uno de los aspectos de nuestra vida, también ha sufrido fuertes transformaciones a partir de esta crisis. La disminución tanto en la calidad como en la cantidad de los mismos niveles de bienestar (citándose entre éstos la alimentación, educación, vivienda, sanidad ambiental, salud, seguridad social), más las repercusiones directas de la austeridad, han impactado severamente en la calidad de vida de la mayoría de la población, particularmente en aquella donde se observan y se caracteriza por sus escasos recursos.

1.1 DIFERENCIACION SOCIAL. INFANCIA Y SALUD. DIMENSION ECONOMICA, POLITICA Y SOCIAL.

El desempleo y subempleo experimentado por un gran sector de la población obstaculiza su acceso a los servicios de seguridad social y a las prestaciones en distintos órdenes. A la vez que se observa la falta de crecimiento -tanto en cantidad como en calidad de sus servicios- del sector encargado y responsable de la atención sanitaria asistencial.

Incluso las propias características del desarrollo inciden negativamente en las clases trabajadoras y en las capas medias de la población al limitar su acceso a los bienes y servicios que evitan o retrasan la presencia de diversas enfermedades de tipo infeccioso como crónico-degenerativo.

Corroborando esta idea señala Rojas Soriano: "... el desarrollo capitalista en México repercute en diversos órdenes de la sociedad, creando serios problemas que no pueden encontrar solución dentro de los marcos de la estructura y organización social existentes en nuestro país. Los problemas ocasionados tanto por la dinámica del desarrollo capitalista a nivel mundial como por las características particulares que el capitalismo ha adoptado en México influyen de manera directa o indirecta, mediata o inmediata, en la problemática de salud de la población."

La niñez es el grupo de población que manifiesta en toda su magnitud las implicaciones del insuficiente desarrollo económico y social del país, que se traducen en carencias y limitaciones en áreas básicas como son la alimentación, educación, salud, vivienda y seguridad social. Carencias en donde se observa un trasfondo económico-social subordinado a la insuficiente participación de la sociedad en diversas modalidades que favorezcan la generación de propuestas tendientes a contrarrestarlas, hacer factible la incorporación de la población en general tanto a la vida social como a la productiva para gozar de los beneficios de las mismas y así mejorar su calidad de vida y las potencialidades por alcanzar un desarrollo integral más completo en lo físico y mental.

Un factor subalterno de las anteriores carencias es lo referente a la dimensión demográfica, entendida ésta no como "mientras menos somos más tenemos ó porque somos muchos tenemos un bajo nivel de salud", sino como un elemento condicionante en el acceso a los diversos satisfactores (trátese de la educación, salud, alimentación, vivienda y seguridad social) por parte de la población. Por tal investidura, el aspecto demográfico no ha de tratarse de manera aislada sino, circunscribirse en el marco económico y social del país, estableciéndose así

¹ Rojas Soriano, Raúl. Crisis, Salud, Enfermedad y Práctica Médica. p. 17

una interacción entre el crecimiento económico de la nación y el aumento de la población, tendiente ello a una planeación y distribución de los servicios a cargo del Estado.

Asimismo es importante estimar no sólo el impacto del desarrollo en la población, sino también el de la población en el desarrollo, lo que de pauta a la integración del factor demográfico en la política de desarrollo del país. Esto, en el marco de un crecimiento planeado que coadyuve al logro de la elevación de los niveles de bienestar de la población e incida favorablemente sobre el ritmo de crecimiento de esta última, contribuyendo a disminuir, aunque no a resolver, las carencias que se han señalado y vislumbrándose la concurrencia de las siguientes situaciones:

- a) Descenso significativo de la demanda de los servicios médicos.
- b) Pleno otorgamiento de educación básica a toda la población.
- c) Elevación de los niveles de ingreso.
- d) Ampliación de oportunidades ocupacionales y recreativas.
- e) Extensión de la cobertura médica en todos sus niveles.

Estas situaciones permitirían destinar los recursos no utilizados en estas áreas a otros fines y sectores, o bien ampliar su cobertura y/o mejorar la calidad de los servicios prestados. Así el fenómeno demográfico a la par que el desarrollo otorgan soluciones a la problemática global del deterioro de los niveles de bienestar de la población.

Las anteriores situaciones se agudizan en el contexto de las sociedades subdesarrolladas en las que dominan los cuadros diarreicos, cuya incidencia es una de las principales causas de mortalidad infantil. Algunas de las enfermedades de mayor incidencia entre la población son las relacionadas con la neumonía, influenza, enteritis y otras de carácter diarreico.

En el caso de la niñez, además de las muertes atribuibles a las causas mencionadas en el párrafo anterior, se encuentran las causadas por morbilidad y mortalidad perinatal, bronquitis y accidentes en general.

Si bien en la infancia y adolescencia se ha experimentado una reducción en su mortalidad en las últimas décadas a la vez que la esperanza de vida se ha incrementado. en estos grupos es donde la muerte ha tenido mayor incidencia. Así el descenso de la mortalidad en las primeras etapas de la vida conjuntamente con las altas tasas de natalidad, ha derivado un cambio en la estructura por edades de la población mexicana.

Las enfermedades diarreicas deben ser ubicadas como una problemática de salud pública. pues como ejemplo del círculo enfermedad-subdesarrollo-pobreza-enfermedad, es preciso el tender a un aumento significativo de las acciones y la colaboración de la sociedad para mejorar paulatinamente las condiciones de vida -citándose entre éstas las relativas a la higiene personal y colectiva- que favorezcan un estado de mayor salud en la población. La precaria cobertura de servicios de agua potable y de un adecuado saneamiento, se constituyen como elementos determinantes para que las enfermedades diarreicas agudas sean una de las principales causas de morbilidad y mortalidad, particularmente en la infancia.

Por tal, los problemas son multifactoriales y es necesario implementar soluciones que rebasen niveles sectoriales -considerando actividades educativas, sanitarias, fomento del empleo, seguridad social, entre otros-, pues la salud y los servicios sanitarios establecen relación con todos los factores sociales y hay recíprocas influencias entre unos y otros.

Así además del sector sanitario, diversos sectores de la economía aportan una contribución importante para el mantenimiento y mejora del nivel de salud. Pero como todos los sectores de la economía se encuentran sujetos a las limitaciones impuestas por la disponibilidad de recursos financieros, tecnológicos y de personal, es fundamental y necesaria la implementación de mecanismos de comunicación y participación recíproca y conjunta entre los departamentos de salud y los otros servicios que intervienen en la planificación relativa al sector salud y lo que éste implica.

Pues evidentemente los problemas del desempleo, escasez de vivienda, desigual distribución de ingresos, condiciones insalubres del medio social, falta de campañas sanitarias

constantes, educación nula o inconclusa. así como las asignaciones del gasto público en inversiones sociales en menor cuantía de las que necesariamente se requieren para satisfacer las necesidades crecientes, gravitan negativamente en la niñez.

Estas carencias en áreas básicas no encuentran su razón de ser sólo en los factores que se han señalado sino también en las actitudes, posiciones y posturas de la propia sociedad mal informada, poco participativa y con bajos niveles de higiene -individual y colectiva-, conductas que inciden en los problemas de salud y cuyo conocimiento es primordial, pues muchos problemas para ser resueltos requieren de un mayor nivel de responsabilidad de los individuos con respecto al cuidado de su propia salud.

Por lo enunciado hasta el momento, se van esclareciendo los ejes del problema:

- 1) El papel del Estado como responsable de la prestación de la seguridad social.
- 2) Persistencia del círculo enfermedad-subdesarrollo-pobreza-enfermedad.
- 3) Desinformación y baja participación de la comunidad.
- 4) Interacción de los diversos sectores en la calidad del nivel de vida.

Los cuales nos hablan de dos perspectivas en torno a un mismo problema:

a) De la participación del Estado en la garantía del derecho al bienestar físico y mental -incluyéndose el de la salud- mediante la implementación de acciones reglamentadas en planes y programas de mediano y largo plazo.

b) De la relación, posición y práctica que adopte la comunidad en torno a la prestación de los servicios de salud que se encuentren a su alcance.

Centremos la atención en este primer aspecto:

El Estado no se conforma, instituye, rige y norma bajo un discurso unificado, prescrito y delimitado, sino por el contrario, tiene en su haber diversos y múltiples discursos que derivan y se adaptan a las diferentes clases y situaciones particulares a éstas, derivándose de ello distintas

materializaciones de las acciones prescritas en documentos oficiales dirigidas a la obtención de óptimos resultados en los componentes del complejo sistema social.²

Cuando se restringe a la identificación del concepto de salud como la ausencia de enfermedad, se reafirma una "política" de eludición del problema de la salud en el contexto de las condiciones generales de la calidad de vida vigentes en la colectividad. Asimismo, con la participación de la esposa del Presidente de la República en campañas orientadas a la plena prestación de "seguridad social", uno de los propósitos de esta última es, difundir la imagen de un Estado benefactor y neutral, ausente de lucha de clases por alcanzar los niveles mínimos de bienestar. Como si tal imagen pudiera atenuar las desigualdades derivadas de la existencia misma de clases.

Es en el Estado donde se configuran los conceptos de asistencia social, que se han ido modificando durante las diversas etapas del desarrollo de la sociedad mexicana:

De ser concebida como una manifestación de caridad o acto de beneficencia ha trascendido a un derecho basado en principios de justicia social. Pues después de estar durante mucho tiempo ligada a instituciones que realizaban acciones sin tener un marco jurídico propio y guiadas principalmente por motivos ideológicos, éticos y/o religiosos, encuentra su lugar en instituciones del Estado cuya finalidad estriba en la contribución al bienestar y desarrollo individual y colectivo.

La asistencia social en México está dividida en pública y privada, la primera es la que proporciona el Estado mediante sus diversas instituciones; mientras que la segunda, patrocinada por particulares, se realiza a través de fundaciones o asociaciones, a las que el Estado reconoce personalidad jurídica.

² NOTA. Para un análisis más completo sobre el papel del Estado en diversas esferas sociales se recomienda la lectura de: Alonso, Jorge *et. al.* (Coord.) El Nuevo Estado Mexicano. IV. Estado y Sociedad. México, Nueva Imagen, 1992.

Con la promulgación de la Ley General de Salud en 1983, la asistencia social se instituye como una materia de salubridad general y en un programa permanente del gobierno al conceptualizarla como "el conjunto de acciones tendentes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan al individuo su desarrollo integral, así como la protección física, mental y social de personas en estado de necesidad, desprotección o desventaja física y mental, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva."³

No obstante el gran alcance conquistado para la población en materia de asistencia, se observa una limitada aplicación en tanto no admite a la población en general, pues si bien centra su atención en grupos desprotegidos, descuida a todo aquel que se encuentre en un nivel óptimo de bienestar obstaculizando sus potencialidades al no seguir suministrando los insumos necesarios que garanticen la calidad del mismo.

De esta manera la asistencia social estaría encaminada en una primera instancia a los grupos desprotegidos y en una segunda al resto de la población, incidiendo favorablemente y garantizando el bienestar individual y colectivo. Pero, ¿Cuál es la filosofía sustentada por la asistencia social?

Al ser propósito de la asistencia social la protección de los grupos sociales más desfavorecidos ésta se constituye como una estrategia de solidaridad a nivel nacional, en tanto que incluye como esencia y principios la igualdad, dignidad y mejoramiento del nivel de vida combatiendo la marginación y el abandono mediante procedimientos que contribuyan a resolver los problemas de individuos, grupos, comunidades.

Esta estrategia está correlacionada con la justicia social, la cual regula y garantiza la atención básica que requiere cada individuo para satisfacer sus necesidades fundamentales a través de servicios de protección, preventivos, atención y rehabilitación. Asimismo por encaminar sus esfuerzos a los grupos mayoritarios del país interrelacionando los sectores social y privado, se

³ Kumate, Jesús et. al. "Desarrollo Institucional, Asistencia Social" En: La Salud en México: Testimonios 1988. Tomo III, vol. 2, p. 55

promueve el fortalecimiento de la identidad nacional, siendo elementos constitutivos de su filosofía la Solidaridad, Justicia Social, Dignidad, Igualdad e Identidad Nacional.

Elementos inherentes al desglose de los factores que inciden en el bienestar físico, psíquico y social de la población son los que señala Hernán San Martín⁴ :

- 1 Estructura y equipamiento biológico individual, reserva genética de la población.
- 2 Estructura socioeconómica de la sociedad estudiada: modos de producción y relaciones sociales de producción, clases socioeconómicas, distribución de la renta nacional, desigualdades sociales.
- 3 Nivel de vida de la población: costo de vida, salarios o rentas, infecciones, etc.
- 4 Tipo y grado de desarrollo social y económico de la población y de cada familia; grado de independencia económica, política y cultural del país, nivel de deterioro de la naturaleza.
- 5 Medios de vida de la población y de los grupos: participación en la vida social, comunicación, comportamientos, hábitos, creencias, etc.
- 6 Calidad ecológica y sanitaria del entorno global de la población.
- 7 Condiciones sociales y sanitarias del trabajo.
- 8 Existencia o no de desigualdades socio-profesionales cura a la salud, la enfermedad y la muerte: orígenes y consecuencias.
- 9 Nivel de educación general del individuo y la población.
- 10 Nivel de educación para la salud del individuo y la población.
- 11 Grado de participación del individuo y la población en los problemas de salud-enfermedad y en la gestión de su salud.
- 12 Existencia o no de sistemas de protección social y de seguros de enfermedad: cobertura y beneficios.
- 13 Existencia o no de grupos de alto riesgo en morbilidad o mortalidad.
- 14 Grado de conocimientos científicos y nivel de aplicación.
- 15 Existencia de servicios de salud-enfermedad: cobertura, orientación y eficacia.

Todos y cada uno de estos factores, directa y/o indirectamente inciden en el estado de salud de la población y por ende en la infancia, es por ello que han de ser tratados tanto a nivel individual como en su conjunto, para formular estrategias que conlleven a la prestación óptima y adecuada de servicios asistenciales para garantizar el bienestar de la población en general. Estrategias que tiendan a la institucionalización de Políticas Sanitarias que han de constituirse

⁴ San Martín, Hernán. Manual de Salud Pública y Medicina Preventiva. p. 24

como alternativas para las disposiciones en materia de salud, así como caracterizarse por su realismo y capacidad para traducir sus planteamientos e ideas en objetivos concretos.

Además las actividades productivas, las prestaciones de servicios en general así como los otros elementos enunciados en conjunto dan cuenta del desarrollo económico y social. De esta manera, los programas de salud no han de relacionarse unilateralmente con la esfera económica o con la social, ya que tanto influyen como reciben la influencia de éstas. Así, las relaciones entre el desarrollo económico-social y la salud han de manifestarse en las consecuencias que para esta última se han de derivar del desarrollo mismo. Por ello y puesto que un objetivo de todo plan de desarrollo es la elevación del nivel de vida de la población, el fomento y la protección de la salud han de constituirse como elementos indispensables del plan global.

Por tal motivo, el sector de la salud ha de mantenerse al corriente de la planificación económica que se esté realizando, no sólo para hacer valer sus peticiones en cuanto a recursos, sino para que los administradores sanitarios puedan con mayor eficacia distribuir las asignaciones. Siendo un elemento fundamental el que el Sector de la Salud sea tomado debidamente en cuenta no sólo durante la preparación del Plan, sino además, durante la ejecución y evaluación del mismo. Para así garantizar su pleno y favorable ejercicio.

Para conseguir la integración de los Programas de Salud en los Planes de Desarrollo General, es necesario que desde el inicio del proceso de planificación, el sector de la salud esté debida y plenamente representado en dicho proceso, así como existir una oportuna y favorable relación entre los distintos ministerios y organismos interesados con el fin de atender debidamente los aspectos sanitarios del plan. Un elemento fundamental en este contexto es la realización de un diagnóstico situacional del estado de salud de la población.

Este diagnóstico ha de insertarse en el proceso de planificación, al que le seguirían la programación, discusión y decisión, para finalmente pasar a la ejecución, control y revisión. Siendo su finalidad la de describir y analizar cuantitativa y cualitativamente los problemas de salud de la población, considerando los elementos que los condicionan o los determinan para

establecer alternativas viables de solución. No se sustentará sólo en la descripción de los daños a la salud -agrupados por causa, evolución, frecuencia, distribución geográfica, etc.-, sino que a partir de la información de los mismos derivará medidas de control y prevención.

A la par del diagnóstico situacional se halla la práctica del análisis epidemiológico, mediante el cual hacer evidentes los daños a la salud y los factores de carácter étnico, genético, demográfico, ambientales, histórico, económico y socioculturales que intervienen en los mismos, a los que hay que agregar la influencia que ejerce la política de salud.

Un elemento concomitante a los anteriores es la morbilidad (entendida ésta como la proporción de enfermos en un lugar y tiempo determinados) al ser un útil parámetro para el conocimiento del estado de salud de la población en un momento establecido. No obstante, en México existen graves limitaciones para realizar tal evaluación resumiéndose éstas en:

- a) Ausencia de un Sistema Nacional de Información único en lo concerniente a la salud.
- b) Captación incompleta de datos.
- c) Deficiente utilización de los servicios existentes por parte de la población.
- d) Normas de información diferentes para cada institución.

Esta situación se agudiza al no contar con información clara y precisa emitida por las diferentes instancias de seguridad social y/o asistencial para conocer la morbilidad en México.

Para la realización de las actividades enunciadas es preciso la colaboración de profesionales de diversas disciplinas altamente capacitados para en un primer plano dar cuenta de la situación real del estado de salud -incluso del de bienestar- de la población y en un segundo, implementar las medidas oportunas y congruentes a las necesidades detectadas. Todo ello tendiente a la creciente elevación de la calidad de los niveles de vida y por ende, al bienestar físico y mental.

Para la ejecución eficaz de una planificación habida de justicia social, es necesaria la definición clara y precisa de los elementos de bienestar que han de gozar los habitantes en general. Citándose entre los mismos: empleo, vivienda, higiene, nutrición, atención médica, esparcimiento, etc. (elementos concernientes al bienestar referido a las esferas física y mental del individuo). Es importante señalar que los elementos de bienestar no cambian con el tiempo sino, las metas operativas señaladas en los programas para la consecución de los mismos.

De lo anterior se deriva que la salud depende de aspectos "no sólo médicos", es decir, se encuentra subordinada a otras esferas. Por ejemplo, un error que se ha venido ratificando a lo largo de muchos años es el enfrentamiento a los problemas de salud mediante acciones médicas tendientes a la atención de padecimientos ya manifiestos (descuidando lo concerniente al mejoramiento de la calidad de vida de los habitantes del país en general) cuando las acciones por realizar han de considerar y dar pautas para resolver aspectos relativos al: desempleo, desigual distribución del ingreso, desnutrición, falta de higiene, educación inconclusa, focos de contaminación (industria, basureros, centros de vicios, inexistencia de redes de alcantarillado, entre otros), insalubridad de la vivienda, irregularidad en los asentamientos humanos.

En fin, no podemos eludir el hecho de que el nivel de salud de la población se encuentra subordinado al sistema socioeconómico del país y de manera marginal por la atención médica. No obstante, esta última es en sí misma un grave problema a considerar.

Así los sectores de la economía contribuyen al mejoramiento y mantenimiento de la salud, pues los progresos realizados en esta área no se deben exclusivamente a los programas de salud. Ya que el desarrollo agrícola incide en la nutrición de la población, es importante también la economía política en tanto a la producción y distribución de bienes que satisfagan las necesidades del hombre. Pues las disposiciones sobre vivienda, abastecimiento del agua, y redes de alcantarillado se relacionan con la salud, aunque no figuren en el presupuesto del sector sanitario.

Lo que da cuenta de una integración de planes sectoriales en un plan general, el cual atienda los aspectos económicos, sociales, sanitarios y culturales de una determinada población.

Teniendo como consecuencia el que todo programa de salud racionalmente planificado y debidamente ejecutado contribuya sin duda alguna al desarrollo económico y social.

Sin embargo, los programas de salud no están como idealmente deberían estar integrados en los planes de desarrollo global. Una de las razones de esta situación radicaría en la falta de una definición explícita de las relaciones que han de existir entre los objetivos o los programas de salud con las políticas de desarrollo, lo que se atribuye a la complejidad y a las dificultades del problema mismo.

Si bien se ha venido mencionando la importancia de los programas, no lo es menos lo concerniente a la política de salud, pues es a partir de ella donde éstos encuentran su razón de ser, su fundamento, viabilidad, y alcance.

Así para González Carbajal⁵: "La política de salud es la intención previa que orienta las acciones futuras que el gobierno ejerce para modificar los daños; en este proceso interviene la autoridad política al decidir los objetivos generales y los medios a través de los cuales lograr los objetivos; como intención, puede o no considerarse de acuerdo con las circunstancias; por ello, toda política debe analizarse desde dos puntos de vista: como intención en los planes a futuro y como resultado en los planes ya desarrollados".

Siguiendo este cuestionamiento en la preparación de un Plan Sanitario es fundamental el considerar además de la elección de prioridades, una serie de factores referidos a lo siguiente: estudio y definición de los problemas; enunciación de objetivos y finalidades; conceptualización, ejecución y evaluación de operaciones. En torno a la decisión de prioridades se encuentra la magnitud del problema, lo referido a la viabilidad, relación probable de costos y eficacia y el grado de emergencia con el que el problema se enfrente. Asimismo no ha de olvidarse las limitaciones a las que se habrá de enfrentar toda esta serie de acciones, figurando entre las mismas, la formación, cooperación, participación y la mentalidad de aquellos de quienes

⁵ González Carbajal, Eleuterio. Diagnóstico de la salud en México. p. 97

dependen la toma de decisiones, así como las dificultades propias que se derivan de un proceso de carácter multidisciplinario.

Asimismo un Plan Sanitario ha de ser expresamente concebido para el país al que ha de destinarse -trátese de un país desarrollado o de uno en desarrollo- aún cuando existan en materia de planificación algunos principios generales y métodos de aplicación universal, puesto que las circunstancias y prioridades varían considerablemente de un país a otro -incluso de región a región en un sólo país- en función de factores tales como: estructura demográfica, morbilidad, recursos, criterios sociales y políticos, sistema social, servicios de salud existentes, teniendo que la planificación sanitaria alcanzará su máxima eficacia cuando se inscriba en la planificación general. En este sentido:

" Se suele reconocer como principio fundamental que los programas sanitarios raras veces se justifican exclusivamente en términos económicos, sino más bien como medios para mantener y mejorar la salud, que es tal vez el más importante de los factores que contribuyen al mejoramiento de la calidad de la vida humana. Así por ejemplo, la prestación de asistencia sanitaria a los ancianos no rinde beneficios económicos obvios ni inmediatos. Sin embargo, los programas para las personas de edad avanzada, que se justifican por el objetivo de mejorar la calidad de la vida humana, rendirán considerables beneficios económicos y sociales a largo plazo, aunque se comprenda que, por el momento, no se consideren esos programas altamente prioritario en algunos países. Se acepta sin discusión que la salud es en sí misma un objetivo y representa una de las manifestaciones más importantes del progreso social. " *

Así los programas de salud no han de justificarse solamente desde el punto de vista económico, sino por la participación de la salud en el desarrollo económico-social, pues al reconocer debidamente las repercusiones económicas y sociales de los programas de salud en el citado desarrollo, será posible organizar con la mayor eficacia estos programas, cuyo objetivo se centrará en que los servicios de salud contribuyan en todo lo posible al desarrollo mismo.

Si bien -como se ha citado- algunos programas de salud no requieren justificación económica es necesario cuantificar los beneficios de los programas con la finalidad de conseguir

⁶ OMS, Relaciones entre los programas de salud y el desarrollo social y económico, p. 36

para éstos la debida asignación de recursos financieros. No obstante, existen elementos de los servicios de salud que no son factibles de medir, particularmente elementos de carácter subjetivo como son las mejoras en la calidad de vida y otros factores que tardan en manifestarse por ser resultado de reacciones en cadena.

Siguiendo el rubro económico, aún cuando la asistencia sanitaria como un servicio social establece programas de salud para contribuir a la satisfacción de necesidades de la población, desatiende las consideraciones económicas que al respecto de estas necesidades han de considerarse para la óptima prestación de servicios a nivel individual y de la comunidad, salvo en la medida en que los programas exigen un financiamiento. Por esa y otras razones, los costos y demás datos requeridos para evaluar la contribución de los programas de salud al desarrollo, rara vez se conocen en totalidad y veracidad.

El mantenimiento de los servicios establecidos y la expansión de éstos que el crecimiento demográfico impone, absorben gran parte de los fondos destinados a los servicios sanitarios quedando solamente un pequeño porcentaje para la inversión en nuevos programas, la mejora de los servicios y, la ampliación de la asistencia en general, lo cual acontece aún cuando para determinar el monto del crédito destinado al sector sanitario se consideran:

- a) necesidades ya definidas;
- b) aspiraciones de la colectividad y
- c) prioridades presupuestarias.

De igual manera, buena parte del gasto corriente en salud se destina a pagar los salarios del personal de los servicios asistenciales como del administrativo; mientras que una mínima parte se destina a acciones preventivas y sanitarias, así como a la atención de la población abierta⁷, que es la que se encuentra más necesitada de los servicios. Esto representa un grave problema

⁷ Se le designa con este término a aquella población que no está asegurada en instituciones como el IMSS, ISSSTE, entre otras.

en la incidencia de enfermedades por falta de financiamiento en programas preventivos, cobertura, incorporación de programas referidos a la salud pública; en fin, ese bajo porcentaje condiciona la apertura de la atención conjunta a un sinnúmero de acciones que determinan tanto la calidad en el nivel de vida como el grado de bienestar físico y mental de la población en general.

Por todos los indicadores hasta el momento referidos, la salud se constituye como un problema en cuanto a su desigual distribución en los diferentes sectores sociales como a su estructura diferencial en el acceso a los servicios asistenciales y sanitarios, problema no únicamente de corte social sino también político y educativo, donde los condicionantes y el sistema socioeconómico contribuyen con severas limitaciones al acceso de la población a los servicios de salud.

1.2 LA SALUD. DEL DERECHO MORAL AL CONSTITUCIONAL.

Aunada a la conceptualización de la "salud como problema" se encuentra la de la "salud como un derecho", la que desmiente la siguiente enunciación: la prestación de salud es un favor que hacen las instituciones patronales o gubernamentales a sus trabajadores. Misma que se instituye por el hecho de que en México la protección a la salud es un derecho constitucional⁸, es decir, de todos los mexicanos, por lo que ha de exigirse el gozo de todos los beneficios que tal derecho supone. Por lo que es importante el que se tenga conocimiento del significado que tiene, jurídicamente hablando, el "Derecho a la Salud": qué comprende, cómo funciona, cómo se accede a él.

Todo ello con el fin de hacerlo valer como tal, pues con frecuencia no se ejerce, ya sea por desconocimiento o por los obstáculos que genera la burocracia, que la mayoría de las veces

⁸ Cfr. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

dificulta o limita el acceso a los servicios de salud.

La Salud como Derecho se encuentra tipificada jurídicamente en dos instancias: en algunos artículos de la Constitución Política y en la Ley General de Salud.

En cuanto a la Constitución, el art. 4o. en su cuarto párrafo dice: "Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta constitución."⁹

Aunque el Presidente de la República, el Consejo de Salubridad General, la Secretaría de Salud y los Gobiernos de las Entidades Federativas, incluido el Departamento del Distrito Federal, sean quienes definan las condiciones de acceso a este derecho jurídicamente reglamentado es responsabilidad de cada uno de nosotros el pugnar porque dichas autoridades aseguren, el que todos los mexicanos tengan acceso a los servicios de salud. Sin embargo, aún cuando la responsabilidad de la salud le sea inherente al Estado, todos habremos de compartir dicha responsabilidad al participar colectiva y organizadamente en todas y cada una de las acciones que tienda a hacer real y efectivo el cumplimiento de tal derecho. Pues el hecho de constituirse como población abierta, no quiere decir que se ha de permanecer al margen de los servicios de salud.

En la Ley General de Salud ¹⁰, el derecho a la protección de la misma se delimita a partir de siete finalidades, que son:

- 1 El bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;
- 2 La prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana;
- 3 La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuvan a la creación.

⁹ IBIDEM.

¹⁰ Cfr. Anexo "Ley General de Salud".
En: Madrigal, Ma. Irene. La Salud, p. 62

conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social;

- 4 La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud;
- 5 El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población;
- 6 El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud, y
- 7 El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.

Así, el garantizar el Derecho a la Salud consiste en crear condiciones idóneas para su protección contra accidentes y enfermedades, como todo lo relacionado a su entorno, modo de vida y las posibles fuentes de neurosis. Protección que se traduciría en una Prevención Social (responsabilidad conjunta del Estado y la Comunidad) implicando:

- La toma de conciencia de la población y los gobiernos sobre los determinantes de la salud-enfermedad y sobre los riesgos que hay en determinado ambiente social, lo que conllevaría a: La lucha contra la producción de riesgos y los ya existentes en el medio social; una redefinición del trabajo de los profesionales de salud, así como la formación adecuada de éstos para que puedan responder a las necesidades de una población determinada.

- Fomento de la educación para la salud en y durante toda la vida del individuo.

El cumplimiento de estas finalidades no ha de generarse y centrarse en una sola instancia, sino ha de abarcar en conjunto tanto a instancias como a personas, nivelando responsabilidades para la óptima consecución de los objetivos planteados hasta el momento, pues con la correcta asunción de roles en la participación por lograr la calidad en los niveles de vida, se podrá tender a la obtención real y veraz de éstos.

En este contexto, la colaboración del Estado estaría referida a un primer plano al incremento de su intervención bajo distintas modalidades en los diversos servicios de salud,

sustentado la filosofía de responsabilidad general para garantizar el derecho a un mínimo de bienestar a todos y a cada uno de sus ciudadanos.

En un segundo, estaría a su cargo proveer los medios necesarios a fin de resolver las dificultades que impidan u obstaculicen el que los diferentes grupos sociales gocen de ese derecho. Y en un tercero, tender a la integración del discurso institucional médico al del desarrollo económico, todo ello con el fin de combatir los problemas relativos a la coordinación institucional, la productividad y eficiencia de los servicios de salud. A la vez que buscar tanto la congruencia como el equilibrio entre el sistema de salud por un lado, y el referido al desarrollo económicosocial por el otro.

Pero, ¿En qué momento surge el impulso referido a la Protección del Derecho a la Salud? Hernández Llamas ¹¹ enfatiza que en la década de los sesenta la atención médica estatal no evolucionó de igual manera que la economía e incluso que en algunos aspectos retrocedió:

"... a principios de 1971 empiezan a surgir los primeros signos de agotamiento del 'desarrollo estabilizador', y a hacerse evidente el deterioro progresivo de la economía del país. La intervención del Estado fue errática y se caracterizó por una política económica de 'freno y arranque', la cual contribuyó a acentuar la crisis. Las luchas obreras se intensifican, y se manifiestan de maneras diversas en sus esfuerzos por disminuir los efectos regresivos que ocasionaba la crisis económica en sus condiciones de vida."

Como respuesta a esta situación, la evolución de las instituciones de atención médica se vió seriamente afectada, así como la asistencia pública y la seguridad social. Uno de los aspectos más significativos fue la falta de materialización en proyectos de expansión de coberturas; a la vez de la adopción de políticas de salud que rescataran y propagaran la imagen del Estado Benefactor.

Así a partir de los años setenta se generó una etapa importante en el desarrollo social de

¹¹ Citado en: Ortiz, Federico et. al. Vida y muerte del mexicano, vol. 2, p. 53

México, donde se hizo un reconocimiento de las grandes carencias en materia de salud, alimentación, seguridad social, vivienda y educación que padecía el país, lo que obligó a la elaboración de planteamientos y alternativas oficiales referentes a los problemas de salud; no obstante y en contra a lo que todos esperaban, muchos de estos pronunciamientos estuvieron faltos de rigor.

Es durante la presidencia de Echeverría (1970-1976) cuando se emitieron un gran número de planes y programas que pretendían impulsar un resurgimiento de las políticas de bienestar social del Estado mexicano. Sin embargo, algunas de éstas se quedaron a nivel declarativo, otras fueron utilizadas como instrumentos mediatizadores y algunas más, se volvieron hechos concretos.

En este período se elaboró el Primer Plan Nacional de Salud¹², el que integró las políticas y programas de todas las instituciones públicas de salud y formuló metas para abarcar dos períodos, el primero comprendido entre 1974-1976 y el segundo, de 1977 a 1983.

El citado Plan tiene sus antecedentes en 1972 cuando Luis Echeverría -en ese entonces Presidente de la República- durante la ceremonia conmemorativa del día del médico (23 de octubre) anunció que en 1973 se realizaría la Primera Convención Nacional de Salud¹³ con el propósito de fundamentar un nuevo plan de salud a nivel nacional. Para lo cual se convocó a participar a todos los organismos oficiales dedicados a la atención médica y a la seguridad social, a las academias y sociedades médicas, universidades, entre otras.

A partir de 1973 (en el mes de julio) se organizó la Comisión Redactora del Plan Nacional de Salud para integrar Comisiones, Subcomisiones y Grupos de Trabajo con el fin de compilar, estudiar y ajustar a ciertos criterios toda la información y documentación disponible

¹² Cfr. Plan Nacional de Salud 1974-1976, México, SSA, 1974, VOL. 1

¹³ IBIDEM.

para así llegar a la formulación del Plan. El cual se concibió como un documento flexible a las circunstancias y a los recursos disponibles durante su desarrollo, lo que permitiría según la fundamentación del texto, manejar prioridades y ajustar las metas a los requerimientos más urgentes; constituyendo un constante conjunto de programas que se abocarían a todos los municipios y al mayor número de localidades de éstos.

No obstante a ello, López Acuña reconoce la idea a partir del análisis del Plan que "en lo sustancial, no es otra cosa más que un documento demagógico con planteamientos puramente propositivos que nunca se convierten en instrumentos normativos o definitorios de estrategias reales" ¹⁴

En fin, aún cuando en los planes y programas se han venido señalando un sinnúmero de acciones y proposiciones referidas al derecho de la salud, al bienestar físico y mental, a la calidad en el nivel de vida, entre otras más, las actividades se canalizaron hacia aspectos que tomaron rumbos diferentes a los conceptualizados como los más idóneos en la resolución a los problemas ya mencionados. Vivo ejemplo de ello es que:

La solución a los problemas de salud pública se ha centrado la mayoría de las veces en la asistencia clínica y en la formación de recursos humanos dirigidos a la cura individual, otorgándole una mínima atención a la prestación de medidas preventivas así como a programas de medicina social, hechos que desatienden las necesidades de la población y las deficiencias e insuficiencias de los servicios de las distintas áreas que componen el complejo sistema social. los cuales en cierto modo atentan contra lo designado en los planes y programas generales de gobierno.

Aunado a esto último se encuentran las políticas de Desarrollo General, las cuales influyen en mayor o menor medida en la asignación de créditos para el sector salud. Siendo aquí un problema central el hecho de que dentro del propio sector, el grado de prioridad otorgado al rubro de la prevención de enfermedades sea con frecuencia insuficiente: esto es, la demanda de la

¹⁴ Citado en Ortiz, Federico. *Op. cit.* p. 85

asistencia curativa es en ocasiones tan elevada que incide y pone en peligro la financiación de programas preventivos.

La enunciación de las enfermedades de carácter diarreico, no es más que el vivo ejemplo del hecho de que la inversión en programas preventivos es sin lugar a dudas rentable, ya que los citados programas son mucho más costo-efectivos que la prestación de los servicios médicos e incluso terapéuticos. En este sentido, la prevención genera un significativo ahorro por concepto de consultas y días de hospitalización evitados. Además contribuye al desarrollo nacional por la disminución del ausentismo escolar y laboral y por ende, en el incremento a la productividad, incidiendo en el abatimiento de las tasas de morbilidad y mortalidad, en el incremento de la esperanza de vida y en la mejoría de la calidad de la misma, y destacando las actividades de control de enfermedades prevenibles por vacunación, dirigidas a incrementar la resistencia individual.

Contraponiendo lo anterior se tiene que los servicios de asistencia curativa y particularmente aquellos derivados de la asistencia sanitaria en su conjunto son muy costosos, ya que suelen absorber a su vez gran parte del financiamiento total de los servicios de salud; además de variar en gran medida su eficacia y rendimiento. Para obtener el conocimiento de estos últimos, son de gran utilidad los análisis de las relaciones costo-eficacia y costo-rendimiento (costo-beneficio).

De esto se deriva que algunos servicios de asistencia sanitaria de alcance limitado pero bien definido, son relativamente poco costosos y sin embargo, de gran eficacia para fines precisos y en las circunstancias adecuadas (como lo serían los servicios de higiene escolar y laboral, etc.). Para la realización de esto último, es necesario que entre las funciones que incumben tanto a los economistas en sanidad como a los planificadores, figuren la preparación de instrumentos para la evaluación de los fenómenos sociales, la determinación de los sectores de la salud en donde puedan obtenerse los máximos resultados con los recursos disponibles y, la prestación de ayuda de diversa índole para mejorar la gestión administrativa de los servicios sanitarios.

De esta manera el análisis de la relación costo-beneficio permite determinar las ventajas que la sociedad puede obtener a partir de la ejecución de un programa determinado. Mientras que el análisis de la relación costo-eficacia, en cuanto a distintos procedimientos analíticos, permite elegir entre diversas posibilidades. Asimismo, para cada una de las posibilidades se puede recurrir al análisis costo-eficacia que se derivaría en tres fases: definición de los objetivos, evaluación de los medios posibles y, la determinación de los recursos necesarios¹⁵. No obstante, aún cuando estos modelos de análisis contribuyan a esclarecer los problemas, no son decisivos para el planificador por la complejidad que ambos contraen en la relación de los fenómenos sociales y entre ellos mismos.

Por lo citado, se hace indispensable la implementación de estrategias que conlleven a establecer, preservar y consolidar el óptimo estado de salud de la población, garantizando el bienestar individual y colectivo. Así de acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) "...se entiende por Estrategia: La forma de llevar a cabo sistemáticamente las situaciones por crear y las acciones por realizar, tendientes al cumplimiento de una política a través del aprovechamiento más adecuado de los factores favorable y el aislamiento, neutralización, conversión, debilitamiento o eliminación de los factores desfavorables...

Así la Estrategia establece los cursos de acción posibles y las alternativas a desarrollar para aplicar las decisiones del poder político, determinando sus diferentes etapas y el interjuego de sus componentes, y previendo los costes políticoeconómicos y sociales del proceso para que resulten lo menos onerosos posibles. "¹⁶

La aplicación de estas estrategias se orienta con la finalidad de asegurar los beneficios alcanzados e ir conquistando con paso firme las condiciones incidentes en los problemas de salud-enfermedad sin descuidar los elementos de los problemas ya referidos hasta el momento, así como los concernientes a la atención médica ya particularmente.

¹⁵ Para un mejor conocimiento de este tema, consultar

OMS. *Op. cit.*

¹⁶ OMS, *Op. cit.*, p. 255

1.3 INVESTIGACION BIOMEDICA VS. INVESTIGACION SOCIOMEDICA.

Un elemento interesante de análisis es el que las instituciones médicas -tanto públicas como privadas- centran sus actividades más en el "reparar" el daño, que en prevenirlo; situación que relega la comprensión y el estudio de las condiciones sociales y económicas que generan un sinnúmero de padecimientos que requieren de medidas de prevención y son factibles de incorporación en programas -en cuanto a su planteamiento y estructuración- de medicina social de carácter predominante y eminentemente preventivo.

Corroborando lo anterior, Eduardo Menéndez,¹⁷ señala:

"En el conjunto del sector salud domina un modelo curativo, que no es sólo sumamente costoso sino que es de baja eficacia respecto de los principales problemas. Así, tenemos que el IMSS en 1978 distribuyó su presupuesto de tal forma que sólo el 1.1 % del mismo correspondió a atención preventiva y el 52.5 a la curativa...La notable cantidad de médicos, planteada no en términos absolutos sino comparativos, indica de hecho un predominio de las actividades curativas respecto de las preventivas, así como el potencial incremento de los costos de atención a la salud. Un modelo curativo supone de hecho el incremento de la medicamentación, de la polifarmacia, del uso creciente de equipo técnico, que favorecen la reproducción de la 'industrialsalud' y que en países como en los nuestros afecta la estructura del financiamiento del aparato de salud, y lo que es más gravoso afecta a los factores 'ambientales' que favorecen el mantenimiento de determinados cuadros de morbimortalidad."

El predominio de este modelo curativo se expresa básicamente en la ineficacia o en una eficacia limitada de la aplicación de los programas que deberían actuar sobre las causas básicas de morbilidad y mortalidad, referidas estas últimas a: focos de contaminación, saneamiento, accidentes en general, desnutrición, entre otros. Por tal motivo, las prácticas curativas sólo pueden operar limitadamente sobre los principales problemas -los ya enunciados- que inciden en la salud física, mental y emocional que aquejan a la población.

¹⁷ Citado en Almada, Ignacio. *Salud y Crisis en México*.

Asimismo el dominio de las prácticas curativas se subordina a la reproducción de la industria de la salud, a los procesos de reproducción y a los de legitimación ideológica del sistema. Es decir, la hegemonía de dicha práctica se instituye por la inducción a los grupos sociales de demandar este tipo de prácticas como la "mejor" que el sistema global de la salud le puede proporcionar.

Para este modelo curativo es imprescindible la readecuación de su campo y elementos de acción por las condiciones de una doble crisis, la primera referida a la situación económica en general y la segunda, a la crisis del modelo médico. Crisis que condicionan la función y conceptualización del modelo enunciado.

Centremos la atención en los modelos médicos clásicos de causalidad ¹⁸:

El Modelo Médico de la Monocausalidad tiene vigencia a partir del conocimiento de los microorganismos y de su efecto patógeno; así, sostiene que a cada condición patológica le corresponde una causa única, generalmente proveniente de un agente nocivo. Modelo cuya crisis va aparejada a su aplicación en tanto no puede dar una clara y concreta explicación de la aparición de enfermedades infecciosas en el hombre cuando aparentemente en igualdad de circunstancias de exposición a los agentes microbianos, algunas personas se enferman mientras que otras no.

Por tal circunstancia, surge el Modelo de la Multicausalidad -sustentado por los epidemiólogos- para el cual la aparición de la enfermedad no obedece a un factor único sino a múltiples factores de riesgo, entre los que se citan los biológicos, internos y externos, incluso los sociales. No obstante la universalidad de factores a considerar para encontrar el factor causal de la enfermedad, su práctica es limitada por su referencia a la enfermedad como un fenómeno biológico del individuo, pues aún con la inclusión a este modelo de los factores sociales entre los catalogados como de riesgo, se observa la falta y congruente relación entre lo social y lo biológico en la aparición de la enfermedad.

¹⁸ Para un mejor conocimiento de los mismos, consultar Ortíz, Federico. Op. cit.

Con los modelos citados, podemos darnos cuenta del error que se ha venido suscitando en el complejo problema del estado o nivel de salud de la población: la negación de la conceptualización de lo socioeconómico como un factor determinante en el nivel de vida y en el estado de salud del individuo y su comunidad.

Dependiente de los modelos médicos se encuentra el esquema de la Historia Natural de la Enfermedad ¹⁹ -basado en tres factores que se hallan interrelacionados en un constante equilibrio: agente, huésped y medio ambiente-, el cual no obstante que considera las variables socioeconómicas y culturales para "explicar" la aparición de la enfermedad tanto en el individuo como en la comunidad, en él sigue predominando un "enfoque biólogo", el cual refuerza el "modelo biomédico" al apoyar una práctica curativa -subalterna al modelo curativo- tendiente al individualismo y hospitalismo así como carente de toda historia social de la propia enfermedad.

Corroborando lo anterior Rojas Soriano ²⁰ enfatiza:

" El hecho de circunscribir la investigación en salud sólo a la investigación biomédica y clínica conduce a reforzar el modelo biólogo dominante y la práctica médica individualista; curativa y hospitalaria...se ignora la importancia de la investigación sociomédica, la cual no ha recibido el apoyo que se merece por considerar que los recursos destinados a ella no se materializan en aportaciones concretas. "

De este modo, se hace latente la oposición a la vez que la complementariedad -salvo algunas excepciones y bajo circunstancias determinadas- entre el enfoque biólogo y la investigación sociomédica. Destacando que no hay bases suficientes como para legitimar la biologización de lo social, así como la socialización de lo biológico. Es decir, no se puede intentar otorgar un carácter total y eminentemente biológico a procesos sociales así como en el caso inverso de los procesos biológicos cuando se quiera analizar un problema en particular.

¹⁹ Para un mejor conocimiento de este esquema, consultar Anexo núm. 1

²⁰ Rojas Soriano, Raúl. Op.cit. p. 37

trátase de la aparición de enfermedades meramente biológicas o de aquellas relacionadas a los modos de producción. Si bien de una u otra forma, directa o indirectamente lo social se relaciona a lo biológico, y éste al primero, no pueden fusionarse uno en el otro. pues se desvirtuarían.

La importancia de esta investigación sociomédica radica en su implementación en los programas preventivos al tratar de superar la visión reduccionista de la epidemiología (comprendida como la rama de la medicina que estudia la evolución, inicio y difusión de las enfermedades, analizando los factores que concurren a modificar los índices de morbilidad, mortalidad y letalidad) al relacionar variables sociales con ciertas patologías. Esta superación haría factible una explicación más completa de la problemática de salud, la cual orientaría políticas y estrategias de acción para enfrentar con mayor éxito las diversas enfermedades, así como promover el mejoramiento de la salud de la población.

De igual forma, la investigación sociomédica juega un papel determinante en la orientación de la planeación, organización y funcionamiento de los servicios médicos en la medida de esclarecer un diagnóstico objetivo de la causalidad social del proceso de salud-enfermedad según las condiciones de vida y las relativas a las laborales de los diversos grupos sociales que conforman la población del país. Pues al rechazar los aspectos sociales del citado proceso poco favorece al desarrollo de la medicina, la cual centra su atención en el enfoque biologista y la práctica curativa, mismas que no han podido resolver los grandes problemas de salud que afrontan las mayorías de la población.

El predominio del enfoque biologista a la vez que individualista en la medicina que se practica en el país limita la posibilidad de que el equipo de salud adquiera un conocimiento amplio y específico de la problemática tanto sociocultural como psicológica por la que atraviesan los pacientes, lo que orientaría de manera adecuada el ejercicio de la práctica médica. al confrontarse con el ejercicio centrado en la "ignorancia" de los enfermos como sujetos históricos sociales que poseen determinadas características otorgadas por el grupo social al que pertenecen y la zona en que se desenvuelven.

El desconocimiento de lo anterior, reproduce una práctica médica curativa, biologista y hospitalaria; donde se ve y se atiende sólo a la enfermedad, pero no al paciente. Al respecto señala Cristina Laurell ²¹ "...en los grandes centros hospitalarios...se presta atención a pacientes anónimos como si fueran máquinas biológicas descompuestas, sin vida social y psicológica cotidiana, y motiva las prácticas de curación, que tienen por objeto erradicar los agentes nocivos sin guardar mayor consideración respecto al carácter profundamente social de cualquier ambiente donde viven y se multiplican dichos agentes, ni de los hombres que llegan a enfermar. "

Esto es válido en tanto que se quiera conocer el carácter social del proceso salud-enfermedad, en el cual, para estudiarlo, hay que descartar al individuo aislado y centrar la atención en el grupo humano.

De igual manera, el recorte del presupuesto del gobierno destinado a los sectores de salud y bienestar social no ha incidido a la vez que impedido el que tanto la industria químico-farmacéutica y la de equipo médico -pertenecientes a empresas transnacionales- sigan alentando el desarrollo del modelo biologista así como la práctica médica curativa y hospitalaria en detrimento de la puesta en práctica de una medicina preventiva.

Si bien el enfoque biologista-clínico a nivel individual es decisivo en la resolución de problemas individuales, aislados, la organización de los servicios médicos ha de considerar las características socioculturales y económicas de los distintos grupos para la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud. Mismas que para recabar óptimos resultados en su campo de acción han de realizarse en el lugar donde viven y trabajan los individuos.

Este aspecto fue objeto de amplios debates a partir de un evento realizado con facultades y escuelas de medicina en Guadalajara en el mes de agosto de 1985, en el que Guillermo Soberón -entonces Secretario de Salud- hablaba de la limitación que el predominio del modelo

²¹ Citada por Ortiz, Federico. *Op. cit.* p. 189

médico vigente de enfoque biólogo orientado al individualismo, curación y hospitalismo imponía a la posibilidad de llevar a la práctica el proceso denominado como "Atención Primaria a la Salud".²²

Tocante a este tipo de atención tenemos que la Asamblea Mundial de la Salud en el año de 1977 decidió que la principal meta de carácter social de la OMS y de los gobiernos en general, sería lograr alcanzar para todos los hombres en el año 2000 un grado de salud que les permitiera llevar una vida social y económicamente productiva. Meta denominada "Salud para todos en el año 2000"²³. Para 1978, la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, celebrada en Alma-Ata (en ese entonces perteneciente a la URSS) declaró que la clave para alcanzar la enunciada meta estaba referida a la atención primaria de salud.

Algunas de las actividades contempladas de la atención primaria de salud en la Declaración de Alma-Ata son las siguientes²⁴:

1. Educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y lucha correspondientes; 2. Promoción sobre el suministro de alimentos y de una nutrición apropiada; 3. Abastecimiento de agua potable y saneamiento básico; 4. Asistencia materno-infantil, con inclusión de la planificación familiar; 5. Inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; 6. Prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales; 7. Tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes y; 8. Suministro de medicamentos esenciales.

Estas actividades conjuntamente se instituyen en estrategias tendientes a mejorar el nivel de salud y la calidad de vida de la población. Sin embargo, es preciso conocer todos y cada uno de los factores que obstaculicen su implantación, instrumentación y puesta en práctica. Algunos de ellos se expresan en la forma como la sociedad se organiza para producir y reproducirse. Así

22 Para un mejor conocimiento de la citada Atención. consultar Anexo núm. 2

23 Para conocer los lineamientos generales de la misma, acudir al Anexo núm. 3

24 Rojas Soriano, Raúl. *Op. cit.* p. 47-48

por ejemplo, las clases sociales más bajas encuentran severas limitaciones en el acceso a una nutrición adecuada, a una vivienda que cuente con los servicios básicos, el desempleo y subempleo dificultan la obtención de satisfactores para mejorar el nivel de salud de la población.

En fin, importantes son las actividades enunciadas pero, más importantes son las resoluciones a los aspectos vinculados al funcionamiento del sistema socioeconómico e interrelacionados entre sí. Pues la atención médica por sí misma no puede resolver los problemas de salud de la mayoría de la población; si acaso, atenderá a los ya manifiestos pero no incidirá en los factores que hacen posible el surgimiento de diversos padecimientos.

A partir de la reunión de Alma-Ata se trató de orientar los esfuerzos con el rompimiento del enfoque de alta tecnificación en los sistemas de salud en favor de la reorientación de los mismos, con la finalidad de mejorar y centrar la atención y los recursos en los problemas de salud prioritarios así como a los grupos de mayor riesgo. Destacando dos aspectos: la extensión de la cobertura para incluir a toda la población y, la implementación de instrumentos para la evaluación de los resultados de la atención prestada a través de los indicadores que den cuenta sobre los cambios experimentados en el estado de salud de la población.

En el caso de México el programa o meta mencionada se asumió en 1982, con el objeto de constituirlo en la base que normara el desarrollo de actividades y programas en materia de salud hasta el año 2000. Al cabo de este período tanto México como los otros países afiliados a la meta, estarían cubriendo las necesidades de salud de su población, a la vez que resolverían el problema de la cobertura de los servicios médicos para el 100 % de su población. Sin embargo, a este tipo de atención se le ha otorgado un carácter curativo, el cual tiende más a la legitimación que a la propia acción modificadora de las condiciones expresadas en el proceso de salud-enfermedad, lo cual determina un límite en sus acciones no sólo en dichas condiciones sino en sus posibilidades al ser partícipes de la reducción de las inversiones en el rubro de la salud.

Aún cuando se implique en este tipo de atención -preferentemente orientada a las clases

sociales subalternas- la participación comunitaria en áreas rurales y marginadas, el principal obstáculo a vencer es el favorecimiento de una participación pasiva, subordinada, carente de intervención en los niveles de decisión.

Es más, a nivel de los organismos directivos las condiciones de salubridad, prevención y de participación popular aparecen exageradas en sus contemplaciones -monetaria y decisivamente hablando-, cuando lo real es que no son llevadas a cabo ni con el mismo nivel en el campo de las inversiones, ni con la misma continuidad que las prácticas curativas. Acciones que ratifican el problema que ya se ha señalado con anterioridad: énfasis en las prácticas curativas y bajo aprovechamiento de prácticas preventivas y de atención primaria de salud. lo que ratifica tanto el modelo curativo como el enfoque de carácter biológico de la medicina.

Para afrontar el compromiso contraído en Alma-Ata se hacen indispensables una legislación en materia de salud coherente y congruente a las necesidades propias de cada sector de la población y la implementación de instrumentos administrativos y técnicos capaces de fomentar y garantizar el derecho a la protección de la salud. No obstante a ello, el compromiso quedará inconcluso por dos razones fundamentalmente: la primera por el simple hecho de que la salud no se obtiene por la sola enunciación de decretos; y la segunda, por la limitación en la aplicación de diversos ordenamientos jurídicos producto de la crisis experimentada en el país, lo que produce efectos negativos en la salud y acrecenta el número de problemas.

Si bien en cierto modo está claro que México no podrá cumplir con el compromiso contraído en las bases asentadas, no deberá por ningún motivo desatender todo lo relacionado a lo ya conquistado o en vías de conquistar en materia del mejoramiento de los niveles de salud y bienestar de la población en general.

Pues si entabló un compromiso con la Asamblea Mundial de la Salud también lo hizo con su propia gente, a la cual si no puede darle lo establecido en el mismo, tratará de brindarle lo que esté en sus manos para mejorar sus condiciones de vida y buscar alternativas viables para la consecución de éstas.

1.4 DISCURSOS NORMATIVOS REFERIDOS AL TEMA DE LA SALUD.

México en el período comprendido entre 1977 y 1986 aún cuando presentó crisis y agudización en los problemas de la esfera económica; en la referida a la salud, el gobierno procuró proteger los recursos destinados a la misma incluso su disponibilidad presupuestal implicó acelerar la ampliación de la cobertura en el orden de la seguridad social y centrar sus esfuerzos en el abatimiento de rezagos en la atención que representaba la asistencia pública.

Corroborando lo anterior tenemos que "De acuerdo con la información de la cuenta de la hacienda pública y el presupuesto de egresos de la federación, entre 1977 y 1986 el gasto presupuestal destinado al sector salud muestra incrementos importantes. En 1977 la asignación total a precios corrientes fue de 40.8 miles de millones de pesos, y en 1986 alcanzó la cifra de 1.1 billones, lo que representó una tasa de crecimiento promedio anual del orden del 44.3 % en el período."

25

En este contexto se impulsaron como parte de los programas de gobierno, una serie de medidas en el área de la salud pública. Así en el discurso de toma de posesión de Miguel de la Madrid (con fecha del 1o. de diciembre de 1982) uno de los diez puntos prioritarios del mismo, era la medicina de corte preventivo.

Dentro del Plan Nacional de Desarrollo se enumeran las acciones por realizar en las distintas esferas que conforman la vida del país, así algunas de ellas estarían referidas a la política social, al rubro de la salud, a la de la seguridad social. Mismas que son contempladas en el Programa Nacional de Salud, el que incorpora sus objetivos y estrategias que se han establecido en el citado Plan (1983-1988) para orientar el cumplimiento de las finalidades del derecho a la protección de la salud.

²⁵ Almada, Ignacio. *Op. cit.* p. 276

Dentro de las actividades contempladas en el campo de la seguridad social pueden citarse la promoción de acciones que faciliten la incorporación de la población al sistema de seguridad social; fomento en el mejoramiento de las condiciones de vida y de seguridad e higiene en el trabajo; así como la ampliación en la cobertura de los servicios para incorporar con equidad y paulatinamente a los trabajadores asalariados no institucionalmente a los beneficios proporcionados por la seguridad social.

En el rubro de salud las actividades se centran: en la cobertura nacional de los servicios garantizando en la misma un mínimo "razonable" de calidad; en el mejoramiento del nivel y calidad de salud de la población, particularmente en los sectores concnientes a lo rural y urbano rezagados por ser los más vulnerables; contribuir al crecimiento demográfico concordante con el desarrollo económico y social del país; así como la protección de lo social en vías al bienestar de la población de escasos recursos, especialmente a los menores, ancianos y minusválidos.

En estas esferas, las actividades no han de aislarse, centrarse en sí mismas, sino por el contrario, buscar puntos afines que las hagan consolidarse en beneficio de la propia población. pues así en los diversos órdenes de la vida cotidiana de los distintos sectores de algún modo, se les estaría brindando protección tanto a su salud como a su bienestar.

Un gran avance dentro de la comprensión del modelo curativo de corte biológico, quedó enfatizado en el Plan Nacional de Desarrollo del gobierno de Miguel de la Madrid en el que se destaca a la salud como "una resultante de la interacción de factores biológicos, ambientales, económicos y sociales. Con este contexto, en la medida que la población disponga de empleo, de una dieta alimenticia equilibrada, de una vivienda higiénica, de servicios de agua potable y drenaje, de un habitat saludable, de educación y de servicios que le permitan ocupar adecuadamente su tiempo libre, en esa medida estarán los habitantes en mejores posibilidades de resistir a los agentes que producen la enfermedad y la muerte." ²⁶

²⁶ Citado en Rojas Soriano, Raúl. Op. cit. p.147

Aún cuando a nivel declarativo sean considerados los aspectos de diversos caracteres que repercuten en los niveles de bienestar y grado de salud, en la práctica se advierten las deficiencias de su aplicación. Asimismo se observan incongruencias entre las finalidades enunciadas ya sea en el Plan Nacional de Desarrollo o en el Programa Nacional de Salud con las condiciones reales que afectan los procesos de salud-enfermedad, situación que continúa hasta el presente:

"Al igual que en el Plan Nacional de Desarrollo de Miguel de la Madrid, en el propuesto por Salinas de Gortari (1989-1994) se plantean objetivos inalcanzables: El objetivo más amplio de la política de salud, asistencia y seguridad social persigue impulsar la protección a todos los mexicanos, brindando servicios y prestaciones oportunas, eficaces, equitativas y humanitarias; que coadyuven efectivamente al mejoramiento de sus condiciones de bienestar social."²⁷

En este planteamiento se ignora tanto la crisis que se vive y que repercute negativamente en la salud de la población como la existencia de las diferentes condiciones de vida de los grupos sociales que conforman la población.

Otra evidencia de estas incongruencias y de gran incidencia en los citados decretos es el señalamiento de que la mayoría de los mexicanos tienen acceso a los establecimientos permanentes de los servicios de salud. Sin embargo, no basta el que la población tenga las posibilidades de acudir a los servicios médicos públicos; pues en la práctica se observa un gran distanciamiento entre la cobertura potencial y el acceso real a los mismos además, de la baja calidad de la atención médica en éstos.

Incluso habría que considerar que para que la población tenga acceso oportuno a los servicios médicos institucionales, se requiere contar con los medios económico-culturales necesarios e idóneos, lo cual da cuenta de la existencia de una atención médica que en parte está determinada por la posición social de los diversos sectores de la población. La que se configura con la ubicación de los individuos en una determinada clase social, misma que determina el tipo de padecimiento, su frecuencia y gravedad así como el tipo y la calidad de la atención médica

²⁷ IBIDEM.

a la que se tiene acceso; subrayando que en este parámetro se evidencia el que la práctica médica reproduce las ideas y valores característicos del sistema social capitalista.

Aunado a estas situaciones habría que considerar la casi nula referencia en el citado Plan de la participación de las comunidades en el mejoramiento de las condiciones de bienestar social, en el que se desconoce el compromiso contraído en Alma-Ata, la atención primaria de la salud, donde la participación de la comunidad es decisiva en el mejoramiento de las condiciones de salud.

Aún cuando se tienda a la reafirmación de la dignidad del hombre, el predominio de la medicina curativa bajo el lineamiento de "reparar" organismos donde se han alterado algunas funciones fisiológicas atentará contra la misma, en tanto se le conciba al hombre sólo como una "máquina" habida de reparación para poder seguir produciendo -en el caso de los obreros-, o para que la demás población cumpla con las tareas que se le ha asignado.

Luz Ma. Valdés²⁸ corroborando lo anterior señala:

"Como parte integral del desenvolvimiento de la dinámica de la población, y como condición indispensable para lograr los propósitos del Estado en términos de fortalecimiento de los recursos humanos con que cuenta, la salud ha jugado un papel determinante. Las implicaciones que tiene para el Estado contar con una población saludable, física y mentalmente, están inscritas en las necesidades del desarrollo económico, social, cultural y político.

La lucha de los pueblos por tener acceso a los avances médicos, queda inscrita dentro de la lucha de las clases sociales. Esto ha dado a los gobiernos la posibilidad de utilizar los medios que generan la salud como un arma de negociación frente a los movimientos sociales reivindicativos."

De este modo, podemos deducir que la sola enunciación de discursos normativos no bastan para mejorar tanto el nivel de salud como el grado de bienestar de la población. Sino que

²⁸ Citado en Ortíz, Federico. *Op. cit.* p. 116

se requieren cambios graduales y profundos en la estructura socioeconómica y en las instituciones prestadoras de servicios médicos; así como una mayor participación de la población y de los distintos sectores de la sociedad para lograr un mejoramiento real y constatable de su estado de salud.

Entre los cambios pronunciados por el Estado Mexicano a partir de 1983 destaca la descentralización política que pretendió desde entonces una descentralización operativa de cargos y funciones la cual, sin embargo consolidó la centralización de mandos, decisiones y controles políticos. Lo que requirió de la integración del propio sector, de los centros laborales dispersos, organismos, instituciones, programas, todo ello en un solo organismo laboral.

La descentralización de los servicios de salud surgió como la estrategia que intentó revertir la tendencia dominante de la salubridad mexicana, un proyecto salubrista y asistencial centralizado, pasando a otro proyecto que encontró en la descentralización la clave de su funcionamiento.

Pero, ¿De dónde surgió la centralización de los servicios?

Es desde el Cardenismo donde comienza el proceso de centralización y planificación con una implicación de relativa pérdida en la autonomía a nivel provincial y municipal en lo normativo -aunque no tanto en sus prácticas-. Ejemplo de lo anterior, es la creación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia así como la Dirección de los Servicios Coordinados de Salud Pública de los Estados (1943), del IMSS (1943) y la del ISSSTE (1959). Suponen sobre todo en los dos últimos casos, la institucionalización de organismos de salud cuya normatización y decisión se encuentran a cargo de una dirección centralizada, la que se halla ajena a las propuestas de los Estados.

Esto da cuenta de una política de centralización y planificación que presume el control del Ejecutivo sobre la salubridad nacional y, en consecuencia, sobre las políticas estatales y municipales. De la década de los cuarenta hasta la de los setenta se observó un continuo proceso

de centralización y creación de instituciones en donde la posibilidad de interrelacionarse era casi nula.

A fines de los setenta y principios de los ochenta comenzaron a plantearse medidas de descentralización -consolidándose hasta 1983- las cuales delegarían a los estados y municipios las acciones de salubridad, mientras que las actividades de corte normativo estarían reservadas al nivel central. Sin embargo, si bien la descentralización fue concebida como medida para el abatimiento de daños, extensión de la cobertura, abaratamiento de costos y aminorar la desocupación médica; la unidad municipal para el cumplimiento de estas actividades aparece como un factor idóneo.

Complementando lo anterior, para 1982 la Coordinación de los Servicios elaboró una síntesis de las actividades de salubridad programadas a nivel central, así como su articulación con las realizadas por los municipios, siendo las actividades las siguientes:

"a) el control de los padecimientos transmisibles; b) programas contra enfermedades no transmisibles; c) vigilancia e investigación epidemiológica; d) educación para la salud; e) control de productos alimentarios y farmacéuticos; f) saneamiento básico; g) calidad del ambiente." ²⁹

La realización de algunas de estas actividades requirieron de una estrecha coordinación con los municipios, pues en ellos es donde se observa la incidencia de problemas que repercuten en la salud y de donde conforme a sus condiciones sociales e ideológicoculturales han de ser discutidas las posibles alternativas de la descentralización en relación a las funciones que tendrían las unidades locales en el citado proyecto.

Lo anterior da cuenta de dos modalidades en la percepción del proyecto de descentralización: la primera propondría la delegación de funciones y actividades en los estados, municipios, localidades y organizaciones sociales con la finalidad de hacer más eficientes los

²⁹ Almada, Ignacio. *Op. cit.* p. 235

servicios a la par del abaratamiento de costos en el mantenimiento de la salud, lo cual propone que sean estas agrupaciones quienes determinen el nivel posible de salud.

La segunda plantea, que sean los conjuntos sociales quienes se apropien de sus condiciones de salud y salubridad, con la finalidad de orientar las políticas sociales y económicas en beneficio de sus condiciones de salud y bienestar. En el marco de esta política los municipios y otros sectores sociales se constituyen en el espacio donde se articulan e interaccionan los diferentes sectores y esferas de la sociedad. Por tal circunstancia no puede restársele a éstos la importancia que revisten en este proyecto de descentralización para bien de sus miembros.

Si bien la descentralización se propone como una medida idónea para la óptima prestación de servicios médicos, es preciso que contemple un sinnúmero de factores que hagan factible y provechosa su acción. En el marco del proyecto de descentralización se propone la Coordinación de los Servicios de Salud a través de los siguientes tres niveles³⁰ :

- a) central: responsable de la planeación, dirección y control y cuya tarea esencial es la normatividad.
- b) intermedio: representado por las autoridades sanitarias de los estados, responsables directos del manejo de los recursos. Sus funciones básicas son la adopción de normas y la programación, la presupuestación y la operación de los programas y servicios en su identidad federativa.
- c) local: representado por la jurisdicción y de control de la gestión para la atención autosuficiente de problemas de un núcleo demográfico determinado.

Para asegurar el funcionamiento de éstos se enfatiza:

- a) transformar las estructuras centrales en órganos normativos, delegando en los gobiernos de las entidades federativas la administración operativa de los servicios a la población abierta.
- b) cooperar en el fortalecimiento de la administración estatal, particularmente en las funciones de planeación, programación, organización y control, de la operación de servicios de salud.

³⁰ *IBIDEM*, p. 242

c) definir estructuras para la administración de la salud en el ámbito estatal y fortalecer con recursos humanos, físicos y financieros para la adecuada prestación de servicios.

d) establecer los mecanismos necesarios para que los estados ejerzan los recursos federales asignados a la atención de la salud.

En el caso de la población abierta se presenta como un proyecto de difícil precisión en cuanto a las perspectivas de eficacia en lo que se refiere a la salud, por las condiciones de algún modo conflictivas que se presentan en torno a la prestación de servicios médicos. En este caso, la descentralización operará para la población abierta a partir de los niveles estatales y municipales.

Con la inclusión de la descentralización en la política del sector salud, la problemática salud-enfermedad-atención obliga al Estado Mexicano a la reflexión sobre las posibilidades y viabilidades de este proyecto a partir de las condiciones específicas en las que operará y considerando su significación económica y política.

Como medida complementaria a la descentralización se promovió la modernización del sector salud con la finalidad de aumentar la productividad por trabajador y la racionalización de los recursos. No obstante a ello, con el aumento en la demanda de servicios, el congelamiento tanto de la oferta de los mismos como del empleo sectorial y la reasignación de tareas al interior de las instituciones, se tuvo como consecuencia aspectos negativos a lo contemplado, tales como:

Saturación de los servicios; el desabasto crónico; aumento de cuotas, lo que representó una crisis de magnitudes diversas en las distintas instituciones de salud. Así instituciones como las del IMSS, del ISSSTE o las dependientes de la SSA empezaron a presentar un importante deterioro no sólo en lo relativo a equipos e instalaciones sino en los métodos de trabajo. Siendo el ISSSTE el más representativo.

Centrémonos ahora en los problemas relacionados con la atención médica particularmente:

Uno de ellos estaría referido al hecho de que aún cuando en México se han desarrollado diversas encuestas y planes en apoyo a programas específicos (IMSS, COPLAMAR, CONASUPO), se ha carecido de procesos definidos a seguir, así como de normas adecuadas y fórmulas explícitas de coordinación, lo cual ha permitido la duplicidad de esfuerzos, recursos, uso irracional de los bancos de datos, una limitada y extemporánea difusión de los resultados, teniendo como resultado una escasa utilización de la información obtenida para fines de toma de decisiones en beneficio de la población.

Otro problema grave es la escasez de personal competente y la tendencia del personal existente a ejercer en los núcleos urbanos, lo que incide grave y negativamente en la organización de los servicios sanitarios en las zonas rurales, pues sin el establecimiento de una red satisfactoria de servicios sanitarios básicos no podrá fortalecerse, ni mucho menos acelerarse el desarrollo económico rural, ni se alcanzará el objetivo de dar a las poblaciones rurales el mismo nivel que tienen las poblaciones urbanas, situación que repercute en el nivel de salud y bienestar de la población.

Las insuficiencias, tanto en la infraestructura como en los recursos institucionales en la zona urbana pero sobre todo en el medio rural dificultan la atención de las diversas demandas de salud, lo que tiene implicaciones no sólo en lo referente a esta área, sino en otros ámbitos de la organización social. Tal es el caso de la desconfianza de amplios sectores de la población en torno a los servicios prestados por las instituciones médicas.

- Las pugnas políticas por el control del sector salud. Esto es, que a pesar de que la SSA por ley es la que se encuentra a la cabeza del sector, las instituciones con más recursos (IMSS, ISSSTE) son las que poseen mayor capacidad de influencia en las políticas.

- El acceso, calidad y oportunidad con que se reciben los servicios médicos depende de la clase a la que estén inscritos.

- La promoción de un modelo médico que prioriza los aspectos tecnológicos en la atención, sobre los organizativos y humanos.

- El proceso de mecanización, despersonalización y deshumanización en la relación médico-paciente, hechos que condicionan la pérdida de confianza por parte de los pacientes en la medicina institucional, incrementándose así prácticas inadecuadas como la automedicación, naturismo y curanderismo.

Como respuesta a estos problemas Wit y colaboradores³¹ enuncian las bases sobre las que se ha de fundamentar la reorganización del Sector Salud, siendo éstas:

- La intervención del Poder Federal en la atención de la salud de la población.
- La rehumanización de la atención médica.
- La cobertura total de la población.
- La accesibilidad de los servicios médicos.
- La participación de la autoridad local en la operación de los diversos programas de salud.
- La creación de niveles regionales para acciones complejas derivadas de los programas de salud.
- La estructura de servicios integrados e integrales para la atención de la salud de la población.
- La creación de un sistema único de información y estadísticas referidas a la salud.
- La jerarquización de los servicios de asistencia local a población desprotegida y el fortalecimiento de los servicios indirectos que proporcionan salud.
- El incremento y la reorientación del gasto público en el rubro de la salud.
- Las estrategias para la integración del sector salud.

³¹ Para un mejor conocimiento sobre el contexto en que se definieron estas bases, acudir a Wit, Andrés et. al. La Salud Pública en México. CONACYT. 1982.

Se ha hecho alusión a factores y a problemas que inciden y repercuten en la compleja esfera de la sociedad, condicionando ésta a su vez el estado de salud de la población, por la calidad y la cantidad de los servicios prestados a nivel individual y colectivo con la finalidad de garantizar el bienestar y una forma adecuada de vida. Al conocerse estos elementos pueden irse mencionando acciones que conjuntamente resuelvan los problemas referidos, detectándose entre ellos:

- a) La intervención de la sociedad en su conjunto para asegurar la atención y promover un buen estado de salud de la población;
- b) Fomentar la participación individual y colectiva;
- c) Creación de sistemas de información veraces y oportunos;
- d) Difundir la educación sanitaria; e) Acrecentar el uso de programas preventivos;
- f) Estrategias para la integración del sector salud;
- g) Humanizar y sensibilizar la atención médica;
- h) Consolidar estrategias, alternativas y programas que coadyuven al desarrollo integral del individuo, así como a las otras que se han venido señalando.

Dichas acciones, llevadas a cabo con responsabilidad y coherencia con el entorno nacional propio, y con la colaboración pertinente de profesionales de distintas disciplinas del conocimiento, habrán de incidir favorablemente en el desarrollo de una Política Sanitaria mucho más completa y realista de acuerdo a la problemática nacional. Todo ello tiende a garantizar el óptimo desarrollo físico, mental y emocional del individuo y la sociedad en general.

CAPITULO II

CONTEXTUALIZACION Y SITUACION DE LA
POBLACION INFANTIL HOSPITALIZADA.

CAPITULO II

CONTEXTUALIZACION Y SITUACION DE LA POBLACION INFANTIL HOSPITALIZADA.

Es el niño una realidad polifacética, portador de una conducta y experiencias riquísimas en matices, modalidades y dimensiones; mismas que se encuentran influenciadas en mayor o menor medida de variables que las configuran y modifican en una permanente y compleja interrelación. No obstante como personas nos enfrentamos a situaciones adversas que condicionan la puesta en marcha de conflictos internos, a la vez que los mecanismos tendientes a la estabilización de la conducta de la persona se ven modificados bajo circunstancias particulares tanto en el aspecto físico, psicológico y social.

De lo anteriormente expuesto un caso concreto es el padecimiento de una enfermedad y más aún, cuando ésta se agudiza y se hace necesario el internamiento en alguna institución hospitalaria. Trátese del niño o adulto.

Centremos la atención en este aspecto:

En el caso del niño que con anterioridad a su enfermedad se desenvolvía en el marco de sus posibilidades en las esferas familiar, social y en algunos casos escolar, ahora con su padecimiento e internamiento en el hospital ha de situarse en un momento tal de reflexión en el que se conceptualice en relación con la instancia hospitalaria y con las interrelaciones que entre ambos puedan establecerse. El paciente hospitalizado es un suceso factible de diversidad de connotaciones, las que dan cuenta de diversos factores que juegan de manera particular y significativa para la persona del menor, el cual se enfrenta a una situación en verdad estresante.

2.1 EL NIÑO EN SITUACION DE HOSPITALIZACION.

Cuando el niño ingresa al hospital, los primeros sentimientos experimentados son la separación de sus seres queridos (principalmente la separación de la madre) y la ansiedad generada por encontrarse en un lugar nuevo y extraño. A estos sentimientos habrán de irse agregando muchos más conforme se vaya desarrollando el proceso de hospitalización y los elementos constitutivos de éste.

En cualquier fase de la infancia, la separación de la madre y del ambiente familiar representa una vivencia decisiva para el niño. Sin embargo, cuanto más madurez tenga el menor, tanto mejor comprenderá la situación en la que se encuentra y abordará mejor los problemas que se le presenten. En esta situación, las diferencias individuales experimentadas en los pequeños son factibles de distinción:

Los chicos que a menudo se encuentran con personas desconocidas o han de enfrentarse a circunstancias nuevas, se adaptan muy pronto a las situaciones -esto es, tienen un alto grado de adaptación-; no obstante, para que lo anterior se realice en esos términos es imprescindible la dirección y orientación de sus padres. Por el contrario, aquellos niños que salen muy poco de sus casas y tienen un reducido círculo de amistades, son casi siempre muy tímidos; lo que incide en que su grado de adaptación sea menor al comparado con los niños del otro grupo. por tal motivo experimentan un grado mayor de ansiedad por tratar de adaptarse tanto a personas como a medios desconocidos y ajenos para él.

Uno de los elementos a considerar es la limitación en el desarrollo de actividades: La enfermedad por su propia naturaleza, suele limitar significativamente la actividad física del niño; misma que actúa como medio disipante -aún de manera transitoria- de la ansiedad. la cual en esta circunstancia puede agudizarse incidiendo negativamente en la personalidad del menor.

Esto es, que el mantenerlo durante un tiempo prolongado en su cama aún cuando por la naturaleza de su padecimiento tenga plena libertad de movimiento, es una actitud errónea desde el punto de vista físico y psicológico; pues, en lugar de tender a una pronta recuperación subordinada a la salud emocional y al ejercicio práctico de su cuerpo, el niño ha de sumirse en una postración tanto física como emocional que obstaculice su pronta recuperación. Por tal efecto es necesario disponer tanto de espacio como de programas suficientes y pertinentes para la activa ejercitación física y emocional de aquellos pacientes que por su padecimiento puedan realizarlas.

La incorporación del niño a las actividades propias del hospital, es otro factor merecedor de consideración: la rutina hospitalaria se le hace al niño lo más diferente posible de aquella a realizar en su hogar. Por ejemplo, es de lo más común el que una enfermera despierte al paciente a diferentes horas de la noche e incluso en el transcurso del día para tomarle la temperatura y la presión arterial, que lo someta a diversos análisis, que reciba la visita constante de médicos y enfermeras.

Los alimentos que han sido prescritos por dietistas, nutriólogos son en ocasiones desagradables para los niños, ya sea por su apariencia y/o sabor, situaciones que se encuentran subordinadas a su padecimiento -el cual determina la cantidad de azúcares y grasas a consumir-, así como a tener que comer alimentos que no le agraden (particularmente algunas verduras). Estos también revisten una rutina, la que interfiere con la del hogar, por la que el niño ha de habituarse a nuevos horarios en torno a su alimentación así como los referidos al baño diario; incluso, cuando el niño por la naturaleza de su padecimiento ha de ser higienizado en su cama.

Asimismo, el paciente ha de habituarse a las instalaciones del hospital, dormitorio comunitario -en el que convivirá con niños de distintas edades, lugares de procedencia e incluso de otro sexo-, sanitarios, laboratorios, salas de curación, rayos x, consultorios, entre otras más.

Otro factor es el referido al horario de las visitas: El niño que estaba acostumbrado a ver a su familia a distintas horas del día, se encuentra con que no puede ver al mismo tiempo a sus seres queridos, que éstos han de turnarse para estar con él y que no pueden permanecer todo el

día, como el quisiera. Así el paciente se cree solo y rodeado de extraños cuando despierta y quiere recibir un beso de sus padres, así como cuando desea que al dormir lo arropen y besen deseándole buenas noches, actitudes que lo hacen sentir reconfortado y en familia y que son añoradas en esta circunstancia.

Durante todo el día, los pacientes pediátricos reciben sus medicamentos y el tratamiento indicado, de acuerdo con cada cuadro individual. Además, se les lleva a los distintos sectores del hospital con la finalidad de realizar estudios, extracciones de sangre, toma de radiografías, recibir terapias, entre otras actividades más.

Con todo lo hasta aquí expuesto, ¿se asemeja la rutina hospitalaria a la del hogar? Indudablemente que no, al existir diferencias entre ambas y elementos extraños en la primera, por lo que el niño durante los primeros días de su internamiento no se sentirá total y ampliamente ambientado. Esta situación es condicionante del intento por lograr que en algunos aspectos la vida del hospital se asemeje en lo posible a las actividades a realizar en la rutina del hogar.

De tal modo, se efectuaría una disminución significativa en la ansiedad generada en el niño por los distintos factores que ya han sido señalados, lo que repercutiría favorablemente en la consecución del desarrollo integral del niño como una entidad bio-psico-social.

Al respecto de la introducción del niño a la rutina hospitalaria, Robert Cooke señala los elementos a considerar para una mejor comprensión del niño en esta situación tan particular como lo es la hospitalización, mismos que requieren de una adaptación viable a las características propias de cada niño, para la obtención de mejores beneficios para éste.

CAMBIOS QUE REQUIEREN ADAPTACION

I. Inespecíficos (no exclusivos del hospital).

A. Separación de:

1. Cosas (hogar, muebles, juguetes).
2. Actividades (escuela, juegos).
3. Personas (madre, padre, hermanos, amigos).

B. Introducción a:

1. Cosas nuevas.
2. Actividades nuevas.
3. Personas nuevas.

II. Específicos (exclusivos del hospital).

A. Separación complicada por:

1. Enfermedad.
2. Ansiedad sin posibilidad de descarga.
3. Acontecimiento sorpresivo.

B. Introducción a:

1. Cosas (aparatos).
2. Actividades (rutinas, procedimientos -dolorosos o no-, comidas, baños).
3. Personas (enfermeras, médicos, y otras, en número elevado).³²

Si analizamos este cuadro, podemos constatar la presencia de dos modalidades de una circunstancia particular, la separación que experimenta el niño de su entorno físico y la de su entorno social; mismas que si bien ocupan dos planos diferentes, se entrelazan por la sola presencia del niño y de las relaciones que éste entable con cada una de ellas.

El faltarle alguno de estos entornos -trátese del físico o del social- puede representarle un

³² Haller, Alex *et al.* El niño hospitalizado y su familia. p. 4 y 5

obstáculo menor en su adaptación a las características del nuevo ambiente, pues cuenta con el apoyo del otro entorno para enfrentarlo lo más favorablemente posible.

Pero si por el contrario, se le sustraen estos dos entornos al mismo tiempo, se genera en él un conflicto mayor en su afán de adaptación al actual ambiente; tendrá que empezar desde cero y de su sola presencia, careciendo del apoyo total de sus padres. Este momento es la pauta de acción de distintos profesionales para la pronta y óptima incorporación del niño a su nuevo ambiente, en este caso, nos referimos al contexto hospitalario.

Inherente a esta circunstancia está la conjunción de los siguientes elementos, mismos que revisten de singular particularidad a cada niño:

- a) La edad y desarrollo de su personalidad.
- b) Escolaridad.
- c) La relación que mantiene la familia para con él y a la inversa.
- d) Tipo y gravedad de la enfermedad.
- e) La información que haya recibido acerca de su hospitalización.
- f) Circunstancias previsorias y/o sorpresivas acontecidas en el marco de la hospitalización.
- g) Capacidad de adaptación y de enfrentar la situación.
- h) En el caso de presentar experiencias previas hospitalarias: cantidad y calidad de las mismas.

Con respecto al último inciso, un factor relevante es la asunción de dos poblaciones a tratar, en una primera instancia por separado y en la segunda conjuntamente. Haciendo la distinción de aquellos niños que por vez primera ingresan a un hospital, y de aquellos que tienen en su haber otras experiencias -derivándose éstas tanto en tratamientos como en intervenciones quirúrgicas, las cuales revisten diferentes significados para el propio niño-

En el primer caso, la acción se centrará en habitar al paciente a las instalaciones y procedimientos hospitalarios, así como a la atención psicológica que el niño requiere por la angustia experimentada en el proceso de su hospitalización. Mientras que en el segundo, se efectuará un recordatorio de instalaciones y procedimientos. Conjuntamente, ambas poblaciones, habiendo superado este primer plano, entrarán en contacto con una serie de actividades de corte formativo, instructivo y psicológico tendientes a la consecución de su óptimo desarrollo integral fundamentado en la conceptualización del niño como una entidad bio-psico-social.

Centrémonos en el hecho de que el niño ha pasado por el proceso de admisión del hospital y está ya instalado en su cama, ¿es su estancia estática o está empezando a generarse un sistema de elementos incidentes en su persona?, por supuesto que la respuesta está dada a partir de la segunda opción, señalemos el por qué de esta aseveración:

Es necesario explicarle al niño la concurrencia de las visitas médicas: pues si ve que de un momento a otro un grupo de personas de bata blanca, a las que no les puede ver bien el rostro por traerlo algo tapado y con instrumentos raros rodean su cama, puede asustarse por no saber el motivo real de su acción, un procedimiento de rutina para ver como evoluciona cada niño en su enfermedad.

Esta acción asustadiza del niño puede deberse a la constante amenaza de sus padres cuando el primero hace caso omiso de las ordenanzas en cuanto al cómo comportarse en su hogar, en la escuela, por ejemplo: "si no tomas la leche voy a llamar al doctor para que te dé medicina"; "si no haces la tarea vamos a ir con el doctor para que te inyecte", aseveraciones como éstas son constantes en la vida cotidiana del menor.

Esta actitud del menor encuentra sus antecedentes cuando al estar con otros niños elaboran cuentos sobre lo que acontece en distintos escenarios, tales como la escuela, el parque, la casa, el hospital, entre otros más; cuentos donde abunda la gran carga de fantasía que cada uno de ellos deposita en la elaboración del cuento, donde se observa exageraciones de lo que en verdad

acontece. Todos estos cuentos regresan a la memoria del niño al momento de su hospitalización. lo cual aumenta su ansiedad y motiva el crecimiento de sus temores a lo nuevo y desconocido.

Aseveraciones como éstas van formando en el niño una opinión errónea del médico. creyéndolo una persona mala, que en vez de ayudarlo lo ataca, le produce dolor. Además algunos profesionales de la medicina dan al niño la impresión de poder optar en su tratamiento cuando en realidad no la tiene, un ejemplo: el doctor le dice a su paciente ¿quieres que oiga tu corazón? cuando ya a su alrededor hay personas listas con sus estetoscopios para auscultarlo, cuando para esta situación es mejor decirle "vamos a oír tu corazón", lo que hace que el niño sepa con exactitud lo que los doctores le van a hacer en ese momento.

El proceder con firmeza y prestancia en el examen exploratorio del niño, evitando la interrupción u obstrucción en el mismo o en el tratamiento, evitará en lo posible una mayor angustia en el paciente por todos los elementos que ambos procedimientos implican.

Es importante en este momento el que el médico y los otros ahí presentes, en ese instante platicuen con el niño mientras se le practica el examen. De este modo, el niño se sentirá menos tenso pudiendo incluso interrogar a su médico en torno a su padecimiento, el cual puede en términos sencillos explicarle su situación y para qué sirven los instrumentos a los que teme y que con frecuencia mira.

Para algunos niños, las visitas médicas así como la valoración que de su estado se haga son elementos determinantes en la posibilidad de regresar a su casa. Con este razonamiento es preciso dar a conocer a los pacientes una idea aproximada de qué tan larga será su estancia en el hospital, pues algunos de ellos pueden pensar que una leve mejoría significa el que pronto van a salir de ahí; otros, que al encontrar el médico un nuevo signo en su padecimiento o la implementación de un nuevo tratamiento, se prolongará su estancia en el hospital.

Al respecto de estas visitas médicas hay otro elemento a considerar: regularmente se observa un agrupamiento de camas en una sola sala, situación que repercute en la persona del

niño en tanto a la demora que el personal médico realiza con cada paciente. Los otros chicos al observar este suceso podrán preguntarse el por qué de la especial atención brindada por él o los médicos a ese niño en particular.

El personal habrá de explicar a los demás niños que el tiempo de las visitas en grupo destinado para cada paciente no es exclusivo de la gravedad del niño, ni del que exista mayor predilección por alguno; sino que esta demora de tiempo se subordina en ocasiones a lo reciente del ingreso del niño, si requiere de una mayor atención para que se le conozca mejor o si es que se le aplicará un nuevo tratamiento o medicamento.

También debe explicársele que si el grupo de médicos no se detiene a examinar a un niño no es por olvido, sino porque la evolución de ese paciente va en sentido favorable y no requiere de cambio alguno su tratamiento. No obstante, no está por demás el que dicho grupo, al estar pasando visita, dirija a los otros chicos de la sala un afectivo saludo y palabras reconfortantes que los hagan sentir tanto importantes como queridos por todos los que ahí laboran.

Se da incluso el caso de que un paciente sea examinado por segunda ocasión cuando los doctores han visto a todos los niños de la sala. Para este paciente el examen inicia de nuevo y por ende, la angustia comienza a apoderarse del niño y se va contagiando a los otros pacientes internados en la misma sala. Esta segunda revisión puede centrar la atención del niño en su cuerpo, principalmente en su enfermedad o tipo de padecimiento; otorgándole un significado particular con relación a su persona al oír pronunciar de los médicos palabras raras para él, mismas que pueden ser distorsionadas y alimentar sus fantasías referidas a su hospitalización.

Es imprescindible comentarle al paciente pediátrico que no debe compararse con los otros niños enfermos, que aún cuando todos ellos padecen de enfermedades o se encuentran recibiendo tratamientos a veces similares y otros diferentes. cada uno responde de manera particular a los mismos. Es conveniente irle ratificando al niño de los avances que se van sucediendo en su padecimiento, tratamiento y/o enfermedad.

En el anterior párrafo comienza a perfilarse el sentido de la enfermedad. Centremos la atención en este aspecto:

La actitud que el hombre puede ostentar ante la enfermedad reviste distintos matices, ya sea que reaccione favorable o negativamente hacia la misma, que la asuma, se la apropie, la acepte o por el contrario la repudie, que ofrezca o no resistencia ante ella, que le otorgue un significado en su vida o en su proceder ante los otros.

Estos matices permiten que cada persona otorgue singular significado a su padecimiento, lo cual constata la diversidad en la asunción o debate que el hombre experimenta ante su enfermedad; los anteriores matices tanto configuran como modulan las manifestaciones del hombre en su modo de estar y sentirse enfermo. Estas manifestaciones son indispensables de considerar para un mejor trato a la persona enferma, lo que coadyuvaría a su pronto restablecimiento no sólo desde el enfoque clínico-médico, sino del psicológico, el cual incide para bien o para mal en el primero, lo que le otorga un rasgo de particularidad a cada caso.

Dentro de las actitudes de intolerancia de la persona enferma con relación a su padecimiento Polaino Lorente ³³ señala las conductas de oposición, negación y sobreinclusión; de donde los lineamientos principales se centran en:

a) CONDUCTAS DE OPOSICIÓN: se caracterizan por el total rechazo y oposición del paciente ante su enfermedad, interrogándose acerca del por qué es él protagonista de la situación y no lo es otra persona. Se genera, por tanto, crisis asociadas a desahucios, gritos, llantos, oposiciones, críticas, sentimientos depresivos y neuróticos. Por lo anterior, el enfermo no hace más que afirmarse a sí mismo por su conducta de oposición a su enfermedad.

³³ Para mayor información sobre este tema, consultar Polaino Lorente y González Simancas. Pedagogía Hospitalaria (Actividad educativa en ambientes clínicos). Madrid, Narcea, 1990.

b) **CONDUCTAS DE NEGACION:** aquí el enfermo no se opone a su enfermedad, sino más bien niega la existencia de la misma al seguir haciendo su vida normal sin limitación alguna -en los adultos trátase del tabaco, alcohol y comidas altas en grasas- por el mismo padecimiento y las recomendaciones expedidas por el médico. En este caso, la actitud de negación de la enfermedad por parte del paciente no hace más que redundar en la afirmación de la enfermedad que padece.

c) **CONDUCTAS DE SOBREINCLUSIÓN:** la actitud adoptada por el enfermo se contrapone a las anteriores, pues al entregarse y vivir para su padecimiento queda inmerso en el mismo, inmersión que puede ser de origen patológico cuando se prodiga un autocuidado excesivo, críticas constantes, neurosis. Así mediante la negación de sí mismo y la reincidencia del comportamiento de sobreinclusión, se reafirma en su papel de enfermo el hombre respecto a su padecimiento.

Estas conductas no son por ningún motivo exclusivas de pacientes adolescentes y/o adultos, sino que son factibles de observarse en la población infantil hospitalizada.

No obstante la identificación de dichas conductas se hace indispensable el tratamiento individualizado en función de las mismas; pues lo que es útil para algunos no lo es para otros, situación que se subordina a la conducta adoptada por el paciente con respecto a su enfermedad y de la posición que llegue a ostentar en esta última.

Así los tratamientos a implementar no responden a una realidad globalizadora y al manejo arbitrario de los mismos aún cuando se persiga un objetivo comunitario: la modificación de conductas anómalas que expliciten el fusiónamiento del hombre en su padecimiento y la apropiación que de su persona haga la enfermedad. Pues cada hombre tiene un modo particular de afrontar y vivir su enfermedad ante sí y ante los demás, lo que le otorga un carácter singular.

Un punto interesante que subyace en las anteriores líneas y que al revestir un carácter de obvedad pasa desapercibida su magnitud real, es el que el enfermo -trátase de una enfermedad

o más aún de un proceso de hospitalización-, no está total ni efectivamente capacitado para "saber padecer" y enfrentar el sufrimiento que conllevan las anteriores circunstancias al tener como primer obstáculo vencer el temor al dolor, a las probables secuelas, consecuencias, a la ruptura de su cotidianidad. Condiciones que en algunas circunstancias y personas no conducen a la adopción de actitudes congruentes con la enfermedad a fin de superar el sufrimiento y el padecimiento mismo.

Si bien estos pacientes con anterioridad a su situación hospitalaria eran solícitos con amistades afectadas de una enfermedad o intervención quirúrgica, dándoles ánimo y esperanza para su pronto restablecimiento, cuando ocupan el lugar del otro, cuando son ellos los ahora pacientes, cambia de manera radical su actitud ante la enfermedad al ser protagonistas principales de esta situación tan particular: no son capaces por sí solos de adoptar actitudes convenientes ante la enfermedad y/o situación que padecen.

Esta serie de situaciones plantean numerosos problemas y consecuencias negativas tanto para el paciente como para el personal médico, siendo las más significativas las relativas al paciente: rebeldía, rechazo, depresión, negación, entre otras. Problemas que si en ocasiones pasan inadvertidos, otros son atendidos por los propios médicos y enfermeras, los cuales al no poderles hacer frente en algunas ocasiones, remiten a los pacientes a otras instancias -pudiéndose citar al psicólogo y psiquiatra entre las mismas-.

Es en la aparición, evolución y consecuencias de estos problemas en lo referente a la asunción de la enfermedad por parte del paciente, donde puede orientarse la práctica del pedagogo en el marco de la institución hospitalaria al participar con otros profesionales en la resolución de estos problemas y en los conflictos que traen consigo, así como en la prevención de la aparición de estos conflictos, mediante la implementación de programas acordes a las necesidades de los pacientes que coadyuvan a evitar posibles dificultades.

Con estos parámetros, la atención pedagógica referida a los pacientes en general se realizaría por medio de la comunicación y el diálogo, proponiéndose ayudar al enfermo -niño y/o

adulto- en esta situación negativa por la que atraviesa a fin de seguir desarrollándose en la medida de lo posible en todas sus dimensiones personales con la mayor normalidad. Es necesario facilitarle ese momento de transición, deteriorante a su persona; de concientizarlo en y durante la situación por la que está atravesando, de orientar su actitud, de responsabilizarlo de su persona, actitudes y acciones.

Esta acción pedagógica no ha de oponerse a la medicina y al acto y discurso clínico-médico, pero sin embargo, ha de subordinarse al contexto hospitalario; no porque entorpezca las prescripciones médicas o cause un efecto nocivo en el paciente; sino más bien porque trata de complementar sus acciones con las relativas al discurso médico, espera ser oportuna y contar con la disponibilidad del paciente cuando su padecimiento lo permita y el médico lo autorice.

2.2 EL "SINDROME DE HOSPITALISMO".

La enfermedad y más aún la hospitalización representa para el hombre un desajuste de carácter bio-psico-social. En el caso del niño además de este desajuste se presenta un gran impacto emocional; el cual, juega un papel decisivo en su incorporación a la institución hospitalaria. De esta manera, la acción pedagógica en el ámbito hospitalario pretende ofrecer una atención integral al niño hospitalizado.

Se trata de una intervención psicopedagógica dirigida más allá de la mera escolarización. esto es, de la adaptación del niño con los menores conflictos posibles a la enfermedad que padece y a su hospitalización, al menos durante el tiempo de su estancia en el hospital.

La prolongación de este tipo de atención en el hogar del niño se le dificulta al pedagogo por las circunstancias imperantes en cada uno de estos últimos: lugar de procedencia, ya que varios de ellos provienen de estados y/o municipios alejados del hospital; número elevado de niños, entre otros factores más. En fin, desgraciadamente son muchos los obstáculos a los que se enfrenta el pedagogo para poder brindar esa atención integral que el niño hospitalizado necesita para que se reincorpore de la manera más positiva a su rutina tanto familiar, escolar

como social. Por ello, sólo puede tratar al niño durante el tiempo de su estancia en el hospital, abarcando tanto la esfera física como la psicológica, mismas que se encuentran inscritas en la persona del paciente.

Así en la esfera física del paciente se considerarían el dolor, la ansiedad, el estrés, cambios en la dieta, perturbaciones en el sueño, como los posibles problemas que puedan surgir respecto a la medicación. Mientras que en la psicológica lo esencial es el autoconcepto que tenga el paciente sobre sí mismo pero más importante a éste, es el mantenimiento de la autoestima a pesar de la enfermedad y sus secuelas (en cuanto al deterioramiento que se experimente en la apariencia física); otros elementos importantes a considerar son la formación y manifestación de las actitudes con respecto de la enfermedad y el proceso de hospitalización.

Las esferas que entran en juego, cobran tanto importancia como relevancia cuando Alexander J. Schaffër enuncia la aparición de un síndrome denominado "Hospitalismo", el cual consistía y daba cuenta de trastornos en el niño tales como: poco aumento de peso, retardo en su desarrollo intelectual y diversas perturbaciones en su personalidad.

Elementos que dan pauta para: la reflexión del efecto adverso de la hospitalización sobre la persona del niño, particularmente en la esfera emocional y conductual del mismo, a la par de la implementación de programas que contrarresten estos aspectos que trae consigo el padecimiento del menor.

Hablemos ahora de los elementos incidentes en este "Síndrome de Hospitalismo" (S-H) para poder elaborar estrategias más acordes a las necesidades del niño. Es importante aquí recalcar: *que aún cuando el S-H sea experimentado por una gran población de menores no podemos globalizar su sentido en éstos, pues para cada uno de ellos revestirá una particular significación y la asumirán de distinta manera, no obstante la similitud de los factores que lo originaron y condicionan su existencia*

Así, si bien se persigue un objetivo común se optará e implementarán líneas paralelas que coadyuven a contrarrestar los efectos adversos de la enfermedad y de la hospitalización en la persona del niño, brindándole una atención más integral que lleve aparejada la atención médica a su padecimiento a la relativa a la esfera emocional -ya referida anteriormente-.

El impacto emocional está sujeto a factores tales como:

- Edad y personalidad del niño.
- Desarrollo afectivo y cognoscitivo.
- Relaciones con sus familiares.
- Preparación psicológica previa a la hospitalización.
- Duración de la estancia.
- Naturaleza de la enfermedad (evolución y secuelas).
- En el caso de que existieran experiencias hospitalarias anteriores, naturaleza y calidad de las mismas. Y
- Grado de adaptación del niño a nuevas circunstancias.

La intervención de la duración de la estancia en el enunciado impacto si bien es importante, no es fundamental en el mismo, pues una enfermedad prolongada puede constituirse como una experiencia de madurez en tanto se le concientice a la persona de su enfermedad y del papel que guarde con la misma, así como de la formación de hábitos de salud y la formación de grupos de trabajo que resguarden la calidad del óptimo nivel de vida de la comunidad, cuando el paciente ha recibido no sólo atención de carácter clínico, sino también de tipo psicológico e incluso de carácter educativo.

Contrariamente, en una enfermedad de corta duración, en la que el paciente tan sólo ha recibido atención médica a su padecimiento descuidando su esfera emocional, puede resultar una experiencia desoladora para éste, pues sus necesidades emocionales no han sido consideradas en el restablecimiento de su enfermedad o tipo de padecimiento.

De lo anterior se deriva un primer parámetro a considerar en la implementación de una atención psicopedagógica: más que la duración de la estancia del niño en el hospital, hay que tomar en cuenta la calidad de la atención tanto clínica como emocional que se le pueda brindar al paciente.

Dentro del proceso de internamiento se van configurando actitudes que si no son canalizadas oportuna y debidamente se van modificando en perturbaciones del comportamiento. Mismas que se van fundamentando por la existencia de tensiones entre la enfermedad, tratamiento, ambiente hospitalario, ruptura de la vida cotidiana, y por la posición que guarda el paciente para cada una de las anteriores, como para sí mismo.

Estas perturbaciones no pueden pasar inadvertidas por sus efectos adversos en la persona del paciente y que además requieren de una constante observación no sólo durante el proceso de hospitalización, sino cuando se ha retornado al hogar, a la vida cotidiana, por las posibles secuelas que puedan presentar en un futuro estas alteraciones.

Tocante a estos trastornos podríamos citar el aprendizaje de malos hábitos durante una enfermedad, lo que se da en ocasiones como resultado de la tolerancia permisiva a la vez que inmesurada por parte de los padres del paciente, quienes en lugar de fomentar volver cuanto antes a las costumbres -rutina del hogar- anteriores a la enfermedad del niño prolongan sus desmedidas atenciones durante más tiempo del debido. Hecho que repercute negativamente en la persona del menor y que de alguna forma incide sobre las relaciones que se puedan entablar entre todos los miembros de la familia.

Un factor esencial y de gran ayuda para la prevención de estos trastornos conductuales es la preparación psicológica anterior a la admisión del niño en el centro hospitalario. No obstante a ello, uno se enfrenta al caso del niño pequeño, el cual por su corta edad no está en condiciones de recibir tal preparación. En el caso del niño más grande se hace factible esta preparación, la cual tendría en su haber la explicación sobre las posibles experiencias que va tanto a encontrar como enfrentar, en qué consiste la rutina hospitalaria, la distribución del

inmueble, entre otras más. Todo ello debe aclararse en un lenguaje claro y sencillo para una mejor comprensión en el niño de lo que acontece en este sitio nuevo para él.

Esta preparación debe considerarse bajo dos modalidades, una referente a la medicación y tratamiento del niño y otra, a la intervención quirúrgica del mismo. Estos hechos, por su particularidad, revisten singular significado para el menor por lo que representa para su persona. En ambos casos es conveniente señalar los motivos y expectativas de las modalidades a fin de concientizar al paciente del lugar que ocupará ante sí y los demás y de la importancia de la asunción de actitudes positivas en su restablecimiento.

Dentro de los elementos a considerar en esta preparación se encuentran las reacciones inmediatas y las que se presentan en el transcurso de la hospitalización del menor. Citándose entre las primeras: llantos, gritos, miedo a la separación de sus seres queridos, miedo a la oscuridad y gente desconocida, negación al internamiento. Mientras que en las segundas: conductas regresivas, perturbaciones en el sueño y la alimentación, inhibición de funciones motoras (poca movilidad), renuencia a la comunicación, aislamiento, estados depresivos, entre otros más.

Centremos la atención en estos elementos que son los que configuran el "Síndrome de Hospitalismo" (S-H), y que fundamentan a la vez que legitiman la participación del pedagogo en el contexto hospitalario mediante una atención que aluda a una esfera psicopedagógica, misma que pretende brindar a través de diversas acciones un cuidado más integral al niño hospitalizado.

2.2.1 PERCEPCION Y REALIDAD DEL NIÑO HOSPITALIZADO.

Durante su ingreso al hospital el niño comienza a experimentar ansiedad ante la separación de sus familiares y amigos y en su inclusión a este nuevo ambiente; lo que se traduce en un "no saber con precisión lo que va a suceder en ese lugar nuevo para él", es un temor a quedar solo, a estar con gente extraña y en un lugar ajeno a él.

Aunado a lo anterior se encuentran los procedimientos, tratamientos e intervenciones quirúrgicas, mismos que constituyen para el menor una amenaza latente a su cuerpo; lo que incide en su esfera emocional negativamente, al obstaculizar los tratamientos diagnosticados, ensimismarse en su cuerpo y dejar de lado el desahogo de sus emociones al centrar su atención en el padecimiento que lo aqueja.

En fin, la ansiedad en un caso tan particular como lo es la hospitalización de un infante implica para este último un conflicto que deviene de emociones tales como: separación, frustración, agresión, temor e impotencia; mismas que orientan la conducta del menor y que determinan el tipo de relación que guarde y establezca éste con su entorno, con las personas que lo rodean y consigo mismo.

Cabe aclarar la distinción entre ansiedad y angustia ³⁴:

Es la ansiedad un estado de ánimo que se caracteriza por actitudes de agitación, inquietud, intranquilidad. Mientras que la angustia se presenta como un miedo sin objeto aparente a la vez que intensifica las actitudes que han sido señaladas como partes integrantes de la ansiedad (inquietud, zozobra, intranquilidad, entre otras más).

Dichos estados se traducen en experiencias en tanto que en todo crecimiento van implícitos, predominantemente la ansiedad, cuando los sucesos a los que uno se enfrenta se instituyen potencialmente como crisis ante el abandono de valores, actitudes, hechos, ambientes: mismos que atentan contra su seguridad y bienestar en pro de objetivos y desarrollo más amplios para la persona misma.

De esta manera, todos y cada uno de nosotros poseemos cierto grado de ansiedad y angustia que nos permite tener una actitud de "alerta" ante alguna posibilidad de peligro.

³⁴ NOTA. Cabe aclarar que al respecto existe amplia bibliografía; sin embargo para efectos del análisis que aquí nos ocupa, las especificaciones que brinda el diccionario LEXIS 22 nos permite avanzar al respecto.

situación que ha de considerarse como algo "normal, cotidiano" y no como algo que atenta contra nuestra integridad de carácter físico y/o emocional. Sin embargo, el ensimismamiento que uno pueda experimentar ante la angustia y la ansiedad puede tomar un rumbo diferente, desvirtuar su objetivo y sentido reincidiendo negativamente en la esfera emocional de la persona al constituirse como una ansiedad de carácter "neurótica" (misma que atenta contra la persona).

La experimentación de estos dos tipos de ansiedades sucede con gran frecuencia por la complejidad que engloba la vida misma. En nuestro caso, el S-H en niños hospitalizados aumenta tanto el grado como la gravedad de la misma por el conjunto de elementos que la determinan, configuran y dan pautas a su sentido; esto es, en algunas ocasiones los niños hospitalizados expresan una "ansiedad normal" -en los términos que ya han sido expuestos con anterioridad- mediante la manifestación de sentimientos subordinados a los siguientes parámetros: preparación previa a su internamiento, gravedad de la enfermedad, tipo de tratamiento, visitas regulares de sus familiares, atención psicopedagógica recibida, entre otras más.

Sin embargo, cuando los anteriores parámetros no se han presentado total y oportunamente como uno deseara y sí por el contrario han desvirtuado sus finalidades en la persona del paciente, estarían propiciando en éste la aparición de una "ansiedad neurótica", misma que atentaría a la resolución constructiva y consciente que el niño adoptara contra esa situación tan adversa que se le presenta en el medio hospitalario en el que se encuentra.

Se han enunciado dos modalidades de la ansiedad, la de carácter normal y la neurótica.³⁵ La primera inherente al desarrollo y crecimiento de la persona, no implica una amenaza "real" para ésta en tanto que da pauta para el enfrentamiento constructivo y a un nivel consciente del problema que se le está presentando en un determinado momento.

³⁵ Para un mejor conocimiento de este tema consultar May, Rollo et al. La angustia normal y patológica. Ed. Paidós.

La segunda, se hace patente cuando la persona no ha sabido enfrentar la ansiedad normal en el momento de crisis; es decir, se presenta como resultado de la dificultad de saber enfrentar en el momento preciso la ansiedad normal. En ella se observa una reacción desproporcionada entre la magnitud real de la amenaza y la percibida por la persona; lo que conlleva a conflictos psíquicos que bloquean tanto la actividad como el pensar y sentir de esta última, lo que repercute en el lugar que cree ocupar en relación a quienes la rodean y el lugar donde habitualmente se desarrolla.

Si bien, se ha hecho alusión a estas modalidades de ansiedad es preciso indicar que no son privativas de una edad o grupo social en particular, sino que son factibles de manifestación en todos y cada uno de nosotros por la gran diversidad de situaciones a las que cotidianamente nos enfrentamos. Vivo ejemplo de ello es la población infantil hospitalizada, misma que puede inclinarse tanto a una como a la otra faceta que presenta la ansiedad:

La introducción a un ambiente ajeno a la vez que impresionante por el tipo de mobiliario con el que cuenta la instancia hospitalaria, el estar con personas extrañas, ver un desfile constante de batas blancas, el sometimiento a una rutina totalmente distinta a la habitual, el sentir tan particular que en ese momento está viviendo el niño, así como el distanciamiento de su núcleo familiar, escolar y social representan para el niño que ingresa por un tratamiento o intervención quirúrgica al hospital toda una serie de elementos que atentan contra su vida cotidiana y su persona.

Estos factores le posibilitan desencadenar su angustia y los medios a través de los cuales pueda resolver las necesidades que potencializaron esta última, y como se ha señalado, del grado de capacidad con que el niño pueda afrontar estas situaciones de crisis, podremos citarlo dentro de algún tipo de angustia.

Los medios a los que se hace referencia son los denominados como "mecanismos de defensa", los cuales para José Bleger se manifiestan como conductas defensivas que son:

"Las técnicas con las que opera la personalidad total, para mantener un equilibrio homeostático, eliminando una fuente de inseguridad, peligro, tensión o ansiedad. Son técnicas que logran un ajuste o una adaptación del organismo, pero que no resuelven el conflicto...

Las conductas defensivas no existen solamente en los procesos patológicos, sino que intervienen normalmente en el ajuste y desarrollo de la personalidad..."³⁶

Entre los mecanismos de defensa se encuentran los siguientes: a) Proyección; b) Introyección; c) Regresión; d) Inhibición; e) Represión; f) Conversión; g) Aislamiento; h) Desplazamiento; i) Racionalización; j) Formación reactiva; y k) Sublimación. Mismos que pueden diferir de lo normal y patológico, al situarse dentro de alguna de las siguientes estructuras: paranoide, ansiosa, depresiva, evitativa, ritualista, esquizoide, hipomaníaca, confusional, hipocondríaca y accésional.

No obstante que todo el mundo utiliza los mecanismos de defensa, es preciso tomar en cuenta que una dependencia muy grande de estos mecanismos puede estar asociada con frecuentes deformaciones de la realidad; a la vez que se instituye como una incapacidad al lidiar adaptativamente tanto con los problemas psicológicos que pueden surgir por distintas situaciones, como con el mundo real. Utilizados en alguna de estas maneras, los mecanismos de defensa pueden tener consecuencias nocivas para la salud mental y emocional de la persona que los esté sintiendo.

En el caso del niño, podemos hablar de una angustia transformada en miedo o temores hacia algo concreto, palpable, o por el contrario hacia elementos surgidos de su imaginación.

Estas manifestaciones pueden trasladarse del plano físico (sudor, temblor, aceleramiento en el curso normal de las palpitaciones) al emocional y conductual (cambio de actitudes y actividades por la advertencia al peligro -situadas en un nivel objetivo o subjetivo- que puede surgir de uno o de la transmisión de alguna persona cercana).

³⁶ Bleger, José. Psicología de la Conducta. p. 186

Por lo anterior, son factibles de distinción los planos en los que hace acto de presencia la angustia, el referido a lo subjetivo -donde la amenaza no proviene del mundo externo, sino por el contrario, fluye a partir de la persona misma- y a lo objetivo -donde las amenazas se inscriben en el marco exterior que rodea a la persona-.

Del mismo modo, da cuenta de un daño o dolor físico, de una privación o pérdida: es decir, el origen de la angustia no es exclusivo de una carencia o dolor en específico, sino obedece a una gran diversidad de elementos que por simples y obvios que parezcan tienen un papel fundamental en la conservación de la estabilización de la persona del hombre. Si esto último acontece en la persona adulta y adolescente, se incrementa el grado de eficiencia y lo esencial de su función al referirse al niño, y con mayor fundamento al citar al menor hospitalizado -por las carencias que ya se han señalado-.

Entre los problemas que se le presentan a la persona que trate directamente con el niño -personal médico, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales e incluso pedagogos- es el encubrimiento de la angustia por sentimientos de malestar físico, manifestación de temores que parezcan normales y justificados, distracciones sin causa alguna o aparente, inhibición de funciones motoras (poco movimiento) y actividades realizables cotidianamente, siendo éstos los más representativos de una compleja gama de problemas.

Asimismo la inmovilidad parcial o total del menor hospitalizado por el tipo de padecimiento de éste o la presencia de una intervención quirúrgica, impiden la canalización correcta y rápida de los impulsos que pueda generar la angustia en pro de la disminución de esta última.

Otro problema es la gran demanda de ayuda profesional para estos niños, porque luego es tan elevado el número de menores que ingresan al hospital en relación al número de personal competente que pueda orientar y resolver las necesidades de diversa índole planteadas por ellos mismos.

El escaso o nulo requerimiento por parte de los niños para la atención tanto de sus necesidades como de la resolución a las angustias que se les están presentando, aumenta el grado y las posibles consecuencias negativas a su persona; a la vez que obstaculiza la pronta atención del personal competente, por lo ya citado anteriormente.

Uno más se refiere al tiempo de internamiento del menor, pues la estancia de éste puede ser tan corta que uno no pueda darse cuenta a tiempo de lo que aqueja al niño, le angustia o atemoriza. Incluso, si ya se ha detectado el por qué de éstos, el problema se refiere al no contar con tiempo suficiente para ayudarlo a vencer estas situaciones.

Considerando los problemas anteriores se fundamenta la inclusión del pedagogo al personal dedicado a la atención del niño. Del mismo modo, potencializan la elaboración de planes y programas que entre sus objetivos contemplen la atención idealmente "integral" del niño hospitalizado; resultando de gran importancia la realización de diagnósticos individualizados, fundamentados, oportunos.

Al respecto de esta ayuda es importante señalar que su objetivo no ha de centrarse en liberar al paciente de su ansiedad, sino ayudarlo a encontrar los medios personales capaces de liberarlo de ella. En el caso de tratarse de una "ansiedad neurótica", la ayuda se dirigiría a enfrentar la "ansiedad normal" de la manera más constructivamente posible, pues la ansiedad neurótica se presenta como un síntoma que da cuenta de la incapacidad para hacer frente a alguna crisis que se haya presentado con anterioridad.

Igualmente importante es el lograr que la persona afectada comprenda el o los motivos que propiciaron el surgimiento de su ansiedad, a la vez que los medios por los cuales lograr la óptima y eficaz liberación de esta última. Pues eliminar los síntomas sin ayudar a la persona a comprender su conflicto, tratarla según sus síntomas y no de acuerdo a las causas que los originaron; son muestras equívocas de la debida atención que personal de distintas disciplinas pueden proporcionarle al niño ansioso.

El proceso de hospitalización del menor se presenta como un caso de inestabilidad en la persona de este último al surgir de situaciones ansiosas que se derivan del citado proceso. Esta inestabilidad va acompañada de un sentimiento de inseguridad que se sitúa a diversos niveles en la persona del niño, citándose entre los mismos:

- a) A nivel del lugar y del espacio que cree ocupar.
- b) A nivel del tiempo y del devenir.
- c) A nivel de las personas que lo rodean y de las relaciones que puede entablar con las mismas.
- d) A nivel de la actividad y de las realizaciones que efectúe en distintos ámbitos.

Si bien la ansiedad del niño representa un grave problema por sí mismo, no lo es menos cuando propicia una inadaptación tal que merece atenderla en pro de la estabilización del menor. Al hablar de inadaptación de algún modo se da cuenta al mismo tiempo de lo referido a la adaptación, por tal motivo centraremos la atención en lo concerniente a esta última:

Mencionar la adaptación es, aludir a un estado de equilibrio entre la nueva situación resultante de la crisis y el medio al que se encuentra inscrita la persona: es adaptarse al medio que ésta estructura a partir de la situación en crisis. Esto es, da cuenta de una mayor probabilidad de supervivencia ante condiciones adversas, lo cual habla de un proceso dinámico y no estático a la vez que engloba dos conceptos importantes "permanencia y cambio".

Cuando el niño se inscribe al contexto hospitalario es imprescindible el esclarecimiento de las actividades por realizar para poder ajustar sus relaciones internas a las externas, así como acoplarse a las reglas y requerimientos que el propio contexto demanda e impone al paciente -trátese del horario de los alimentos, dieta escogida, revisiones periódicas, implementación de tratamientos, entre otros más-. Al respecto de los factores que influyen sobre la adaptación, Alex Haller señala los siguientes:

I. Exógenos.

- A. Actitud de los padres.
- B. Duración de la hospitalización (privación del medio familiar).
- C. Cantidad de experiencias hospitalarias.
- D. Calidad de experiencias hospitalarias.

II. Endógenos.

- A. Caracteres físicos y de la personalidad.
- B. Actitudes del niño (preparación).
- C. Capacidad de enfrentar la situación.
 - 1. Edad.
 - 2. Inteligencia.
 - 3. Naturaleza de la enfermedad.
 - 4. Capacidad de adaptación. ”

Dentro de los mecanismos operantes en la adaptación se encuentran los siguientes:

- a) La organización, imprescindible tanto para los requerimientos del medio que propició la adaptación como los relativos a la propia persona del paciente.
- b) Cooperación entre todas las funciones de la persona para poder enfrentar oportuna y eficazmente lo que el medio le está demandando.
- c) Tendencia permanente al equilibrio a partir de los cambios experimentados por la persona.

Si bien a la adaptación se le considera como un hecho estresante para la persona por considerarla como un cambio de actitudes, comportamientos y actividades al ingresar a un nuevo contexto; esta situación se le presenta al hombre como una acción inherente a su persona al tener que adaptarse a su marco familiar, escolar, social o laboral. Es decir, que en muchas ocasiones la adaptación a los anteriores marcos se le presenta de manera inconsciente, natural y sin grandes problemas que atenten contra su integridad.

³⁷ Haller, Alex et al. Op. cit. p. 12

No obstante, en el caso del menor hospitalizado su adaptación a la instancia hospitalaria no concurre en las líneas anteriormente señaladas por las causas y características inscritas en el momento de su internamiento; así como a las privaciones de que es objeto -núcleo familiar, escolar- y de la imposición de ciertas reglas que hace hacia su persona el contexto hospitalario.

En este sentido se hace latente en el niño la modificación de comportamientos habituales en el mismo, represión en algunos de ellos y la adopción -preferentemente gradual para una mejor asunción y convencimiento- de actitudes y comportamientos acordes a la lógica médica-hospitalaria. Desafortunadamente este hecho se enfrenta a un grave problema: la corta edad en algunos de los pacientes pediátricos; problema que limita y en gran medida, la adopción de programas cuyo objetivo se rija en una adecuada y lo menos estresante adaptación al medio hospitalario.

Se constituye como un importante problema a considerar la adaptación porque es a partir de ella donde el individuo encuentra el motor potencial de sus realizaciones. Esto es, que a medida que la persona se encuentre identificada con su medio podrá desenvolverse de tal manera que realice sus planes, que actúe con libertad (el niño hospitalizado centra su atención en sí mismo y reprime sus actividades), se interrelacione con las personas que le rodean, se interese por los elementos que configuran su medio y que participe en algunas de las actividades que desarrolle este último.

Con este marco de referencia la persona se instituye como un individuo en constante crecimiento, mismo que no ha de circunscribirse a una entidad cerrada que implique adaptarse a algo ajeno a su persona; sino por el contrario, ha de considerarse como un ente funcional y abierto a los elementos que de alguna u otra forma, directa o indirectamente se encuentran implicados en su contexto.

De tal manera, la adaptación se presenta como un factor de organización de las condiciones y circunstancias que forman parte del funcionamiento del hombre, trátase de su

núcleo familiar, escolar, laboral y social; pues al fin y al cabo se trata de diversas formas de interacción que se suscitan a lo largo de la vida del hombre.

En el caso concreto de la hospitalización se hace referencia a la ruptura de un equilibrio existente entre los dos polos de la persona:

1) rasgos físicos y característicos de la personalidad (por el padecimiento de algunas enfermedades en el niño se originan cambios, tanto en su aspecto físico como conductual), y

2) medios circundantes (privación de sus núcleos familiar, escolar y social). Ruptura que se manifiesta como un estado de tensión y fuente principal del proceso de adaptación, mismo que define y configura el comportamiento mismo de la persona.

Bajo estos parámetros se va delineando la participación del pedagogo con la población infantil hospitalizada, al considerar todos y cada uno de los componentes en sus distintas variaciones de cada polo, para así situar puntos de contradicción y de enlace entre los mismos. Todo ello con la finalidad de tener un marco más amplio del contexto de esta situación tan particular como lo es la hospitalización en la que se encuentra inscrito el niño, la forma como éste se comporta, lo entiende, se relaciona, configura y del lugar que cree ocupar dentro del mismo.

Del mismo modo que la ansiedad, se hace necesaria la implementación de planes y programas cuyos objetivos se centren en la oportuna y eficaz adaptación del niño a la instancia hospitalaria y personal de la misma.

En este sentido se puede hacer uso de pláticas ocasionales y/o dirigidas al niño, materiales audiovisuales, visitas guiadas, juegos dirigidos, entre otras actividades más, con la finalidad de proporcionar al niño una visión amplia acerca de todo lo que ocurre en el hospital, acercarlo de algún modo a esta experiencia de hospitalización -a la que si no está inscrito en breve lo estará- para así no enfrentarlo a algo totalmente desconocido para él.

Hasta el momento se ha hecho alusión a dos factores que dan cuenta del S-H; no obstante a éstos, el citado síndrome no ha de reducirse tan sólo a ellos, sino que engloba -por la complejidad del mismo- otros elementos igualmente importantes y de gran relevancia para el trato con los niños hospitalizados, trátese de cualquier profesional (psicología, medicina clínica, trabajo social, pedagogía).

Ejemplificándose los anteriores elementos en la cadena siguiente:

padecimiento de la enfermedad --- devalúa el autoconcepto --- provoca depresión --- se hace necesaria la motivación --- engloba actividades diversas --- implementación del trabajo pedagógico --- resultado: restauración del autoconcepto.

Esta cadena da cuenta de la compleja y vasta realidad que se circunscribe en el ámbito hospitalario y que ha de considerarse en la atención integral del menor hospitalizado con la finalidad de brindarle un cuidado regido más por un carácter cualitativo que por uno cuantitativo, lo que redundará en beneficio del niño.

Se abordarán los elementos aludidos en la cadena anteriormente referida, de donde se deriva lo siguiente:

Por la diversidad de tratamientos implementados en las distintas áreas que conforman la instancia hospitalaria -el área clínica propiamente dicha- se evidencia toda una serie de instrumentos que son colocados en distintas partes del cuerpo del niño. Esto facilita un detrimento del autoconcepto en éste, el cual no es privativo de estos niños, sino que también se presenta en aquellos menores que padecen una enfermedad crónica, que en algunas ocasiones se refleja en su físico.

En ambos casos, se observa un deterioro de la imagen física de los pacientes pediátricos, lo cual a la vez que incide en sus patrones de conducta, repercute negativamente en su esfera emocional y psicológica y por ende, en el grado de adaptación y ansiedad que el niño pudiera

experimentar tanto en el transcurso de su hospitalización como en el momento de regresar a su medio familiar, social e incluso escolar. Esto último, debido a secuelas que haya dejado una enfermedad o intervención quirúrgica, lo cual puede traducirse en el niño en trastornos de su personalidad.

Pero, ¿qué importancia puede tener el "autoconcepto" del niño en la instancia hospitalaria, cuando la función de ésta se centra en la atención y discurso clínico-médico?

A simple vista podríamos decir que ninguna porque en ese momento se procura la vigilancia desde el ámbito clínico de la enfermedad, padecimiento y/o intervención quirúrgica del menor. Sin embargo, en un contexto más amplio su importancia cobra relevancia por los distintos elementos inherentes al desarrollo cognoscitivo, afectivo y emocional del niño.

Fundamentando esta última idea subrayaríamos la función tan valiosa y sustancial que reviste el autoconcepto en la integración y evolución de la personalidad, en la motivación del comportamiento; así como en el desarrollo óptimo y positivo de la salud emocional de la persona. Función extensiva a la población en general del hospital.

Si bien se ha enunciado el término de "autoconcepto" en la problemática del S-H, para Ma. del Pilar Oñate siguiendo las ideas de Mc Call, Stryker y Burke³⁸ :

" Los autoconceptos están compuestos en parte, de rol, identidades, etc. Las identidades son los atributos de uno mismo, en un rol y lo que otros atribuyen a uno. "

Esta definición sugiere tres características de una identidad, las cuales a continuación se hace referencia para tener un referente más amplio:

³⁸ Oñate, Ma. del Pilar. El Autoconcepto. p. 29

1. Las identidades son productos sociales:

En nuestro caso, éstas se subordinarían a lo que acontece alrededor de la instancia hospitalaria, la que se erige como un todo, una realidad que en el momento de la hospitalización se instituye como lo social en el que se desenvuelve el paciente y en donde se interrelaciona con los demás pacientes, que conjuntamente dan vista y significado al ambiente hospitalario y componentes inherentes al mismo.

Algo importante de destacar a este respecto, es la asignación de rol e identidad que la sociedad, núcleo laboral y/o escolar e incluso el familiar, le otorgan al enfermo o paciente; tanto durante su proceso de hospitalización como en su convalencia, sin omitir la reincorporación a su vida habitual. Designación que en diversas ocasiones se sujeta a criterios influenciados, erróneos, prejuicios carentes tanto de información como de una orientación debida y fundamentada. Lo cual incide en el detrimento de la conceptualización que haga de y sobre sí mismo la persona en cuestión.

2. Los significados y las identidades son, producto de las oportunidades particulares y demandas características de la situación, y están basadas en las semejanzas y diferencias de un rol conexionado o de roles contrarios:

En una situación particular -en este caso, la hospitalaria- cabe la posibilidad de la similitud de los significados e identidades que experimenten los protagonistas de la misma. Sin embargo, se hace presente una jerarquización de ambos conceptos por el grado de asimilación y proyección que de ellos puedan elaborar los personajes centrales, jerarquización correlacionada con aspectos que ya han sido mencionados con anterioridad: edad, grado de adaptación, personalidad, relaciones familiares, escolarización, desarrollo cognoscitivo y emocional, entre otros.

3. Las identidades son de carácter simbólico y reflexivo. Es a través de la interacción con otros como los significados del self son conocidos y entendidos por el individuo. Las acciones, palabras, apariencia de uno, comienzan a ser símbolos con significado:

A este respecto cobran tanto importancia como significado la imagen que uno elabore de sí mismo a partir de las relaciones que entable con las demás personas, del grado en que se introduzca en esa situación, del tipo de opinión que tenga tanto de los demás como de sí mismo a partir de lo que cree que los otros piensan acerca de él, de la conducta que esté realizando. Todo ello supeditado a un relevante momento de reflexión no sólo por parte de los protagonistas de la situación, sino también de todo aquel que de una u otra forma, directa o indirectamente se encuentre relacionado con ellos.

Por todo lo anterior, para el estudio del autoconcepto -en nuestro caso referido a los niños hospitalizados- es indispensable la práctica de observaciones que centren su atención en la conducta del individuo. Particularmente la amplia y compleja gama de manifestaciones de lo que la persona tiene que decir acerca de sí mismo y del cómo se encuentra afrontando una situación en particular.

Dentro de esto último, se van esbozando ejes de análisis del autoconcepto, mismos que se orientarían a lo siguiente:

a) Contenido: son los elementos que constituyen este término, trátase de conductas, atributos, roles, identidades, mismos que pueden ser manifiestos y en ocasiones ser simulados por otras conductas expresadas por el hombre.

b) Estructura: se bosquejan las relaciones a entablarse entre las partes que ya se han señalado.

c) Dimensiones: se dan tanto a nivel personal como social, y cuyo rumbo va tomando sentido en la inserción que del término se realice tanto en sus partes como en el todo en que se desenvuelve. Un ejemplo de ello es la experimentación de una desadaptación de corte psicológico como resultado y manifestación de una tensión entre el autoconcepto elaborado en circunstancias aparentemente habituales y la percepción que se tenga de sí mismo en la asimilación de una experiencia aparentemente incongruente con su organización habitual.

Complementando el término de "autoconcepto" se encuentra el concepto del "self"; referido éste al "sí mismo", esto es, a la personalización del individuo a la vez que se presenta como resultado de un proceso social.

Cooley ³⁹ " consideró que existen tres pasos en el desarrollo del self como imagen o reflejo.

1. Imaginación de lo que mi apariencia represente para los demás.
2. Imaginación del juicio valorativo que los demás hacen de mi apariencia (positivo o negativo).
3. Orgullo o satisfacción personal si uno imagina que el juicio de los demás es positivo. Humillación, temor, etc. en caso contrario.

De esta manera se forma nuestra autoimagen a partir de la respuesta de los demás. "

Conjuntando los ejes de análisis del autoconcepto y los pasos en el desarrollo del self, se van configurando importantes parámetros de estudio y conocimiento de lo que el niño hospitalizado está experimentando -a lo que se ha designado como S-II- no sólo a nivel clínico-médico, sino también a nivel personal -preferentemente de corte psicológico y emocional-. Pues no podemos olvidar que en el niño se van configurando las bases para erigir su identidad mediante una sucesión de cambios -algunos desconocidos por el propio menor- normales en su proceso de crecimiento.

Tocante al último punto -identidad- es preciso señalar la necesidad del conocimiento del mismo en cada niño en particular por parte del personal que lo atiende; para así tener un marco de referencia válido de aquello que deba permanecer estable a pesar de los cambios que presupone todo proceso de crecimiento en el hombre.

Si bien en el caso de la persona adulta podemos hablar de su identidad como el resultado de sus experiencias, creencias, del conocimiento que tenga sobre sí mismo, de sus deseos, ambiciones, entre otros elementos más. Esto no sucede en el niño por su corta edad, al respecto él va configurando su identidad a partir de la calidad de las relaciones que establezca con todo

³⁹ Cooley, C. Human Nature and the social order. Citado en: Oñate, Ma. del Pilar. *Op. cit.* p. 40

aquello que se encuentre a su alrededor, de la confianza que vaya conquistando tanto a nivel externo -núcleo familiar, escolar y social- como interno -del conocimiento y representación que se tenga de sí mismo-; de la seguridad que vaya adquiriendo de lo que realice -tanto por disposición de sus mayores como por iniciativa propia-

En fin, todos los elementos hasta el momento enunciados de una u otra forma directa o indirectamente se van conjuntando tanto para dar cuenta de alguien en particular como por ser resultado de un proceso de socialización. He aquí entonces la importancia de la calidad y naturaleza del medio en el que se desenvuelva el niño, trátese de cualquier circunstancia, para una mejor consolidación de su autoconcepto y la viabilidad pertinente para su consiguiente identidad, tanto para sí mismo como hacia las personas que lo rodean.

Aunado al término del autoconcepto se encuentra el referido a la conducta -misma que a la vez que influye en el primero recibe su influencia-. Es decir, que de la forma en que uno perciba la opinión que los demás tengan de sí mismo y del valor que se le adjudique, se irá condicionando e influenciando el patrón de conducta y el juicio que uno vaya elaborando a partir de estos ejes. Asimismo, esta "nueva" conducta generada por opiniones externas y de la asimilación de ellas que ahora ostenta el individuo, influenciará las opiniones de los demás hacia éste; en fin, se presenta como vivo ejemplo de un proceso circular, una cadena:

otros -- opinión -- Yo -- percepción de uno -- Autoconcepto -- conducta -- otros ...

Un elemento inherente a la cadena a la vez que importante es la autoestima, que alude a los sentimientos de estima y valoración que se hagan sobre uno mismo. Al respecto Martínez Muñiz⁴⁰ define la autoestima "como el sentido de verse bueno y valioso que se concreta en confianza y seguridad en

⁴⁰ Martínez Muñiz. Causas del fracaso escolar y técnicas para afrontarlo. Citado en: Oñate, Ma. del Pilar. *Op. cit.* p. 78

sí mismo... complementando la definición anterior, Martínez y Montané⁴¹ define a la autoestima... como la satisfacción personal del individuo consigo mismo, la eficiencia de su propio funcionamiento y una evaluativa actitud de aprobación que él sienta hacia sí mismo."

Con tales definiciones se reitera la vital y esencial función del término de autoconcepto como elemento conformador del complejo proceso de identidad-personalidad que ha de generarse en todos y cada uno de nosotros.

Si bien el citado proceso se le presenta a la persona adulta como una experiencia ardua, complicada, difícil; esta situación no es menos problemática en el caso del menor, por situarse en una etapa crítica del crecimiento, en la que necesita de un grado mayor de comprensión, amor y cariño para hacerle frente de la manera menos estresante y más constructiva a los continuos obstáculos que se le presentan en cualesquiera de las esferas en que se encuentre (trátese de la familiar, escolar y/o social).

Los síntomas patológicos de la enfermedad, padecimiento y/o intervención quirúrgica que se observan en el paciente hospitalizado se trasladan a distintas esferas de la personalidad de éste y se traducen en trastornos del comportamiento general, emocional, afectivo, de relación, del comportamiento social y de la conducta motora.

Adhiriendo al último punto la circunstancia que se circunscribe al proceso de hospitalización de un menor. Cabe hacer notar la importancia del conocimiento que tiene para éste las implicaciones de la enfermedad o padecimiento hacia su persona, cuerpo, relaciones familiares y escolares; las que se derivan de sensaciones físicas provenientes de las partes afectadas del cuerpo o que han sido sometidas a algún tipo de intervención quirúrgica y cobran para él gran importancia.

⁴¹ Martínez y Montané. Nivel de autoestima. Citado en: Oñate, Ma. del Pilar. Op. cit. p. 78

Estas implicaciones influyen y determinan la autoestima del menor y ésta a su vez al autoconcepto, las que se traducen en variaciones de la conducta habitual. Quienes tienen su razón de ser en la autoevaluación que realiza el pequeño sobre sí mismo, de la posición que cree ostentar dentro de su núcleo -sentirse más o menos al compararse con un igual-, de la función que le asigna el personal que lo atiende, de la opinión que tenga sobre sí mismo -aquí se observa la concurrencia de dos elementos importantes a considerar: la infra y la sobrevaloración-, del grado -hábese en términos positivo y negativo- con que se desarrolle en circunstancias tanto habituales como en experiencias nuevas.

En este marco, una de las funciones del pedagogo estribaría en estar atento a todo lo que diga y haga el menor hospitalizado cuando se realizara una charla entre ambos; escuchando lo que este último dice de sí mismo cuando habla y observando su conducta ante sus similares y ante el personal médico. Del mismo modo el pedagogo puede obtener datos sobre el autoconcepto del chico hospitalizado al momento de la plática con este último, atendiendo a lo que éste dice de otros; incluso evaluándolo a través de pruebas proyectivas como el Rorschach, TAT y el Dibujo de la figura humana.

En fin, son varios los aspectos que funcionan como indicadores del grado, dimensión y nivel de funcionalidad de la forma en la que el niño se enfrenta a la circunstancia de su hospitalización. Mismos que pueden orientar, fundamentar o legitimar en la medida de lo posible e incluso, deformar, desvirtuar y/o alterar lo referente a la conceptualización de la autoestima a partir de la circunstancia enunciada, la hospitalización de un menor: vivo ejemplo de lo anterior es la emisión de actitudes de aprobación mediante el óptimo rendimiento y funcionamiento del niño en cuanto a lo que el medio hospitalario le esté pidiendo al menor en su calidad de paciente. Todo ello traducido en la satisfacción personal del hombre consigo mismo.

Un elemento inherente en este complejo problema de la niñez hospitalizada es el referido al aspecto social; pues es de todos sabido que el autoconcepto y la autoestima se edifican a partir de comparaciones sociales. En donde la persona toma como punto de referencia a personas significativas de su mismo ambiente -refiriéndose a aquellas que gozan de un prestigio,

cualidades, sentimientos, etc.- como base para realizar estimaciones sobre la propia valía en relación a la otorgada a esa persona "significativa".

En nuestro caso, esta comparación no encuentra fundamento por las características similares de las personas que se desarrollan en el ambiente hospitalario: estamos hablando de niños que sufren de padecimientos y/o que han sido intervenidos quirúrgicamente. Pero sí entran en acción comparaciones que trascienden a otros ámbitos y que son por ello también importantes de señalar; estamos refiriéndonos a un Discurso de Poder y Saber, en el que se observan desigualdades entre los protagonistas de este contexto:

Personal médico y paramédico ——— Padres de familia ——— Menor hospitalizado

Dichas desigualdades se fundamentan y legitiman a la vez que se presentan como resultante de este Poder que no se delega, pero sí se instituye como una norma institucional de carácter médico; la cual deshumaniza, despersonaliza la relación que se entable entre el personal médico y el paciente.

Retomando el tema del autoconcepto y aunado a éste la autoestima, el papel del pedagogo en ambos conceptos estribaría en la implementación de actividades que conjuntaran los elementos tanto de carácter institucional -horarios, disciplina, inmoviliario, revisiones médicas- como los de carácter humano -personal de distintas disciplinas, familiares y el propio paciente- para posibilitar los siguientes principios en pro de una edificación positiva de los mismos:

a) Libertad: entendida ésta en términos de elección de decisiones propias que pueden llegar a ser significativas para el menor, incluso, cuando se trate de errores que se vislumbren en la decisión que ha sido tomada por éste. Puesto que en esta dualidad de error-acierto se va uno formando imágenes del otro y de sí mismo, lo que va alimentando o destruyendo el autoconcepto y la autoestima que uno se ha ya formulado hacia su propia persona.

b) Orientación: abordada desde los ámbitos familiar y profesional en la que se excluya la permisividad en exceso, favorece la elaboración de un autoconcepto óptimo que influya positivamente en su autoestima.

c) Respeto: referido éste a la consideración del niño como alguien importante, valioso, como un ser con derechos capaz de afrontar distintas situaciones y realizar satisfactoriamente diversas tareas encomendadas.

d) Competencia: comprendida entre las expectativas personales. Que al ofrecer interés al menor por acceder a ellas, fomentan un importante grado de competencia que bien orientada tiene efectos positivos sobre el menor en los términos que ya han sido señalados con anterioridad.

e) Sentimientos de afecto y confianza: los que estimulan al niño a dedicarse con más ahínco a la consecución de sus expectativas, a adaptarse de la mejor manera posible a nuevas circunstancias mismas que pueden atentar contra su estabilidad emocional-; todo ello tendiente a desarrollar en el niño sentimientos de seguridad y dignidad.

Principios que hemos de considerar en el momento de analizar al niño en un contexto particular. En nuestro caso, se observa al menor hospitalizado distinguiendo y confrontando los elementos que confluyen en el S-H que le aqueja y que trae consigo distintos malestares que se manifiestan en perturbaciones del comportamiento y que se traducen en constantes peligros para la estabilidad emocional que subyace a su autoconcepto y a su autoestima.

Pero, ¿qué sentido tiene relacionar el párrafo anterior a los incisos mencionados, cuando éstos dan la pauta de actuación en favor del menor al minimizar en el marco de lo posible los efectos negativos derivados de la compleja situación del proceso de la hospitalización? A la vez que se contraponen estas dos ideas, por centrarse una en el problema en que se instituye el S-H para el niño hospitalizado; mientras que la otra da cuenta de los principios a considerar en la implementación de actividades que propaguen la disminución de los efectos negativos del S-H.

Asimismo se complementan ambos juicios por el hecho de constituirse uno como problema y el otro, como la solución del mismo.

2.2.2 EL PAPEL DE LA FAMILIA.

Son los padres quienes en una primera instancia reciben el diagnóstico de la enfermedad de su hijo; es este un momento difícil de afrontar, por lo que es preciso el proporcionarles orientación y apoyo, y más aún en el caso cuando se agudiza la enfermedad de su hijo y se hace necesaria la hospitalización. La orientación ha de girar en torno a la evolución física y psicológica de la enfermedad de su hijo tanto en el proceso de hospitalización como en el retorno a su casa.

La entrevista entre padres y médico es el medio por el que éste expone la situación del niño a la vez que se intenta hacer partícipes a los padres en todo momento de las circunstancias presentes y las futuras expectativas del niño en cuestión. Y no sólo eso, sino que además el médico procurará e insistirá en la importancia de la actitud de los padres en la reincorporación del niño al medio familiar, escolar y social a los que se encontraba adscrito el menor anteriormente a su hospitalización.

Un elemento de gran importancia es el mantener abierto el canal de comunicación que puede entablarse entre niño-médico-padres, con la finalidad de evitar en lo posible la aparición de cualquier tipo de conducta desadaptativa del pequeño.

No obstante, lo anteriormente referido encuentra obstáculos en el momento de su aplicación, manifestación en la experiencia concreta, situación que se subordina a la gravedad de la enfermedad padecida por el paciente pediátrico. Misma que obliga en distintas ocasiones la suspensión de las actividades laborales, sociales y/o familiares de uno o algunos de los miembros

de la familia para atender prioritariamente las necesidades y exigencias de carácter médico, psicológico y emocional que van surgiendo en la evolución mismas de la enfermedad y en el proceso de hospitalización del chico.

Un problema a considerar en este marco de acción es la transmisión de un sentir estresante por parte de los padres con relación al padecimiento de su hijo enfermo, tanto hacia éste como al resto de los hijos -cuando los hay-, quienes perciben que algo a su alrededor está funcionando mal. Surge por tal motivo tanto en los hijos como en los padres una serie de conductas y comportamientos anómalos que interfieren en la adaptación a esta nueva situación que podría catalogarse por el momento como "disfuncional".

Con la finalidad de contrarrestar los efectos negativos derivados del padecimiento de la enfermedad del niño, se hace viable la participación de los padres en el contexto hospitalario. Viabilidad subordinada a los criterios de inclusión y exclusión de los padres en este contexto.

Es decir, si la actitud demostrada por los padres es de cooperación, orientación y aliento y saben dominar sus sentimientos y emociones en el momento de estar con sus hijos (ya sea que se esté realizando alguna actividad o sólo se esté de visita), su presencia será benéfica y de apoyo para el menor. Pero si por el contrario, los padres se muestran angustiados y poco cooperativos, es prudente el excluirlos pues, en algunos casos es muy probable que el niño se dé cuenta de la ansiedad experimentada por sus padres y se lo atribuya a la gravedad de su propia situación, lo cual incide negativamente para su persona.

Aunado a los criterios de inclusión y exclusión se encuentra el referido a la toma de decisión en torno a la preparación del niño conforme a su enfermedad. Esto es, que en distintas ocasiones los padres se oponen abiertamente al hecho de informar a su hijo de lo que está aconteciendo con su padecimiento, aludiendo que se les está diciendo a los niños demasiado. Esta circunstancia repercute en la calidad de la participación de los padres en distintas actividades en el caso concreto de la hospitalización de sus hijos.

Analicemos el último criterio "decir a los niños demasiado". ésta pudiera ser una crítica válida en tanto que las explicaciones no se adaptaran a las necesidades del niño en particular - edad, lo confuso de la enfermedad, desarrollo intelectual y emocional-, hecho que en ocasiones es considerado pero que desgraciadamente otras no.

Es preciso aclarar a los padres lo negativo que puede resultar el que al paciente no se le den explicaciones claras y razonables a su nivel intelectual y con un lenguaje sencillo sobre la naturaleza de su enfermedad y tratamiento. Pues es característico que el niño formule sus propias conclusiones en relación a lo que está pasando con su padecimiento, lo que da lugar a diversas fantasías que reflejan las preocupaciones constantes del pequeño, así como ideas distorsionadas, las cuales cuando no se aclaran pueden resultar más atemorizantes que la realidad misma de la enfermedad, convirtiéndose en obstáculos para la plena consecución de una evolución emocional saludable y/o estable.

En este caso, el personal del Instituto puede ayudar a los padres a presentarle al chico los hechos por los que está pasando mediante palabras apropiadas a su nivel emocional e intelectual, propiciando su reconfortamiento. A la vez que proporcionarles consejos sobre cómo manejar los posibles problemas de comportamiento general de sus hijos a enfrentar después de que han salido del hospital, así como en lo relacionado a la integración del niño a su rutina familiar, escolar y social, con los menores conflictos posibles.

Ahora bien, si lo anteriormente enunciado se redondea en resultados positivos cuan mayor será el resultado de conferencias dirigidas a las distintas familias de los pacientes pediátricos (pues hay que recordar la heterogeneidad en cuanto al lugar de procedencia de los niños), en las cuales se proporcionen comentarios, sugerencias, alicientes sobre el cuidado físico y el bienestar emocional del paciente durante su convalecencia, subrayando que las fobias, pesadillas, síntomas de regresión, negativismo, aislamiento, trastornos en el sueño, en la alimentación, en el aprendizaje, entre otros más, se presentan como secuelas del proceso de hospitalización a la vez que se constituyen como retos a superar por el niño con la ayuda de sus seres queridos.

Asimismo es importante el dar apoyo a los padres en tan peculiar situación mediante el reconocimiento de su problema, haciendo patente la importancia de su conducta durante la enfermedad del chico, expresándoles confianza en su habilidad para afrontar situaciones difíciles como ésta, demostrándoles comprensión por la circunstancia que han experimentado.

Como una orientación en la participación de los padres en torno a la óptima adaptación del niño a su padecimiento, al proceso de hospitalización, a su convalecencia e incorporación a su medio familiar, escolar y social, Madeleine Petrillo ⁴² proporciona pautas para un mejor resultado de su participación una vez que el pequeño ha regresado a su hogar:

1. Incorpore al niño a la vida integrada de la familia tan pronto como sea posible. Esto significa dar al niño responsabilidades a la altura de sus capacidades.
2. Reconozca la valentía del niño, pero absténgase de hacer de él el centro de las miradas debido a su enfermedad. Hay el peligro de que utilice sus síntomas para llamar la atención... Es conveniente incluir actividades agradables dentro d su rutina.
3. Sea cariñoso, firme y consistente, especialmente en el manejo de problemas disciplinarios.
4. Diga siempre la verdad a fin de conservar la confianza del niño.
5. Proporciónele materiales de juego, como plastilina, pinturas, equipos de doctor y de enfermera, y otros útiles con lo que jugó en el hospital. Deje al niño divertirse solo.
6. Permita que el niño exprese de palabra sus sentimientos en relación con su enfermedad y con su hospitalización. Aclare sus confusiones. El hablar las cosas ayuda al niño a integrar las experiencias en su vida, en vez de negarlas.
7. Evite dejar al niño solo mucho tiempo o durante la noche, hasta que esté bien adaptado y se sienta seguro en el hogar.
8. Permita al niño visitar al personal que lo atendió en el hospital cuando el rumbo le quede cerca o vaya a la consulta externa.

Estas sugerencias, si bien garantizan la óptima relación y participación de los padres en la reincorporación del niño a sus anteriores esferas y actividades posteriormente a su hospitalización, por sí mismas no son instrumentos decisivos en esta particular situación por la

⁴² Petrillo, Madeleine. Cuidado emocional del niño hospitalizado. p. 95

multicausalidad de factores que directa y/o indirectamente inciden en esta experiencia hospitalaria.

Dicha circunstancia hace latente la asunción de responsabilidades por parte de los padres hacia sus hijos con la finalidad de conjuntar las citadas sugerencias con un ambiente familiar favorable, potencializador, dinámico y flexible. La anterior conjunción ha de caracterizarse por sentimientos de compromiso, responsabilidad y comprensión, para así desembocar en una alentadora y plena reincorporación del niño a su círculo familiar, escolar y social después de una situación tan estresante como lo es el proceso de hospitalización. Aproximarnos al análisis de lo hasta el momento expuesto en una institución hospitalaria concreta es el objetivo del siguiente apartado.

2.3 EN TORNO AL INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA.

Siendo presidente Gustavo Díaz Ordáz y con fecha del 15 de julio de 1968, se funda la Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez (IMAN) -organismo público descentralizado- y en cuyo decreto se visualizaba la siguiente filosofía: por la necesidad de atender al niño enfermo y la especialización en las enfermedades propias de la niñez, se considera indispensable establecer hospitales para menores. Filosofía que se cristalizó con la creación del Hospital Infantil de la IMAN, el 6 de noviembre de 1970.⁴³

El referido Hospital comenzó a caracterizarse por su eficiencia y alta calidad de atención; no obstante, su nombre tan similar al del Hospital Infantil de México, causaba en la población confusión y desorientación. Por tal motivo, cambió su nombre por el del Hospital del Niño IMAN.

⁴³ NOTA. Los datos que aquí se especifican fueron recuperados de: Soberón, Guillermo et al. (Comp.) La Salud en México: Testimonios 1988. "Institutos Nacionales de Salud". Tomo 3, vol. 1, México, FCE, 1988.

Por la duplicidad de funciones y objetivos manifiestos entre la Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez (IMAN) y el Instituto Nacional de Protección a la Infancia (INPI), ambas instituciones por decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación con fecha del 13 de enero de 1977 se fusionan, creando así el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), sistema al que el Hospital del Niño pasó a formar parte.

Con la finalidad de mantener la excelencia de la atención médica prestada, constituir una nueva mentalidad profesional en el campo de la salud infantil; formar y capacitar personal para difundir conocimientos, técnicas e instrumentos a fin de favorecer la formación de recursos humanos y la asistencia médica a la niñez, el Hospital del Niño IMAN se convierte en el Instituto Nacional de Pediatría DIF en 1979.

Pero no es sino hasta el 19 de abril de 1983 cuando por decreto presidencial nace el Instituto Nacional de Pediatría con personalidad jurídica y patrimonio propios y, es integrante del Subsector de los Institutos Nacionales de Salud con el objetivo de garantizar su óptimo funcionamiento al cumplir satisfactoriamente sus fines.

El Instituto está ubicado en Insurgentes Sur 3700-C, Col. Cuicuilco y son sus autoridades la Junta de Gobierno y el Director General. La fuente más importante de su financiamiento es el subsidio del gobierno federal y, sólo un mínimo porcentaje se obtiene por ingresos propios.

Entre los objetivos del Instituto se encuentran:

1. Proporcionar atención médica infantil especializada.
2. Apoyar los programas de salud pública en general.
3. Efectuar investigaciones clínicas, epidemiológicas y básicas en las distintas disciplinas que componen la pediatría.
4. Impartir enseñanza para la formación de recursos humanos en las disciplinas orientadas a la atención de la salud infantil.

5. Prestar el asesoramiento que la Secretaría de Salud le solicite en las disciplinas que fomenta el Instituto.

En el Instituto se atienden tanto a niños del Distrito Federal como a niños provenientes de distintos estados de la República, siendo los estados de mayor afluencia los de Guerrero, Morelos, Michoacán, Puebla e incluso del Estado de México. Así, estos menores atendidos representan un porcentaje similar, aunque es ligeramente mayor en el caso de los chicos del Distrito Federal. Las edades comprendidas en el Instituto para proporcionar atención médica de diversa índole, fluctúan desde los recién nacidos hasta jóvenes de 18 años.

Otro factor importante es el referido al aspecto socioeconómico dentro del cual encontramos que la ocupación de los padres de los pacientes en un gran porcentaje se encuentra referida al comercio, labores del campo, trabajos independientes, empleos domésticos; incluso, algunos de ellos se encuentran desempleados.

Los servicios que el Instituto proporciona se clasifican en dos grandes rubros, el de Consulta Externa y el referido a la Hospitalización (cuando ésta se hace necesaria). El primer rubro se otorga a través del servicio de consulta externa de pediatría, el servicio de urgencias, la policlínica y los servicios de consulta por especialidades:

En la consulta externa se valoran los pacientes que serán atendidos de acuerdo con el tipo de padecimiento. En una primera instancia son atendidos todos los casos que llegan al Instituto, reteniéndose posteriormente a aquellos cuyas patologías requieren de una atención especializada proporcionada en las instituciones del tercer nivel del Sector Salud (como lo es éste Instituto).

En el servicio de urgencias (servicio prestado las 24 horas del día y a toda la población) se atienden a todos los pacientes que acuden, tratándose de enfermedades comunes (gastrointestinales, respiratorias), accidentes, o bien enfermedades que sólo se puedan atender en este Instituto y que se encuentren en estado agudo y/o grave.

La policlínica atiende a pacientes de nivel socioeconómico alto, los cuales se estudian por separado y pagan cuotas similares a las de la consulta privada. Posterior a la valoración de los pacientes en cada una de las áreas precedentes, se procede a la canalización de los servicios que les corresponde de acuerdo a su padecimiento. Servicios que son otorgados por cada una de las tres Divisiones que pertenecen a la Subdirección de Atención Médica: División de Cirugía, División de Medicina y la División de Servicios Médicos Externos.

En la División de Cirugía se dan los servicios de cirugía: general, plástica, cardiovascular, de tórax y neumología; neurocirugía, oftalmología, oncología, otorrinolaringología, ortopedia y urología.

La División de Medicina brinda los servicios de alergia, dermatología, gastroenterología, hematología, inmunología, nefrología, nutrición, radioterapia, cardiología, endocrinología, genética, infectología, medicina interna, parasitología y neurología.

Se otorga en la División de Servicios Médicos Externos: asistencia médica en la consulta externa de pediatría, medicina comunitaria, urgencias, estomatología, medicina física, comunicación humana, salud mental, policlínica.

En cuanto a los servicios de hospitalización, éstos presentan una estructuración similar a los servicios anteriormente referidos y que son brindados mediante la consulta dependiente, básicamente de las Divisiones de Cirugía y Medicina. Los pacientes que ingresan a estos servicios son aquellos que ya sea que necesiten una atención médica directa o que requieran de alguna intervención quirúrgica.

Dentro de los servicios de diagnóstico y tratamiento especializado se encuentran: Radiología, Medicina nuclear, Radioterapia, Neurofisiología, Anatomía patológica; así como los laboratorios de Inmunología, Infectología, Virología, Nefrología, Alergia y Urgencias. Citándose también el gabinete de Gastroenterología y los Convenios de atención a infantes de Casa Cuna

y Casa Hogar para niñas y varones. Convenios mediante los cuales los niños procedentes de las citadas dependencias pueden recibir atención médica totalmente gratuita por parte del Instituto.

Pero las funciones del Instituto van más allá de la prestación de asistencia médica en los términos anteriormente enunciados pues, otorga relevante importancia a las áreas de Enseñanza e Investigación. La primera engloba aspectos tales como cursos de especialidades y maestrías; de educación médica continua, seminarios, conferencias, trabajos de investigación, prácticas, entre otros. Mientras que la segunda, cuenta con convenios de coordinación para el desarrollo de investigaciones autorizadas con las siguientes instituciones: INER, UNICEF, IPN, INCYTAS (DIF), Universidad de Alabama, Subdirección de Informática del DIF y la UNAM.

Se ha hablado de los servicios otorgados por el Instituto, pero falta señalar los programas de acción y apoyo que tiene en su haber el propio Instituto, los que se encuentran adscritos al Programa Nacional de Salud:

1. Programa de Atención materno-infantil.
2. Programa de Atención médica: referido a la asistencia médica especializada proporcionada en los servicios de urgencias, consulta externa y hospitalización.
3. Programa de Salud mental: el Instituto atiende sólo problemas de aprendizaje, conductuales y emocionales, y canaliza aquellos padecimientos de mayor complejidad a centros especializados.
4. Programas de Prevención y Control: participación en los programas de inmunizaciones contra enfermedades prevenibles por vacunación y en los de detección y control de enfermedades transmisibles. Además de programas de prevención y control de enfermedades genéticas y degenerativas.
5. Programa de Educación para la Salud: a través del servicio de Medicina Comunitaria

se llevan a cabo actividades de educación para la salud tanto para la población que se atiende en el Instituto como para la población en general.

6. Programa de Nutrición: referido a deficiencias nutricionales en el paciente y a la recuperación nutricional; tratamientos de obesidad y otros trastornos nutricionales.

7. Programa de Planificación Familiar.

Para su buen cumplimiento requiere del apoyo de programas destinados a la formación de recursos humanos que constituyan el eje principal de los anteriores. Así, tanto los programas como el personal idóneo para los mismos son determinantes para la óptima atención de la problemática de salud de la población, al combinar las investigaciones dirigidas a resolver los problemas de salud con la formación de profesionistas especializados en la atención de la niñez mexicana.

Por todo lo enunciado no cabe más que señalar que el Instituto Nacional de Pediatría constituye por sí mismo un pilar fundamental en el rubro de la prestación de servicios catalogados del tercer nivel de atención (por la complejidad de los padecimientos ahí tratados) del Sector Salud.

Si bien todos y cada uno de los Departamentos que conforman al Instituto son importantes por sus objetivos particulares y su interrelación con los demás, habremos de centrar la atención en el Departamento de Medicina Comunitaria, particularmente en el Servicio de Escolaridad Intra-Hospitalaria, del cual ha surgido el interés por realizar este trabajo al dar cuenta de la participación del pedagogo en el contexto hospitalario, sobre todo a partir del contacto directo que tuve con la problemática del niño hospitalizado al realizar las prácticas escolares en el citado Instituto.

De esa experiencia nació el presente trabajo y por ello ha sido preciso señalar algunos lineamientos generales de esta Institución para poder contextualizar el campo particular en el que

realicé las actividades correspondientes. Del mismo modo, es importante ubicar al Servicio de Escolaridad Intra-hospitalaria, pues es a partir de él donde se da pauta a la participación del pedagogo en un nuevo y poco explorado campo de acción: la instancia hospitalaria y los elementos inherentes a la misma.

2.3.1 EL SERVICIO DE ESCOLARIDAD INTRA-HOSPITALARIA.

Supeditado a la Coordinación del Sector Salud se encuentra el Instituto Nacional de Pediatría (hospital de tercer nivel), mismo que tiene en su haber el Servicio de Escolaridad Intra-hospitalaria, el cual se encuentra inserto en el Departamento de Medicina Comunitaria, perteneciente éste a su vez a la División de Consulta Externa y Urgencias.

En un principio, las funciones del servicio se realizaban por profesores de distintas disciplinas, los cuales eran comisionados por la Secretaría de Educación Pública, quienes fueron reintegrados a sus lugares de procedencia. El personal del servicio está conformado por:

- Un jefe de servicio.
- Una maestra normalista.
- Dos pedagogos.
- Terapeuta de lenguaje.
- Un auxiliar administrativo.
- Una secretaria.

Si bien esta estructura del personal ha sido pensada con la finalidad de solventar las necesidades de atención óptima al niño hospitalizado en las distintas áreas de su desarrollo brindando una estancia más agradable y minimizando los efectos nocivos del citado S-11, no responde en su totalidad a la demanda de pacientes hospitalizados (en un número de 200 aproximadamente, aún cuando no todos ellos pueden recibir una atención psicopedagógica como la ya señalada) ⁴⁴.

⁴⁴ VER INFRA CAP. 1

Por esta circunstancia fue preciso incluir proyectos tanto de prácticas escolares como de servicio social a disposición de estudiantes de la Universidad Nacional Autónoma de México (Facultad de Filosofía y Letras, Colegio de Pedagogía, 3er. y 4o. semestres) y de la Escuela Nacional para Maestras de Jardines de Niños. Los estudiantes trabajan en conjunto formando grupos de apoyo para el personal del Servicio, laborando tanto en el turno matutino como en el vespertino, con la finalidad de atender la mayor parte de las demandas de la población hospitalizada.

La participación de estos estudiantes ha propiciado la generación de programas específicos por parte del personal titular del Servicio en actividades como: cursos de orientación sexual, pláticas de integración dirigidas a los padres, algunos cursos en el área de enfermería, apoyo a otros servicios, entre otros. Actividades que le permiten al personal un desarrollo profesional y un campo más amplio de sus conocimientos, situaciones que repercuten positivamente en la ejecución de sus disciplinas y por ende, en su participación con la población infantil hospitalizada del citado Instituto.

Se ha hecho alusión al Servicio de Escolaridad en tanto su posición al respecto del Instituto y del personal laboral en el mismo, pero, ¿Bajo qué circunstancias nace este Servicio, cuáles son sus objetivos y las tareas a desempeñar por el mismo?

Intentando abrir algunas aproximaciones al respecto de estas interrogantes, se podría señalar lo siguiente:

La vida del niño acontece en distintos ambientes como lo son la familia, la escuela, su grupo social; ambientes donde el niño se relaciona, adquiere seguridad, confianza y cuenta con cierta independencia. Sin embargo, en algunas ocasiones esta vida se ve interrumpida por la presencia de algún tipo de enfermedad, y más aún cuando ésta se complica y es necesaria la hospitalización. Hecho que significa no sólo un desajuste biológico en el niño, sino también psicosocial, el cual repercute en la conducta del mismo; pues se enfrenta a un medio desconocido

y ajeno al cotidiano, a la separación de su ambiente, de sus seres queridos, amigos y objetos personales por períodos indefinidos, así como al ámbito educativo en que estaba inserto.

La nueva rutina que el niño experimenta en el medio hospitalario incide en sus vivencias de manera general ya que el ambiente habitual del niño se traslada a una sala donde pasa la mayor parte de su tiempo al cuidado de médicos y enfermeras, en donde se somete a una rutina desconocida y caracterizada por revisiones médicas, toma de signos, curaciones, análisis de diversos tipos, aplicación de medicamentos, entre otros. Acciones que si bien son fundamentales para su recuperación, el niño las asimila como un castigo o agresión a su persona.

Por tales circunstancias, las reacciones inmediatas que manifiesta el menor ante su hospitalización son referidas a la negativa del tratamiento mediante gritos y llantos, angustia por el abandono de sus familiares, depresión, miedo a la oscuridad y al estar con personas desconocidas y en un ambiente totalmente ajeno a él.

En cuanto a las reacciones manifiestas en el transcurso de la hospitalización se encuentran: actitudes de desesperación, rebeldía, reproche, intranquilidad, aburrimiento, desenfado, conductas agresivas, rechazo a la comunicación, perturbaciones del sueño y alimentarias, poca movilidad, trastornos en el comportamiento, entre otras más. En fin, son conductas que han sido señaladas dentro del S-H.

Aunado a las anteriores reacciones se encuentra el proceso de socialización y adaptación. El primero, se ve alterado por la diferencia de actividades, hábitos y costumbres que se establece entre el medio hospitalario y el medio natural del niño. Mientras que el segundo, provoca un importante impacto emocional en tanto que el niño todavía mantiene estrechas relaciones de dependencia con sus padres. Con lo anteriormente expuesto van cobrando relevancia los objetivos del Servicio, que son los siguientes:

“- Mejorar la estancia de los niños en el hospital logrando su mejor adaptación por medio de terapias ocupacionales, recreativas y educativas.

- Evitar en lo posible que la separación que sufre el niño de su medio ambiente lesione su desarrollo integral.
- Propiciar la socialización del niño hospitalizado en su medio: familiares, compañeros, personal médico y psicomédico.
- Favorecer el crecimiento y desarrollo de los niños enfermos.
- Sensibilizar al niño hospitalizado sobre la educación formal para que inicie o continúe su escolaridad. " 45

Si bien estos objetivos responden a la naturaleza de la relación infancia hospitalizada-contexto hospitalario, es preciso adecuarlos a las características propias del niño, pues no hay que olvidar que las condiciones de esta población son muy variadas. Citándose entre éstas, la condición socioeconómica y cultural, los tipos de padecimientos y tratamientos, diferencias en edades, caracteres y la disposición con que cuenta cada niño.

Los objetivos se presentan en forma particular pero conjuntamente contemplan una visión amplia acerca del manejo de la enfermedad del niño hospitalizado y de su tratamiento integral como una unidad bio-psico-social, considerando los aspectos médicos así como las necesidades afectivas y emocionales. Todo ello tiende a mejorar la estancia del niño, lograr su adecuada adaptación al ambiente hospitalario y favorecer su desarrollo integral.

En uno de los objetivos incidentalmente se alude a los familiares, particularmente a los padres, quienes tienen un papel importante en el proceso de hospitalización y posteriormente en la recuperación. No obstante, tan sólo algunos padres preparan a sus hijos para enfrentar con eficacia y optimismo la experiencia de su hospitalización; otros, son sobreprotectores, agresivos, inflexibles, demandantes, mientras que otros por sus actitudes influyen seguridad y confianza al niño. Toda esta gama de conductas se encuentran determinadas por factores socioeconómicos, culturales (e incluso religiosos), relaciones familiares y nivel educativo.

Tocante a las actividades realizadas por el Servicio para el cumplimiento de los objetivos

⁴⁵ Martínez Leal, Arturo; Gutiérrez Rocha, Manuel. "El Servicio de Escolaridad en la atención del niño hospitalizado". En: *Acta Pediátrica de México*. vol. 13, núm. 5, sept.-oct. 1992 p. 214-215

planteados Martínez y Gutiérrez señalan tres tipos de actividades o terapias a desarrollar con los chicos hospitalizados:

1) Ocupacionales. Se refieren a la elaboración de trabajos manuales, de expresión gráfico-plástica, expresión libre y/o dirigida, expresión concreta, y manipulación de diversos materiales educativos.

2) Recreativas. Son actividades que fomentan el esparcimiento y la diversión del niño, como son, representaciones teatrales, musicales, teatro guiñol, teatro de sombras, juegos organizados, dinámicas de integración, juegos de mesa, así como la celebración del "Día del Niño" y la "Navidad".

3) Educativas. Comprenden la alfabetización de pacientes, el asesoramiento y apoyo en las cuatro áreas del conocimiento, préstamo de material impreso para motivarlo a realizar lecturas de comprensión, ejercicios de caligrafía y ortografía y la enseñanza de temas relacionados con la salud, la familia, la escuela y otros. * *

Para su realización, estas actividades han de considerar en el niño factores tales como: edad, nivel de madurez, nivel escolar y/o intelectual, lugar de procedencia, expectativas, inquietudes, intereses, necesidades, las limitaciones físicas condicionadas por el tipo de padecimiento, el tratamiento requerido, socialización, adaptación, estados de angustia y depresivos, así como la duración de su hospitalización.

Todo ello con la finalidad de proporcionarle al niño una estancia más agradable y sobre todo, provechosa, al darle la oportunidad de fomentar su desarrollo en las áreas afectiva (mejoramiento de la autoestima, incremento en su seguridad, fortalecimiento de la personalidad, confianza en sí mismo), social (favoreciendo la óptima interrelación entre el niño y su familia) y cognoscitiva (iniciación y/o seguimiento del proceso educativo).

Las actividades, que en este contexto se connotan como "terapias", si bien son importantes para la atención del niño hospitalizado, no adquieren un carácter obligatorio, sino por el contrario, se realizan por la participación "espontánea" del niño -considerándose si su padecimiento se lo

⁴⁶ Martínez y Gutiérrez. Op. cit. p. 216

permite-, respetando la elección de la actividad que desee realizar; es importante señalar que las actividades se realizan en grupo con la finalidad de propiciar la socialización entre los niños y sus familiares. En los casos en que los pequeños ya sea por su padecimiento o por el tratamiento a seguir no puedan integrarse a los grupos de trabajo de cualesquiera de las actividades, se les proporciona una atención más personalizada tendiente al cumplimiento de los objetivos planteados.

Por lo referido hasta el momento nos podemos dar cuenta de la importancia y gran relevancia del Servicio de Escolaridad Intra-hospitalaria en el marco del Instituto Nacional de Pediatría. Servicio que hace patente la conceptualización del niño hospitalizado como una unidad bio-psico-social, la cual considera el impacto somático, psicológico, social y ocupacional de la enfermedad en la persona.

No obstante la positividad expresada en los resultados obtenidos en la aplicación de las citadas actividades, no trascienden con la fuerza suficiente en contextos similares a éste. Al respecto Martínez y Gutiérrez⁴⁷ señalan lo siguiente:

"En la actualidad, son pocos los hospitales en el país que cuentan con un Servicio como el nuestro para contrarrestar los cambios que el niño experimenta a consecuencia de su hospitalización. Esto se debe, por un lado, a la escasa información que se tiene acerca de que un padecimiento puede ser tratado en buena medida atendiendo los aspectos emocionales y afectivos del paciente; por otro, se debe probablemente a la falta de personal capacitado para desempeñar esta actividad, así como al poco apoyo económico y material destinado a esta importante labor en algunas instituciones."

Por último y complementando lo relativo a la práctica de las enunciadas actividades se encuentra por parte de los educadores la adquisición de habilidades y técnicas útiles para el trabajo constructivo con los menores y su familia; la pronta identificación de los problemas existentes antes y durante el proceso de hospitalización, su oportuna canalización, disponibilidad y el dominio personal de ansiedad, angustia y tensión para poder ayudar a los demás a contrarrestar estos sentimientos.

⁴⁷ IBIDEM.

Es factible fomentar estas habilidades en la persona del pedagogo, ya que pueden irse desarrollando a lo largo de su preparación profesional. Las anteriores actitudes conllevan a un tratamiento integral del niño hospitalizado, el cual se contraponen a la atención despersonalizada, manejo arbitrario, atención reducida al aspecto clínico de la enfermedad (patología) y al desconocimiento del pequeño como persona y reafirmación del mismo como paciente. En fin, se presentan como válidos fundamentos para una mejor atención al menor hospitalizado.

Con estos parámetros, es como se van perfilando actividades que van siendo contempladas dentro de una disciplina, la cual ostenta el nombre de Pedagogía Hospitalaria. Misma que en el capítulo siguiente es abordada desde sus características, enfoques y actividades a realizar dentro de los mismos. Todo ello con la finalidad de ofrecer una opción a la población hospitalizada en su conjunto, así como a la labor profesional del pedagogo.

CAPITULO III.

ATENCIÓN PARA LA INFANCIA HOSPITALIZADA
EL ESPACIO PEDAGÓGICO

CAPITULO III

ATENCION PARA LA INFANCIA HOSPITALIZADA. EL ESPACIO PEDAGOGICO.

Al hacer mención de lo que engloba la agudización de la enfermedad y más aún el proceso de hospitalización en el menor; estamos dando cuenta de un problema no sólo de carácter clínico-médico, sino también de un problema social y ético. El cual rebasa los límites de una sola disciplina y se presenta como algo multifactorial, donde confluyen distintas disciplinas para entre todas ellas proporcionar una pronta y óptima ayuda a su objeto de estudio en común.

El área pedagógica no se sustrae a los términos anteriormente referidos sino por el contrario, trata de ser el enlace entre todos los discursos que se presentan en el contexto hospitalario. Por tal motivo, es como va delineando puntos directrices de una vital función a realizar con los chicos hospitalizados (recordando que el margen de edad de la población hospitalizada del Instituto Nacional de Pediatría -INP- va desde los recién nacidos hasta jóvenes de 18 años de edad). Lo anterior en aras de conceptualizarlos como unidades bio-psico-sociales, a la par que disminuir el grado de ansiedad y angustia que va aparejado con el proceso de hospitalización en el momento de tratar de adaptarlos a este nuevo ambiente mediante la realización de actividades de muy diversa índole.

El paciente adscrito en la instancia hospitalaria no ha de ser considerado sólo desde su perspectiva biológica, olvidando su esfera psicosocial, porque de hacerlo así, se estaría subrayando su papel de paciente y dejando de lado su rol de persona. Con este parámetro, es que hacemos latente las necesidades inherentes al hombre cuando se encuentra en una situación tan particular y significativa como lo es el proceso de hospitalización (trátase de un padecimiento y/o intervención quirúrgica).

Corroborando la idea anterior podríamos argumentar que la persona del paciente no ha de reducirse a un organismo biológico en el que se han presentado algunas alteraciones y que precisan ser abordadas desde un discurso clínico-médico. Sino por el contrario, ha de conceptualizarse como una entidad bio-psico-social que requiere de atención para cada una de las partes integrantes de su persona por los impactos que cada una ha recibido del padecimiento de una enfermedad, proceso de hospitalización o incluso de una intervención quirúrgica.

Señalemos los impactos que actúan en la identidad bio-psico-social de la persona enferma y/u hospitalizada para tener mayor visión acerca de lo que se puede hacer en beneficio de ésta:

a) Impacto somático.- referido a la manifestación de alteraciones en la apariencia física, lo que conduce a la percepción que tenga la persona de su propia imagen física.

b) Impacto psicológico de la enfermedad.- se presenta como secuencia del anterior y es donde se manifiestan sentimientos de ansiedad, angustia, depresión, baja autoestima, degradación del autoconcepto, entre otros. Sentimientos que dan cuenta de una experiencia estresante como lo es el padecimiento de una enfermedad y el proceso de hospitalización.

c) Impacto ocupacional.- se manifiesta como limitaciones en los ámbitos familiar, escolar, laboral y/o profesional; en tanto que se subordinan a la agudización de la enfermedad, las secuelas que origine y a la rigidez del tratamiento prescrito.

d) Impacto social de la enfermedad.- que se traduce en alteraciones en las relaciones e interacciones sociales de la persona enferma por la inclusión a una instancia hospitalaria o el confinamiento a su hogar.

Però no solamente el área pedagógica ha de reducirse a la persona del paciente pediátrico, sino que ha de ir más allá, ha de referirse también a la atención de los padres del niño (por lo ya señalado en el capítulo anterior en lo referido al papel de la familia); porque es con ellos donde se pueden ir configurando elementos tanto importantes como decisivos para la óptima

atención del niño durante el proceso de hospitalización, la convalecencia y la reintegración del menor a sus esferas familiar, escolar y social.

Si bien en lo referente al Servicio de Escolaridad Intra-hospitalaria se han ido delineando las actividades por realizar con la población hospitalizada, en este capítulo nos abocaremos a dar fundamento, marco de acción y ventajas de las mismas. Todo ello con la finalidad de esbozar los principios y actividades educativas en un contexto hospitalario en una disciplina que puede ostentar el nombre de "Pedagogía Hospitalaria"⁴⁸, nombre que abarca ambos aspectos.

3.1 NECESIDADES DE FORMACION EN LA POBLACION HOSPITALIZADA

Al hacer alusión del paciente como una entidad bio-psico-social, de algún modo damos cuenta de la existencia en el contexto hospitalario de las implicaciones bio-psico-sociales-pedagógicas que se encuentran inmersas en la persona misma del paciente, por tal circunstancia es preciso el señalarlas porque representan la piedra angular de lo que al principio de este capítulo hemos enunciado como Pedagogía Hospitalaria.

El paciente, manifiesta o latentemente hace presente una serie de necesidades que se abocan a la esfera psicológica y emocional particularmente, y a las referidas a la recreación y educación; las cuales a pesar de no ocupar el mismo lugar de importancia para la persona hospitalizada, las primeras juegan determinadamente en su restablecimiento. Por ello, la necesidad de formación aún cuando pudiera pensarse desde una perspectiva moral también encuentra su razón de ser en la fundamentación de la misma en un marco jurídico y normativo. Señalemos el por qué de esta aseveración:

Los niños y niñas no son un asunto exclusivo de sus familias, porque su vida, educación y desarrollo en general le compete también a la sociedad y al Estado. Con la finalidad de

⁴⁸ Esta denominación se le adjudica a una de las ramas de la Pedagogía Social, misma que encuentra fundamento y desarrollo en España.

concientizar a la opinión pública sobre la problemática del "niño a nivel mundial" -y circunscribiéndose ésta al menor hospitalizado- es como surgen Políticas, Convenciones, Jornadas ⁴⁹, en las que se hace constar la falta de instancias para la protección del infante en distintas acciones en los diversos órdenes de la sociedad.

En 1924 es cuando se empieza a tomar conciencia de la necesidad de conceptualizar los derechos globales del niño, mismos que se encuentran inmersos en la Declaración de Ginebra (en cinco puntos básicos dedicados a la protección y al bienestar del menor), documento elaborado por la Unión Internacional de Protección a la Infancia (UIPI). Es ésta una primera tentativa de codificar en un solo texto las condiciones fundamentales a las cuales tienen derecho los niños.

Posteriormente en 1948, el texto fue ampliado y se convirtió en la base para la Declaración de los Derechos del Niño, la que consta de "Diez Principios Fundamentales" ⁵⁰ y que fue adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1959. Al hablar de derechos humanos del niño, deben considerarse todos los instrumentos en materia de los mismos.

El niño es titular de todos los derechos que los instrumentos internacionales conceptualicen como derechos de "toda persona humana", salvo aquellos que están sujetos a algún requisito de edad o de estado; por ejemplo: el derecho a casarse y los derechos políticos. A partir de estos instrumentos se constituye el marco general de los derechos humanos del niño, los cuales pueden clasificarse en universales como en regionales.

⁴⁹ NOTA. Ver legislaciones internacionales y nacionales que diversos organismos y gobiernos han promovido sobre todo en las últimas décadas. Por ejemplo: consultar la resolución del Parlamento Europeo con fecha del 13 de mayo de 1986 en la que se aprobaba la Carta Europea de los Niños Hospitalizados, en la que se proclaman 23 derechos fundamentales (Resolución que no pudo ser localizada pero a la que se hace mención en la obra de González Simancas y Polaino Lorente.

⁵⁰ Para el conocimiento de estos Diez Principios, consultar el anexo núm. 4 con el mismo nombre.

Al lado del marco jurídico general, puede hablarse de un marco jurídico específico, constituido por la Declaración de los Derechos del Niño y por un proyecto de Convención sobre los Derechos del Niño, el cual clasifica a los citados derechos en tres grandes grupos o rubros, con la finalidad de contribuir de manera considerable y significativa a mejorar las prácticas y los objetivos del bienestar y la protección de la infancia:

1) De provisión: que se refiere al derecho de recibir o tener acceso a ciertos bienes o servicios, por ejemplo, atención sanitaria, educación, descanso y esparcimiento, atención al niño impedido y al niño privado de su ambiente familiar.

2) De protección: referido al derecho de ser protegido contra cualquier perjuicio, la explotación económica o sexual, los malos tratos físicos o mentales, el alistamiento en las fuerzas armadas.

3) De participación: trátase del derecho a ser escuchado cuando se tomen decisiones que afecten su vida y así tomar parte en las actividades de la sociedad.

Aún cuando la Declaración y la Convención hablan de los Derechos del Niño, es importante subrayar que ellos conciernen a todas las personas menores de 18 años, salvo que en virtud de la ley de su país, hayan alcanzado antes la mayoría de edad.

En 1976 la Asamblea General de las Naciones Unidas instituyó el año de 1979 como el "Año Internacional del Niño", lo que propició que los países miembros de la misma intensificaran sus procesos de reforma, actualización y modernización de su orden jurídico interno con el fin de proteger decididamente mediante diversas actividades a los niños de su país.

Es importante señalar que el Año Internacional del Niño no es un fin en sí mismo, sino por el contrario, se presentó como el principio de un compromiso general y global con los niños, que se pudiera traducir en programas de atención a la infancia, los cuales fueran parte integral de los planes económicosociales de cada país. Correspondiéndole a la UNICEF concretar

esfuerzos para resaltar el compromiso de apoyar programas destinados a mejorar las condiciones de muy diversa índole de la infancia.

Como respuesta a lo anterior, la Convención sobre los Derechos del Niño que consta de 54 artículos y que entró en vigor el 2 de septiembre de 1990, fue adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989; constituyendo la declaración más completa de los derechos del niño que se ha hecho hasta ahora al otorgar a esos derechos el carácter de ley internacional. Esto es, que hace jurídicamente responsables de sus acciones respecto a los niños, a los Estados que la acepten.

De esta forma, los derechos del niño en la enunciada Convención, son incorporados en un tratado que tendrá fuerza coercitiva para todos aquellos Estados que la ratifiquen. Así el niño ha de disfrutar de sus propios derechos así como de ejercerlos activamente de acuerdo a su desarrollo y a sus crecientes capacidades, con la finalidad de garantizar la solvencia de sus necesidades e intereses fundamentales de muy diversa índole.

Las disposiciones de la Convención se basan en el principio de la no discriminación; por lo que son aplicables a todos los niños independientemente de la raza, color, sexo, idioma, religión, origen nacional, étnico o social, la posición económica, los impedimentos físicos (artículo 2).

Esta Convención consta de tres grandes rubros:

1) El preámbulo, que enuncia los principios básicos de la cuestión tratada por la Convención;

2) Los artículos de fondo, que enumeran las obligaciones de los Estados que la ratifican (Estados Partes), mismos que se encuentran en la Parte I y van del artículo 1 al 41;

3) Las disposiciones relativas a la aplicación de los mismos que definen cómo se verifica y se promueve el cumplimiento de la Convención y establecen las condiciones para su entrada en vigor. Se encuentran contenidos en las partes II y III y van del artículo 42 al 54.

No obstante la importancia de esta Convención por lo que sus principios y disposiciones implican para el bienestar y el desarrollo del niño, ésta no ha recibido un impulso total que la instituya como una Declaración Universal que no sólo la realicen los Estados Partes que la ratificaron sino todos los países.

Vivo ejemplo de lo anterior es, el que en cuanto instrumentos internacionales, las declaraciones son afirmaciones de principios generales aceptados por los gobiernos, pero que no suponen obligaciones específicas en cuanto tales. Mientras que los convenios tienen fuerza coercitiva y requieren de la toma de decisión por parte de cada Estado previo a su ratificación.

De esta forma, los "Estados Partes" de una Convención reconocen su obligación en la aplicación de las disposiciones y obligaciones establecidas por la enunciada convención. Por tal motivo, las convenciones se erigen como mecanismos de control cuya función es, verificar el cumplimiento de los anteriores; por lo cual ha de constituirse como un instrumento internacional que unificará las obligaciones de los Estados con respecto a la niñez, teniendo presente que no reemplazará sino complementará a la Declaración de los Derechos del Niño.

Una semana después de que México ratificó la Convención sobre los Derechos del Niño (21 de septiembre) y el compromiso para mejorar las condiciones de vida de la niñez desprotegida, se llevó a cabo la Reunión Cumbre Mundial en favor de la Infancia los días 29 y 30 de septiembre de 1990 en la ciudad de Nueva York en la sede de las Naciones Unidas con la asistencia de alrededor de 80 Jefes de Estado.

Esta Cumbre se instituyó como una oportunidad importante de resaltar las necesidades humanas y en especial las de la infancia, así como incluirlas en un primer plano en los programas políticos en la mayoría de los países del mundo. La Cumbre se realizó bajo la iniciativa de seis Jefes de Estado pertenecientes a los países de: Canadá, Pakistán, Suecia, Egipto, Malí y México.

En la Cumbre Mundial se adoptó la Declaración de la Supervivencia, Protección y Desarrollo del Niño, así como un Plan de Acción para aplicarlo en el decenio de los noventa.

Documentos que se instituyen como una propuesta programática integral que conlleva la realización de programas nacionales de acción para resolver los problemas del bienestar y desarrollo de la niñez, que al igual que la Convención sobre los Derechos del Niño, contribuyen al logro del bienestar infantil para el año 2000.

El Plan de Acción tiene como finalidad servir de guía a los Gobiernos, organizaciones internacionales, organismos de asistencia, organismos no gubernamentales y demás sectores de la sociedad, para la formulación de sus propios programas de acción que garanticen la aplicación de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia⁵¹ Pues las necesidades y los problemas de los niños varían de un país a otro, e incluso de una comunidad a otra.

La aplicación eficaz de este Plan de Acción requerirá de un esfuerzo nacional concertado y de la cooperación internacional, acciones orientadas por el lema "los niños ante todo"; esto es, que las necesidades esenciales de los niños deben tener prioridad en la asignación de recursos tanto en épocas buenas como en las malas, tanto a nivel nacional como internacional.

Es importante para ello, el que las actividades propuestas concretamente hacia los niños se realicen dentro de programas nacionales de desarrollo más amplios, en los que se combinen diversos factores que incidan en la vida de la sociedad.

Está por demás decir que la acción en los niveles comunitario y nacional son de esencial importancia para lograr las metas y aspiraciones que tiendan a garantizar el bienestar de los niños. Sin embargo, muchos países en desarrollo necesitarán de la cooperación internacional para poder participar eficazmente en el esfuerzo a nivel mundial de la protección del menor.

⁵¹ Para una mayor información tanto de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia como de la Declaración de la Supervivencia, Protección y Desarrollo del Niño, consultar: CSEPNA, UNICEF. Un compromiso para la acción y la movilización social.

En el caso de México, el Programa Nacional de Acción en favor de la Infancia⁵² que ha elaborado el gobierno mexicano tiene como objetivo central: *el promover la supervivencia, la protección y el desarrollo infantil mediante acciones encaminadas a evitar enfermedades y muertes prevenibles; así como formular acciones preventivas y de control, ocupando un lugar importante las acciones que estimulen las potencialidades y el óptimo desarrollo de la niñez del país.*

Es preciso hacer hincapié en el hecho de que el carácter preventivo e integral de las acciones sólo es posible con el acceso a mayor información, orientación, educación para la salud (tanto física como mental), organización y participación de la sociedad en su conjunto y, por la promoción de un medio físico más sano y óptimo. Con lo anteriormente referido es como se posibilita el marco de acción para el pedagogo en un contexto que trasciende los lineamientos de cualquier instancia escolar, para incursionarse en otras áreas como es la de la salud.

Los objetivos y metas del Programa Nacional de Acción se concentran en cinco áreas prioritarias: la de la salud, educación, saneamiento básico, asistencia de menores en circunstancias especialmente difíciles y nutrición. Centremos la atención en las áreas referidas a la salud y a la educación por ser las que nos competen en este trabajo.

Hasta el momento hemos hecho alusión a diversas instancias jurídicas que dan cuenta de toda una serie de derechos inherentes a la persona del niño, pero ¿qué motivo tiene hablar de ello cuando se ha aludido a una Pedagogía Hospitalaria (P-H)?

Tal vez en una primera instancia podríamos contestar a la interrogante diciendo que no existe ninguna relación entre los instrumentos internacionales de Derechos Humanos de los Niños y los lineamientos de la Pedagogía Hospitalaria por pertenecer a dos mundos totalmente diferentes entre sí. Pero si razonamos esta interrogante, podríamos deducir que en los primeros descansa el fundamento jurídico de las actividades realizadas por el Servicio de Escolaridad Intra-

⁵² IBIDEM.

hospitalaria del Instituto Nacional de Pediatría, a la vez que conjuntamente se van configurando los lineamientos, objetivos y actividades que han de constituirse en el cuerpo, fundamento y base de lo que ya hemos señalado como P-H. Analicemos el por qué de esta afirmación:

Cuando el niño padece de una enfermedad y ésta se agudiza se hace necesario el internamiento del menor en alguna instancia hospitalaria, hasta este momento se ha hecho uso del derecho a la salud que se ha conceptualizado en las instancias internacionales a las que se ha aludido con anterioridad. Pero cuando el chico ocupa el lugar del "paciente del hospital", no debe recibir tan sólo atención clínica-médica a su padecimiento, sino que por los sentimientos experimentados y derivados de su proceso de hospitalización (los cuales han sido enunciados en el capítulo anterior), ha de recibir atención que se aboque a los aspectos afectivos y psicológicos que tanto está necesitando en ese momento tan especial y decisivo que influye en su adaptación al hospital.

Con este antecedente se va haciendo manifiesta la necesidad de contar con una serie de instrumentos que atiendan esta esfera del paciente que en el discurso clínico-médico se deja de lado. Por tal motivo, podríamos decir que la P-H además de atender a la educación -de carácter no formal- del paciente pediátrico, toma también en cuenta las actividades de esparcimiento, como ya se ha hecho mención en algunos de los lineamientos de la P-H.

Veamos ahora los fines, actividades y enfoques de la misma.

3.2 DEBATE Y POSIBILIDADES DE UNA PEDAGOGÍA HOSPITALARIA: ¿UN RETO INTERDISCIPLINARIO?

3.2.1 CARACTERÍSTICAS

El presente capítulo trata de ofrecer una aproximación a un nuevo ámbito de la Pedagogía Institucional, específicamente al que se ha denominado como Pedagogía Hospitalaria; el que se

refiere a un conjunto de conocimientos del saber pedagógico que se relacionan con los relativos a la psicología y a la medicina por encontrarse adscritos a un contexto hospitalario.

Aún cuando entre estas tres disciplinas -pedagogía, psicología y medicina- ha de establecerse y mantenerse una estrecha relación en beneficio de la población hospitalizada. Es preciso que la pedagogía en el ámbito hospitalario ostente autonomía en relación a las otras dos disciplinas enunciadas, para así evitar confusiones, desviaciones tanto de objetivos como de actividades, desvirtuar su eje de análisis, etc.

Los canales de comunicación que la Pedagogía Hospitalaria (P-H) ostenta como propios y donde se plasman sus objetivos a alcanzar, se encuentran representados por tres tipos de enfoques: formativo, instructivo y el psicopedagógico; los cuales a su vez despliegan sus objetivos y acciones en tres rubros de actividades: escolar, recreativa y de orientación.

Por lo anteriormente señalado, en la P-H se vislumbran dos tipos de intervenciones que a la vez se complementan: la de carácter educativo (que se expresa a través de la formación e instrucción) y la psicopedagógica (entendida en el marco emocional y conductual de la persona).

Dichas intervenciones han de centrarse en el objeto de estudio, investigación y dedicación en que se instituye al educando hospitalizado; refiriéndose éste al niño, adolescente y adulto que se encuentran adscritos a una instancia hospitalaria. Además han de traducirse en acciones que posibiliten la continuación progresiva del proceso de aprendizaje, la formación personal y profesional, las actitudes idóneas para saber hacer frente a su enfermedad, para estimular el autocuidado personal y la prevención de otras posibles enfermedades.

Asimismo, la P-H puede considerarse como una especialidad de la Pedagogía Social⁵³ en tanto que atiende desde "instancias educativas" las necesidades de la población hospitalizada que se han originado de problemas sociales, como lo es el estado de salud de la población en general.

Aún cuando pudiera pensarse que la P-H es un tema poco explorado, es preciso señalar que ya existen experiencias relacionadas con ella en algunas instituciones hospitalarias tanto europeas como americanas. Las cuales pueden servir de guía sin hacer de ellas copias exactas para el caso de México, puesto que aún cuando siguen lineamientos generales, su aplicación varía de acuerdo a las características y necesidades de cada país.

Aclarado lo anterior surge la siguiente interrogante ¿de dónde surge la inclusión de la Pedagogía en el contexto hospitalario?, pregunta a la que no se le puede dar una respuesta concreta por carecer de textos que fundamenten la misma. Pero, si ha incursionado la Pedagogía en el ambiente hospitalario ha sido porque alguien concibió la importancia, conveniencia y la necesidad de ésta en el marco ya señalado; claro está que fue necesario el diseño de los procedimientos pertinentes que hicieran que las perspectivas y expectativas de esta incursión se volvieran un hecho real y día a día cobraran importancia en diversos programas de atención para la infancia hospitalizada.

Algo interesante de citar es el hecho de que aún cuando la Pedagogía oficial haya o no contemplado la citada incursión como una nueva actividad profesional del pedagogo, es algo que está presente, tiene vigencia y está cobrando relevancia.

⁵³ La Pedagogía Social fue el término acuñado por el pedagogo alemán Paul Nortop, y supone considerar el ambiente social que nutre la cultura. Actualmente en Europa existe una fuerte corriente pedagógica que se encuentra reconceptualizando el campo con significativos aportes. Al respecto ver: Nuñez Pérez, V. Modelos de Educación Social en la época contemporánea. Barcelona, PPU, 1990.

La P-H se presenta mediante acciones de ayuda al enfermo hospitalizado desde el ámbito pedagógico –en especial a los niños-, con la finalidad de atender ciertas necesidades del paciente, en el entendido de reconocerlo desde la dimensión de su persona y no sólo en su papel de paciente; cuando se encuentra en esa circunstancia tan particular que es la enfermedad y más aún, cuando se encuentra inmerso en un proceso de hospitalización.

Cabe en este momento mencionar el que la P-H no ha de reducirse tan sólo a la población infantil, sino por el contrario, su marco de acción abarca tanto al adolescente como al paciente adulto. En nuestro caso, nos referiremos al paciente pediátrico y al adolescente.

Con este último razonamiento comienza a plantearse la cuestión de cuál será el papel a desarrollar o la posible contribución de la Pedagogía en una atención más integral del enfermo hospitalizado. Esto es, se trata de encontrar la razón de ser de la Pedagogía en el contexto hospitalario.

Queriendo dar respuesta a lo anterior, podríamos argumentar que conjuntando los efectos adversos del proceso de hospitalización enunciados en el Síndrome de Hospitalismo con las actividades realizadas por el Servicio de Escolaridad Intra-hospitalaria, se está haciendo alusión de la razón de ser de la Pedagogía en el marco hospitalario. Esto es, su fundamento se refiere a la implementación y aplicación de principios, criterios y actividades que tengan que ver con las acciones psicopedagógicas que faciliten la adaptación del paciente al contexto hospitalario, todo ello en beneficio de los enfermos, cualesquiera que sea su edad o condición.

La atención pedagógica que la P-H trata de proporcionar al paciente puede ir más allá de lo que se ha mencionado al querer abarcar a la enfermedad, tratamiento, padecimiento y/o a la intervención quirúrgica misma. Lo anterior debido a que los pacientes son susceptibles de ser educados en la enfermedad que padecen o en el tipo de situación por la que están atravesando, con la finalidad de controlarla mejor en pro de su beneficio.

Esta situación encuentra cabida tanto en el paciente adulto como en el adolescente por poseer éstos, cierta comprensión y habilidad para poder entender la ayuda que el personal de la instancia hospitalaria -incluido el pedagogo- trata de brindarle por muy diversos medios y actividades (los niños también pueden entender esta ayuda).

En el caso del niño, una de las funciones de la P-H estribaría en proporcionarle educación regular, la cual por su proceso de hospitalización ha sido interrumpida o no ha sido iniciada; al mismo tiempo que proveerle de los medios necesarios para favorecer el desarrollo de sus capacidades.

Trátese del menor hospitalizado o del paciente adolescente y/o adulto, la P-H ha de considerar en el momento de actuar sobre los mismos, tres situaciones que son importantes de atender para la consecución de los fines que ya se han señalado; pues son ellas las que condicionan, determinan e influyen en el resultado que puede derivarse de las distintas actividades de un programa pedagógico en las instituciones hospitalarias:

- 1) La experiencia de privación de la salud;
- 2) Una experiencia de frustración, por los impedimentos que la enfermedad impone a la persona;
- 3) Una experiencia displacentera o dolorosa donde las molestias y el dolor se adueñan del cuerpo y en la que el paciente, centra su atención.

Al considerar estas tres situaciones, la participación de la P-H puede ser de mayor utilidad para el paciente en tanto que considera tres de los tantos factores que inciden sobre su persona en el proceso de hospitalización: puede elaborar y poner en práctica una gran diversidad de actividades más acordes con las necesidades de la población hospitalizada para la consecución de un desarrollo más integral a su persona.

Otra de las funciones de la P-H estriba en el replanteamiento de las relaciones interpersonales que se establecen entre todos aquellos que se encuentran inscritos en la instancia

hospitalaria; trátase del personal médico, el paciente y sus familiares. La falta de estas relaciones o un desequilibrio experimentado en ellas deshumanizan la asistencia del enfermo a la vez que facilitan la inoperancia de la misma por la falta de participación, ya sea del paciente o de los padres del mismo por la ausencia de una relación amigable con su médico.

¿Por qué dar énfasis de la función de la P-H en el estudio de la interrelación del médico con el enfermo y los padres de éste?. La importancia de esta relación estriba en la influencia positiva que puede ejercer en el proceso terapéutico en los siguientes términos que Ramón de la Fuente ⁵⁴ enuncia:

Desde el campo de la psicología se ha mostrado que el médico influye sobre el enfermo a través de una interacción dinámica en la cual intervienen factores de autoridad, de dependencia, de transferencia, de sugestión, de catarsis y de apoyo emocional. De la capacidad de cada médico para comprender los elementos dinámicos en juego, en su relación con el enfermo, depende su habilidad para identificar e influir en el elemento psicológico en sus síntomas, estimulando en él el desarrollo de actitudes adecuadas para la restitución del equilibrio orgánico.

Otra razón más de este énfasis es el hecho de que la "medicina tecnificada" ha puesto demasiada insistencia en los procedimientos técnicos más que en los humanos derivados de la persona del paciente, lo cual ha minimizado las relaciones que ya hemos señalado en el marco de la asistencia clínica.

Asimismo la burocratización en este marco también ha contribuido a que el citado problema tenga bases más firmes, en tanto que centra su atención en el acopio de informes que vayan formando los expedientes del paciente, lo que determina el tratamiento de este último como un "caso más".

⁵⁴ De la Fuente, Ramón. Psicología Médica. p. 19

Con estos dos marcos de referencia en torno a la importancia de las relaciones entre todos los protagonistas de la instancia hospitalaria, es como la P-H va infiltrándose en las mismas con la finalidad de proporcionar los medios adecuados para ayudar a que todos ellos se relacionen positivamente en beneficio del menor hospitalizado y su familia.

Con todo lo enunciado hasta el momento podemos ir delineando el eje fundamental de la P-H: por sus peculiaridades y características no puede centrarse sólo en la medicina o en las ciencias de la educación, sino que comprende a ambas para el desarrollo de sus actividades y constituye por tanto un modo especial de entender a la pedagogía.

Es decir, puesto que la P-H procura tener siempre en cuenta la condición de enfermo del paciente que se instituye como alumno, tanto en la planeación como en la puesta en práctica de las actividades, se encuentra próxima al quehacer médico, aunque no se centra en él y va más allá de lo que éste implica por el hecho de que sus objetivos no coinciden plenamente con los referidos y concernientes al personal médico.

La P-H en el marco de la instancia hospitalaria se desvía de los principios de la educación formal, de los contenidos de la enseñanza normatizada, de la forma en que se explican dichos conocimientos; va más allá que éstas:

Trata de combatir la rigidez de un modelo formal y sistemático -el que condiciona el hecho de que el niño se adapte a un curriculum que previamente se ha diseñado- e impulsar un modelo flexible de enseñanza en donde los contenidos se vayan generando tanto por un curriculum definido como por los que se suscitan según las características, necesidades y el estado biopsicológico del paciente con la finalidad de que los contenidos, lineamientos y actividades por realizar de la P-H, se adapten al estado en el que se encuentra el paciente, en nuestro caso hacemos referencia al menor hospitalizado.

Hemos hablado acerca de las características que le competen a la P-H por las condicionantes que le impone el contexto hospitalario, ahora centraremos la atención en su marco

de acción a través de actividades que pueden clasificarse según su enfoque y rasgos distintivos de las mismas.

3.2.2 ENFOQUES: FORMATIVO, INSTRUCTIVO Y PSICOPEDAGÓGICO.

La acción de la P-H en el contexto de las instancias hospitalarias puede manifestarse en tres líneas o enfoques principales: el formativo, el instructivo y el psicopedagógico. De los cuales los dos primeros pertenecen al ámbito de la educación -y por tanto a la pedagogía como ciencia de la educación-, mientras que el tercero, al área psicológica que a su vez se relaciona con la anterior.

ENFOQUE FORMATIVO:

Como su nombre lo dice su objetivo central es el de ayudar; mediante la implementación de distintas actividades que le permitan al paciente (tanto adolescente, adulto y niño) la consecución de su desarrollo integral como persona aún en situaciones anómalas como lo es el estar viviendo un proceso de hospitalización y todo lo que éste concierne.

Corroborando lo anterior González Simancas⁵⁵ señala que el objetivo que persigue el Enfoque Formativo "... no es otro que el de ayudar al más pleno autodesarrollo de la persona, en su integridad y unidad radicales, y en las facetas que están presentes en esa totalidad: singularidad, apertura y autonomía. Este enfoque pone el acento, por tanto, en contribuir a que la persona enferma y hospitalizada supere las dificultades que nacen suscitadas precisamente por esas concretas circunstancias..."

Entre los medios por los cuales acceder a este enfoque se encuentra la comunicación interpersonal, la que permite la manifestación de los estados de ánimo, preocupaciones, expectativas y ansiedades que surgen como resultado de situaciones estresantes, de tensión, como son el padecimiento de una enfermedad y los procesos de hospitalización.

⁵⁵ González Simancas y Polaino Lorente. *Op. cit.* p. 82

Este tipo de ayuda trata que mediante el diálogo se concientice al enfermo de la importancia de la actitud que tome en relación a su padecimiento, tratamiento, convalecencia y retorno a sus esferas social, familiar; la cual incide enormemente en la elaboración y/o reforzamiento de su autonomía para seguir realizando las actividades que ha contemplado en su proyecto de vida, el que contempla las esferas ya citadas.

Asimismo este enfoque fomenta el que la persona que ha sido atendida en este período de crisis continúe con el mismo, a fin de seguir tomando por sí mismo decisiones -aún cuando no sean muy importantes- respecto a su persona, que mantenga una actitud de continuo esfuerzo, lucha, para alcanzar todo aquello que redunde en beneficio para sí mismo.

Se trata de propiciar que durante el tiempo de su hospitalización se ocupe de tareas útiles y formativas (ya sea una lectura, un juego de habilidad), las cuales no sólo cumplan con el objetivo de distanciarlo por un momento de su padecimiento, de quitar su atención en su cuerpo, de vencer la obsesión y angustia de su proceso de hospitalización. Sino también que las actividades implementadas por este enfoque formativo sirvan tanto para no interrumpir como para reforzar -dependiendo de las características y necesidades del paciente- el proceso de desarrollo por el que se encuentra transitando la persona afectada (trátase del menor, adolescente y adulto).

En este enfoque la participación del pedagogo se centra en la orientación, consejo, aprendizaje y apoyo con la finalidad de ganar la confianza del enfermo y pueda entablarse un buen canal de comunicación entre ambos, mediante el cual se establezcan bases que ayuden al segundo a enfrentar de la manera más constructiva posible los momentos difíciles del proceso de hospitalización, su convalecencia y el retorno a sus esferas familiar, social, escolar y/o laboral.

Dentro de las cualidades que el pedagogo ha de poseer se encuentran la sensibilidad, comprensión, fortaleza, resistencia, paciencia, audacia, imaginación y creatividad; todas ellas se conjuntan en el quehacer del pedagogo con el objeto de no hacer decaer el esfuerzo de este último por conseguir las metas formativas que ha formulado para cada uno de los pacientes por muy difíciles que puedan parecer.

No hay que olvidar que el pedagogo ha de enfrentarse al estado emocional del paciente, el cual se encuentra abatido por la situación que está experimentando, por lo que tendrá que considerar en este último frustración, rebeldía, rechazo a la comunicación, aislamiento, negativas en la realización de actividades. En fin, todas estas emociones propician que decaiga el esfuerzo en la atención del paciente del pedagogo por conseguir los objetivos planteados para beneficio del primero.

En el enfoque formativo los lineamientos principales giran en torno a una de las ramas propias de la pedagogía, la denominada Orientación Educativa. Con este punto de referencia las actividades por desarrollar en este enfoque obedecen más a un parámetro de "elección" que a uno de "adaptación"; así el primero se erige por la libre autodeterminación de la persona, la cual se constituye en el eje principal de este enfoque en tanto que permite, accede y consiente el desarrollo y mantenimiento de la autonomía personal que tan importante es para el crecimiento de la persona, y con mayor razón en el proceso de hospitalización.

Tocante a la orientación educativa, ésta engloba saberes de la antropología filosófica, de la teoría y de la filosofía de la educación. Las cuales dan cuenta de parámetros y/o indicadores que el orientador ha de considerar en el pleno ejercicio de su práctica, referidos éstos a: Qué es la persona, cuál es su destino (por qué y para qué vive), en qué consiste y cuál es la finalidad de su educación, cuáles son sus habilidades, cuáles sus impedimentos, cuáles sus expectativas, entre otras interrogantes.

ENFOQUE INSTRUCTIVO:

Este enfoque de carácter didáctico centra su atención en las tareas de enseñanza y aprendizaje, las cuales son tan necesarias para facilitar, mantener y/o recuperar un proceso de formación intelectual y cultural que el paciente ya tenía en su haber o estaba a punto de comenzar (como ya lo hemos señalado, algunos niños por su internamiento han tenido que interrumpir su educación escolar, mientras que otros por el mismo problema no han podido

iniciar la misma); especialmente si hablamos de niños y adolescentes hospitalizados, así como de cuantas personas se encuentren en edad escolar.

El objetivo de este enfoque para González Simancas⁵⁶ es mantener y potenciar los hábitos propios de la educación intelectual y del aprendizaje cultural, que necesitan los enfermos en edad escolar, a través de las actividades desarrolladas por los maestros, profesores o pedagogos en función de docentes. El rol que reclama este enfoque es el que...corresponde...al maestro y al profesor. Este objetivo da cuenta de un problema importante a considerar, la interrupción de la educación que esté recibiendo el paciente, a la vez que posibilita la solución del mismo:

Trata mediante procedimientos variados que el niño y/o el adolescente hospitalizados en edad escolar no interrumpen en la medida de lo posible su proceso de aprendizaje, que sigan con su curso escolar, de que no pierdan el año o tengan que repetirlo, que interrumpen el ritmo de su aprendizaje.

Los procedimientos para organizar la enseñanza en el contexto hospitalario varían según se pueda incluir a la primera en el segundo. Esto es, considerando las necesidades y los recursos de las instituciones hospitalarias es como podremos hablar acerca de escuelas en el interior del hospital, de escuelas-hospitales o como en nuestro caso, la inserción de la educación desde su enfoque no formal en un hospital.

Es decir, que en un primer plano estamos haciendo mención de hospitales en los que tiene perfectamente cabida la actividad docente que previamente se programó y que para su realización tanto los Ministerios de Educación como los de Salud, asignan los recursos necesarios tanto monetarios como humanos (docentes) en los hospitales públicos y privados. Esta situación instituye a la educación como una de las funciones que el propio hospital ha contemplado en sus lineamientos, hecho que es fácil de contactar tanto en Europa como en Norteamérica.

⁵⁶ González Simancas y Polaino Lorente. Op. cit. p. 85

En un segundo plano y haciendo alusión a nuestro caso, la actividad docente se realiza de una manera más individualizada, ya que no forma grupos de escolares -ya sea por edades o grados escolares- y dirige a éstos un conocimiento paralelo a todos ellos. Sino que se va trabajando con cada uno de los pacientes según las características que cada uno de ellos posea: tal vez con uno se trabaje en el área de matemáticas mientras que otro se encuentre realizando ejercicios de caligrafía, otro esté aprendiendo a leer, otro más a escribir.

En fin, no pueden formarse grupos de escolares cuando se presentan niños con muy distintas necesidades en el ámbito del conocimiento, por ello es que la atención se vuelve más personalizada y se desliga del enfoque didáctico formal.

En cuanto a la planeación y realización de actividades contempladas en este tipo de enfoque, éstas se encauzarían a los siguientes parámetros y/o indicadores:

a) Evaluación del paciente: donde se tomarían en cuenta tanto los conocimientos, habilidades y destrezas previamente adquiridas como el nivel formativo alcanzado hasta antes de su internamiento. Con la finalidad de detectar posibles "lagunas" en alguna de las áreas básicas del conocimiento y necesidades que pueda presentar el niño.

b) Formulación de objetivos generales: los que dieran cuenta de la problemática global por la que están pasando los menores hospitalizados a la vez de dar la pauta para posibles soluciones.

c) Formulación de objetivos individualizados: aún cuando se presenta una problemática global, cada niño responde de diferente manera a la experiencia por la que está pasando: cada menor presenta ciertas necesidades, a las cuales hay que responderles desde su propia perspectiva.

d) Actividades de enseñanza-aprendizaje: congruentes y acordes a los objetivos generales y a los individualizados.

e) Evaluación periódica: la cual da la pauta de si en verdad están resultando o no favorables las actividades desempeñadas para cada uno de los menores hospitalizados. En caso negativo se hará necesario el reajuste o un nuevo planteamiento de las actividades en beneficio de estos últimos.

f) Asesoramiento y seguimiento del proceso: hechos que van vinculados al inciso anterior y que garantizan el funcionamiento óptimo de las actividades implementadas para la población hospitalizada en beneficio de esta última.

Si bien los anteriores incisos son importantes por lo que cada uno de ellos representa por sí solo como en conjunto, no podemos dejar de insistir que han de subordinarse a las necesidades escolares de cada paciente, así como considerar tanto los efectos biopsíquicos de la enfermedad como los psicosociales del proceso de hospitalización; los cuales determinan el grado de participación y de aceptación del paciente en la asunción de actividades que van dirigidas a disminuir los efectos negativos y nocivos que el proceso de hospitalización les ha hecho a su persona a un nivel tanto físico como emocional.

Lo idóneo del seguimiento de este proceso derivado del enfoque instructivo, sería su prolongación hasta haberse logrado la readaptación del menor hospitalizado a su medio escolar una vez que ha finalizado su período de hospitalización y está en condiciones de continuar con su educación escolar que había interrumpido por su padecimiento e internamiento.

En cuanto a los principios educativos de mayor aplicación en este enfoque por las características que ya hemos señalado dentro de la institución hospitalaria encontraríamos:

a) El referido a la individualización: en tanto que hay que ajustar y adaptar el proceso de enseñanza-aprendizaje a las necesidades de cada niño hospitalizado con el que se va a tratar.

b) El concierne a la socialización: que es el que combate el ensimismamiento del niño en su cuerpo y en su enfermedad a través de la oportunidad de trabajar en grupos pequeños con la finalidad de relacionarse con los demás integrantes del grupo.

c) El principio de la autonomía: que tiene en su haber el fomentar la implicación voluntaria y activa del niño enfermo en las tareas escolares que tanto se le proponen como se anima a realizarlas. Con el fin que acceda a valores de tipo formativo y no sólo de entretenimiento -pero no podemos quitarle a estos últimos su valor y mérito por ser también importantes para la esfera emocional del chico que ha sido afectada por todo lo que implica un proceso de hospitalización-.

Por las características que engloba este enfoque instructivo hay que subrayar la concurrencia de distintas disciplinas para la consecución de los objetivos que se han delineado. Así, estaríamos hablando de la didáctica en conexión con la orientación (referida ésta al asesoramiento académico personal que conlleva el proceso de enseñanza-aprendizaje) y éstos a su vez con la organización (tanto a nivel de actividades como a un nivel que englobe a las áreas que conforman al hospital).

Esto es, que la actividad docente inserta en un hospital suele implicar un gran número de personas que necesita de dirección, asesoramiento, orientación y coordinación para la óptima y pronta consecución tanto de los objetivos generales como de los personalizados que han sido conceptualizados y propuestos para cada niño, adolescente y adulto-alumno hospitalizado en los términos que han sido señalados con anterioridad.

ENFOQUE PSICOPEDAGOGICO:

El enfoque que por su contenido resulta difícil de explicar con precisión y claridad por lo complejo que engloba, es el referido al área psicopedagógica. La cual centra su atención en la preparación del niño a su hospitalización, al procurar mediante distintas actividades una mejor adaptación a las condiciones del medio hospitalario, así como en tratar de remediar en la medida de sus posibilidades los conflictos que el proceso de hospitalización trae consigo.

De esta forma, es como este enfoque interviene en la persona del paciente en dos dimensiones de una misma modalidad, plantea un carácter preventivo y terapéutico; los cuales facilitan la existencia de los otros dos enfoques a los que ya se ha aludido.

Corroborando lo anterior cita González Simancas ⁵⁷ que el objetivo primordial de la intervención médica es el restablecimiento de la salud física y psíquica. El de la intervención psicopedagógica, la adquisición de ciertos aprendizajes directa e indirectamente relacionados con el mantenimiento y cuidado de la salud psíquica y de su prevención.

La implementación de este enfoque de carácter psicopedagógico cuestiona la justificación y viabilidad de la acción pedagógica en el contexto hospitalario por los elementos que se han venido señalando a lo largo de este trabajo ⁵⁸. Quizá algo que pudiera responder al anterior cuestionamiento sea el que tanto la intervención médica y la psicopedagógica se entrelazan en alguno de sus objetivos o recursos empleados en los pacientes, por centrarse en uno de los aspectos de la salud de éstos.

En torno a los objetivos de este enfoque, éstos pueden distinguirse en dos grandes rubros, el relativo a la formación personal y el concierne a la profesional (centrándose éste en pacientes adolescentes y adultos). Rubros que pueden adjudicarse tanto a los pacientes como al personal que lo atiende -incluyéndose entre ellos al pedagogo-. Para este proyecto nos es conveniente centrar la atención de los objetivos señalados en la persona del pedagogo.

Es a partir de la asunción de ellos como se van formando en el pedagogo actitudes favorables, adecuadas, congruentes y acordes con las características del medio hospitalario, mismas que se van delineando en los ejes de la acción pedagógica en el contexto hospitalario en torno a la atención emocional que está necesitando el paciente por los elementos que ya se han señalado en su proceso de hospitalización.

⁵⁷ González Simancas y Polaino Lorente. *Op. cit.* p. 88

⁵⁸ Cfr. Capítulo 2

Hablemos sobre cada uno de ellos:

1) **Objetivos de formación personal.**- los que tienden hacia la generación de actitudes y hábitos personales que son necesarios para una mejor atención a la persona enferma. Dentro de ellas pueden mencionarse las siguientes:

Tal vez una que es determinante para la relación que se entable entre el pedagogo y el paciente, sea la de despertar en el segundo un alto grado de confianza. En cuanto a los niños enfermos la persona del pedagogo ha de fomentar y propiciar sentimientos de comprensión, exigencia moderada, fortaleza; los cuales le permitieran afrontar constructivamente los efectos nocivos derivados del proceso de hospitalización.

Ya en la práctica las actitudes del pedagogo dependerán en gran medida de las respuestas y procesos de adaptación del menor hospitalizado, las cuales pueden provenir de la percepción que tiene el niño de su hospitalización.

Aunado a la disponibilidad y paciencia se encontraría la comprensión, exaltación, creatividad; sentimientos que han de propiciarse en el pedagogo con la finalidad de que incidan sobre su crecimiento personal y que redunde en beneficio de su formación profesional y por ende, en la atención proporcionada a la población hospitalizada mediante diversas modalidades y diferentes actividades que se realicen para bien del enfermo.

2) **Objetivos de formación profesional.**- son aquellos que para una mejor aplicación y resultado son factibles de distinción y posteriormente de una conjunción para la puesta en práctica del quehacer del pedagogo en el contexto hospitalario. De este modo, los objetivos podrían distinguirse en los siguientes:

a) Tener conocimiento de la organización, planeación, dirección y ejecución del trabajo pedagógico en el ambiente hospitalario, para un mejor aprovechamiento de los recursos financieros, materiales y humanos para la realización y puesta en práctica de su tarea educativa.

b) Ser consciente en todo momento de que se está realizando una labor educativa con chicos hospitalizados, con la finalidad de no desvirtuar o desviar los objetivos y actividades que se han elaborado para estos niños en particular.

c) Estar siempre alerta a las manifestaciones que la población hospitalizada expresa, para así conocer las necesidades intelectuales y afectivas del niño hospitalizado en general como de cada niño en particular. Del mismo modo, a partir de este conocimiento ver cuáles serían los medios más idóneos para satisfacerlas en lo posible, hecho que posibilita la existencia y permanencia de los siguientes aspectos:

- iniciarse en la observación, en el acopio de datos que den cuenta de lo que está aconteciéndole a la persona del paciente para verificar qué tan importante y provechosa le está resultando la atención que le está proporcionando el pedagogo;

- tener la mente abierta al planteamiento de problemas que se están presentando ya sea en el paciente, en la puesta en práctica de las actividades, en la planeación de las mismas;

- la búsqueda de soluciones que den respuesta a estos puntos, a la reflexión tanto teórica como práctica de lo que se está haciendo;

- tener conocimiento y facilidad de la puesta en práctica de técnicas didácticas, de metodología del estudio, de actividades de entretenimiento y esparcimiento (hablese aquí de actividades tales como dibujo, pintura, modelado, destrezas manuales, organización de festejos, juegos organizados, elaboración de periódicos murales, entre otros más).

En fin, conjuntar la esfera intelectual a la de entretenimiento a la par que integrar el aspecto técnico (en cuanto a teorías, lineamientos, principios que subyacen en las actividades que han sido señaladas) al humano (entendido éste como el conjunto de necesidades de diverso tipo que expresa y manifiesta en distintas dimensiones la población hospitalizada).

Se ha hecho referencia a lo que se orienta cada tipo de enfoque, si bien se observa en ellos diferencias en torno a la implementación de las actividades inherentes a cada uno de ellos: el eje que comparten, es el de proporcionar al paciente, los medios y las actitudes necesarias para un mejor aprovechamiento de su proceso de hospitalización:

Atender a la persona no sólo desde el aspecto médico de la enfermedad, sino desde su esfera emocional y profesional para así poder adaptarlo a la mayor brevedad posible y en mejores circunstancias al contexto hospitalario; y posteriormente, reincorporarlo a su rutina familiar y escolar habitual.

El desglose de esta finalidad compartida, da lugar y propicia una amplia relación de objetivos y actividades, eligiéndose entre ellos los más adecuados según la situación, características y necesidades de cada niño. Lo cual enfatiza que los objetivos presenten un grado alto de individualización y flexibilidad en beneficio de la población hospitalizada.

Algunos elementos más que, según Alex Haller⁵⁹, debe reunir el personal que apoye en tareas pedagógicas a la población infantil hospitalizada, son las siguientes:

- 1) Capacidad para manejar una gran variedad de niños con diferentes niveles educativos, distinta personalidad y diferentes edades;
- 2) Habilidad para aplicar los métodos y sólidos fundamentos en la materia;
- 3) Amplia experiencia adquirida en el hogar, en lugares de recreación, en las aulas y en colonias de vacaciones;
- 4) Percepción y sensibilidad suficientes como para comprender las necesidades educativas y emocionales de cada niño;
- 5) Voluntad para trabajar en condiciones irregulares
y durante horarios prolongados;
- 6) Tolerancia ante interrupciones en la rutina, ante las frustraciones y ante la frecuencia con la cual se manifiestan ciertos extremos del comportamiento, y
- 7) Capacidad para manejarse objetivamente frente a la enfermedad y a la muerte.

⁵⁹ Haller, Alex. *Op. cit.* pp. 73-74

Complementando la participación del pedagogo mediante los enfoques a los que ya se ha aludido, estaría la implementación de actividades que respondan a los enfoques citados. Por ello es que ahora centraremos la atención en estas últimas.

3.2.3 ACTIVIDADES: ESCOLAR, RECREATIVA Y DE ORIENTACION.

La tarea del pedagogo dirigida a la población hospitalizada tomando en cuenta los enfoques formativo, instructivo y psicopedagógico considerados en el punto anterior, se realizaría mediante tres tipos de actividades, las que corresponden a las esferas escolar, recreativa y de orientación.

Es importante señalar que las actividades enunciadas no han de conceptualizarse como fines en sí mismos, sino como medios por los cuales poder acceder y solventar las necesidades de cada uno de los pacientes. Señalemos el por qué de esto:

Si se presentara el caso de estar trabajando con uno o varios niños en alguna de las tres actividades y ésta no pudiera estar respondiendo positivamente al objetivo por el cual se implementó, es posible dejarla inconclusa y realizar otra que se considere más oportuna y que pueda alcanzar el objetivo planteado para cada caso en particular así como en general.

ACTIVIDAD ESCOLAR:

Los niños que ingresan a la instancia hospitalaria se enfrentan a cualquiera de estas dos situaciones: a) interrumpen su proceso escolar, o b) se retarda su ingreso al proceso educativo. Ambos casos deben de considerarse igual de importantes en la P-H, pues no podemos subordinar uno al otro, por lo que el quehacer del pedagogo ha de proveer los medios necesarios para poder solventar estas dos cuestiones.

En un primer plano, el objetivo de este tipo de actividad ha de centrarse en el hecho de que el niño no pierda la continuidad del proceso escolar que ha seguido hasta el momento de su

internamiento. Esto es, se trata de que el menor o adolescente continúe con el ritmo que lleva su clase; por lo que el pedagogo precisa de tener conocimiento acerca de los estudios que estaba realizando el paciente, para así poder formular un programa que responda a las necesidades y expectativas de éste.

En un segundo plano, esta actividad ha de centrarse en aquellos niños que no han empezado su educación primaria o básica, por lo que se hace necesario un examen exploratorio acerca de los conocimientos generales que posee el chico. Examen que da la pauta para la elaboración de planes y programas que contemplen los conocimientos que les son necesarios a los niños; lo cual puede facilitarle el que cuando el niño comience su educación básica cuente ya con conocimientos que le serán de gran utilidad, pues no presentará ningún retraso.

En el primer plano se puede encontrar uno con el inconveniente de no poderle facilitar al paciente una continuidad en su proceso escolar; esto es, que en ocasiones no se puede entablar un enlace más o menos inmediato ya que, se pueden presentar casos donde el niño o el adolescente que ha ingresado al contexto hospitalario ha permanecido varios días e incluso semanas en casa sin haber continuado su educación; por lo que se hace necesario recuperar el tiempo que se ha permanecido sin estudiar, teniendo presente que cuanto más tiempo ha estado el chico sin asistir a la escuela, tanto más difícil será ponerlo al día. Lo cual no se debe exclusivamente a la acumulación de saberes y tareas, sino por la pérdida parcial del hábito de estudio y de trabajo, lo que disminuye el esfuerzo personal así como el hábito intelectual.

Al considerar esta situación, el quehacer del pedagogo se centraría en habituar al paciente tanto al esfuerzo personal como al estudio mediante un repaso general que puede englobar distintas actividades, el cual puede representarle el punto de enlace con la instancia educativa a la par que con el momento en el que dejó de estudiar.

Algo importante de señalar es que el pedagogo ha de tener cuidado en que el repaso no sea tan largo que aburra al chico, o tan corto que no sea suficiente en la creación de hábitos de estudio o que no solvete las necesidades intelectuales del chico. Este parámetro es

responsabilidad del pedagogo y se subordinará a las características y necesidades propias de cada paciente, las cuales revisten un carácter singular y propio.

En torno a los objetivos del área de actividad escolar se encuentran los siguientes que González Simancas ⁶⁰ enuncia:

- Evitar la pérdida (o en su defecto recuperación) del hábito intelectual.
- Evitar la pérdida (o en su defecto recuperación) del hábito de esfuerzo personal.
- Fomentar la conciencia de responsabilidad.
- Crear una situación de continuidad en el proceso escolar.
- Crear una situación de continuidad en el ambiente escolar.
- Evitar el retraso escolar.
- Favorecer la readaptación del niño cuando regresa a su centro escolar.
- Evitar el aburrimiento mediante una actividad de trabajo.
- Despolarización respecto de la enfermedad.

Al estar en contacto con la población hospitalizada del Instituto Nacional de Pediatría (INP) uno se da cuenta de la heterogeneidad que presenta la misma, lo que posibilita la atención individual y personalizada, misma que atenta contra la formación de grupos escolares a los que ya hemos aludido.

Asimismo con la práctica cotidiana nos damos cuenta que no podemos cumplir con los objetivos planteados por tener que enfrentarnos a la apatía, agudeza del padecimiento, falta de ánimo en el paciente; incluso con la idea de que en lo último que piensa en hacer el chico hospitalizado es en realizar actividades de tipo escolar, lo cual limita su participación en distintas acciones que se hayan contemplado. Tomando en cuenta a la población infantil con una cierta disposición hacia este tipo de actividades, los elementos a considerar para su atención serían los siguientes:

⁶⁰ González Simancas y Polaino Lorente. Op. cit. p.106

a) Tener conocimiento sobre el nivel intelectual del chico, vía entrevista con los padres, el niño en cuestión y una evaluación por parte del pedagogo.

b) Al constatar que el niño no presenta ninguna dificultad, proveer los medios necesarios que permitan que el chico continúe con su educación.

c) Asesorar y verificar que los objetivos individualizados se estén cumpliendo. Lo cual constata la progresiva recuperación del hábito intelectual, el esfuerzo personal, el empeño, la disponibilidad; que se han recuperado asignaturas o evaluaciones pendientes, así como la manifestación de superaciones de dificultades concretas detectadas en alguna materia en particular.

ACTIVIDAD RECREATIVA:

Al considerar los efectos nocivos del proceso de internamiento en la persona del niño, este tipo de actividad va dirigida al esparcimiento, diversión, entretenimiento, relajamiento de tensiones, a la convivencia. En fin, esta actividad se orienta en proporcionar los medios por los cuales el chico hospitalizado no se aburra durante su proceso de hospitalización y su permanencia sea más amena.

Por la variedad de las actividades implementadas -y lo que éstas abarcan- en este tipo de atención a la población hospitalizada, los objetivos a perseguir han de ser generales, puesto que cada actividad posee objetivos específicos.

Pero, ¿Qué razón tendría el instaurar y fomentar la actividad recreativa en el contexto hospitalario cuando en éste se procura guardar silencio, que el paciente permanezca descansando en su cama y se le limite en sus actividades motoras?

La razón de su implementación encuentra su fundamento en las siguientes situaciones: privar al niño de sus esferas familiar, escolar y social, recluirlo a una rutina totalmente ajena a

la propia, el estar inactivo por un tiempo indeterminado, entre otras más. Situaciones que van fomentando el aburrimiento, fastidio, hastío y tedio en la persona del paciente hospitalizado; sentimientos que son nocivos para su estado emocional, el cual ya ha sido afectado por su internamiento.

El aburrimiento que se va generando por todos los elementos inherentes al contexto hospitalario se va apoderando de la persona del chico hospitalizado, lo cual produce que éste se vaya entristeciendo, encerrándose en sí mismo, perdiendo interés por combatir el aburrimiento y todo lo que éste implica. Lo cual se traduce en la asunción de una actitud pasiva e indiferente ante todo aquello que le rodea.

La anterior actitud no hace más que ratificar los síntomas adversos que produce tanto el padecimiento de una enfermedad como un proceso de hospitalización, los cuales posibilitan que el paciente se centre en su padecimiento y no alcance a construir este proceso como una experiencia particular -información sobre el padecimiento, educación para la salud, hábitos de higiene, de limpieza y alimentarios, entre otros-.

El aburrimiento puede llegar a constituirse como un común y peligroso enemigo con el que se enfrenta el niño hospitalizado por los elementos enunciados con anterioridad; pero en este caso, aunado al sentimiento de aburrimiento surge el relativo a la depresión, pues ambos tienen una gran relación entre sí al participar en detrimento del estado de salud emocional de la persona enferma. En tal situación, la recuperación de la salud tanto de carácter físico como emocional del paciente se hace más difícil de lograr por el estado en el que éste se encuentra.

En torno a la depresión Zung⁶¹ la define como:

1) Alteración de ánimo que se caracteriza por sentimientos penetrantes y quejas constantes de estar deprimido, triste, descorazonado y temeroso.

⁶¹ Lars, Freden. Aspectos psicosociales de la Depresión.
p. 21

2) Síntomas fisiológicos que incluyen: variación diurna, alteraciones en el sueño, disminución del apetito, disminución de peso, de la libido, taquicardia y fatiga inexplicable.

3) Alteraciones psicomotoras que son de retraso o agitación.

4) Alteraciones psicológicas que incluyen: confusión, vaciedad, desesperanza, indecisión, irritabilidad, descontento, devaluación personal y reflexión suicida.

Las anteriores alteraciones y síntomas son factibles de detectar en la población hospitalizada por todos los factores negativos a los que hemos aludido como derivados del proceso de hospitalización; además de dar cuenta de la existencia de un problema referido a la autoestimación y autoconcepto que tiene la persona hospitalizada en los siguientes términos:

La depresión se manifiesta como una amenaza a la autoestimación del paciente en tanto que trata de debilitar el sentimiento de dominio con respecto a su persona y hacia aquello que le rodea. Esto es, si la autoestimación del primero se encuentra reducida por la existencia de una situación de crisis en alguna de sus esferas, le resultará más difícil actuar por encontrarse en una actitud pasiva e indiferente.

Pero si se cuenta con la presencia de una autoestima consciente y fuerte, estamos hablando de un elemento importante y fundamental del que el paciente puede hacer uso para su defensa contra el sentimiento de depresión.

Por tal motivo, un elemento importante en la prevención de la depresión, y más aún en el caso de la población hospitalizada, es el acceso a una variedad amplia de acciones con las que el paciente puede enfrentar situaciones difíciles por las que está pasando; tales como la pérdida de un objeto preciado, el distanciamiento de un ser querido, la ruptura de su vida cotidiana, el acoplamiento a la rutina hospitalaria, el sentir ante el tratamiento prescrito, la imagen dañada que tiene de sí mismo, entre otros sentimientos y situaciones en general.

El padecimiento de una enfermedad física puede convertirse en un factor subyacente en la depresión, aún considerando que las enfermedades físicas varían mucho en su naturaleza-y

gravedad, todas ellas coinciden en el hecho que afectan el modo de vida anterior a éste -el del padecimiento- del paciente a la vez que inciden en las expectativas y modo de vida futuro de este último.

Contraponiéndose a la enfermedad física tendríamos a la de tipo somático, la cual aún cuando tiene efectos sobre el control de la diversidad de acciones a realizar por quien la padece, puede en singulares ocasiones conducir a la persona a experimentar sentimientos depresivos.

Dentro del sentir de la depresión que manifiesta una persona en particular, se pueden esclarecer dos tipos de la misma, a) la endógena y b) la exógena. La primera referida a la expresión de la depresión como un sentimiento que emana a partir de la persona misma y cuyas causas yacen principalmente dentro de ésta. Mientras que la segunda, se origina y depende de circunstancias externas y fuera de la persona. No obstante la anterior diferenciación, no podemos decir que la experimentación de la depresión no obedece o se reduce tan sólo a alguno de estos dos tipos; sino por el contrario, el sentimiento de depresión está determinado en distintos grados por causas tanto internas como externas.

Vivo ejemplo de la anterior enunciación lo podemos constatar en la población hospitalizada del INP, la cual por lo descrito en el capítulo 2 hace latente su inclinación hacia los dos tipos que se han distinguido en el sentir de la depresión.

Por lo referido tanto al aburrimiento como a la depresión, la actividad recreativa pretende proporcionar mediante una gran diversidad de actividades, los estímulos pertinentes que animen, entusiasmen, distraigan, asombren a la población hospitalizada. Sentimientos que faciliten a esta última interesarse e ilusionarse en un primer momento en las actividades que se le proporcionen y en un segundo, adaptarse de una manera menos estresante al contexto hospitalario y a todo lo que éste concierne e incide en la persona del paciente.

ACTIVIDAD DE ORIENTACION:

En este tipo de actividad no hay ni tiempo definido ni actividades concretas a realizar por la propia complejidad que reviste. Para la consecución de su objetivo, el método más idóneo es el establecimiento de una relación de persona a persona; esto es, rompiendo el esquema rígido de profesional a paciente, establecer una interrelación entre dos personas iguales.

Esta relación de pedagogo y enfermo, ha de combatir el modelo en el que éstos han de erigirse en dos entes aislados por la existencia de un discurso de saber y poder, el cual reafirma a cada uno de los integrantes de la relación en su papel. Todo ello con la finalidad de hacer más humana y personal esta relación, hecho que redunde en el encontrar en la misma el medio capaz por el cual conjuntamente hablen, dialoguen y deliberen acerca de lo que le está aconteciendo a la persona enferma en el transcurso de su proceso de hospitalización: problemas personales, estados de desánimo, falta de interés, participación pasiva, sentimientos de indiferencia, intolerancia, deterioro de su autoconcepto; en fin, la plática ha de girar en torno al sentir de como el paciente se ve que está enfrentando y asumiendo tanto su papel de enfermo como su proceso de hospitalización.

Por la complejidad que reviste al interior de cada persona este tipo de atención, no podemos hablar de una organización rígida a la par que de tiempos regulados y actividades precisas. Sino por el contrario, hemos de hacer mención de la importancia que en este caso reviste la creatividad, capacidad para manejar distintas situaciones y estados de ánimo, percepción, sensibilidad, observación, tolerancia y comprensión, para a partir de ellos ir configurando las actividades más idóneas y congruentes con las necesidades detectadas en cada uno de los pacientes, las cuales también irán estableciendo los tiempos a cubrir por las actividades implementadas.

En este tipo de actividad, la acción en la que recae el peso de su dirección es la relativa al estar acompañando al paciente en ese momento tan difícil por el que está pasando; acción que

se subordina al contexto en el que se está inscrito, al momento por el que está pasando, a la situación concreta, a las personas que se ven inmiscuidas, a la persona del paciente.

Es importante señalar que no se trata de un "estar acompañando" por el gusto de hacerlo, sino que este "estar" implica un "saber estar". Esto es, que en esta última hay que saber conjuntar el sentido común, la intuición, delicadeza, serenidad, tolerancia, comprensión en el escuchar, hablar, sonreír, mirar, mostrar afecto. Esta actividad se plantea con la finalidad de proveer a la población hospitalizada de una atención de corte emocional que ha sido dejada de lado por la atención médica brindada a su padecimiento.

En este saber estar el pedagogo puede utilizar el diálogo como el principal canal de comunicación entre él y el paciente, mediante el cual el primero puede ir ganando la confianza del segundo en la convivencia diaria, en la realización de actividades que ya se han mencionado, en momentos no previstos por el pedagogo pero que se han hecho presentes.

Con el trato que tuve con la población hospitalizada del INP pude darme cuenta que un elemento importante para propiciar el acercamiento de los niños hacia uno, es el referido a la vestimenta. Aquí uno podría cuestionar la importancia de la vestimenta por considerarla algo común y sin relevancia, pero no es así, señalemos por qué:

Al principio llevaba yo una bata de color azul que se semejaba a la de los médicos, el porque de este color era para diferenciarse de estos últimos, pues los niños relacionaban a la bata blanca con la persona que les producía dolor.

Si bien con esta bata azul podía acercarme a los chicos hospitalizados, en algunos de ellos se observaba cierta resistencia para acercarse a mí; por lo que cambié esta bata por una que es utilizada por educadoras (una de cuadros blancos y rojos, tres bolsas al frente y en cada una de ellas la cara de un payaso), ya con esta bata hubo un mayor acercamiento de los niños hacia mi persona, lo cual ayudó a que se pudieran realizar con mayor satisfacción las actividades planeadas.

Cuando ya se entabló este acercamiento se hace factible que el chico comience a hablar sin que uno lo incite a hacerlo -claro que existen niños que necesitan que uno de la pauta para iniciar el diálogo- acerca de lo que él hacía en su casa, escuela, que hable de sus amigos y familiares.

Después de que ha transcurrido algo de tiempo y que el chico adquiere confianza con aquella persona que lo distrae, que le ofrece participar en distintas actividades, que platica con él, comienza a hablar sobre sí mismo; manifiesta sus gustos, ilusiones, tristezas, temores, preocupaciones, expectativas, su sentir ante el proceso de hospitalización.

Con todo lo que el niño expresa de su persona al pedagogo, éste puede ir elaborando actividades acordes tanto a los enfoques como a las otras actividades que hemos señalado anteriormente.

Esta actividad de orientación no ha de reducirse tan sólo a este aspecto del "saber estar" con el paciente, sino que su acción va más allá de éste; trata de abarcar todo lo concerniente al proceso de hospitalización. De esta forma, la atención pedagógica en este rubro pretendería ayudar a los niños y adolescentes hospitalizados a asumir actitudes pertinentes que redunden en beneficio de su padecimiento y por ende a su persona, a proveerles de los medios para que no sea tan violento y limitante el proceso de hospitalización en el que son protagónicos y adaptarlos de la mejor manera posible tanto al centro hospitalario como al personal que ahí labora.

ENFOQUES Y ACTIVIDADES :

Al conjuntar los enfoques de tipo formativo, instructivo y psicopedagógico con las actividades de corte escolar, recreativo y de orientación; podemos decir que el pedagogo al momento de realizar su tarea en el ámbito hospitalario y con personas tan singulares como lo son las que forman a la población hospitalizada, ha de considerar y tomar en cuenta una serie de factores que pueden erigirse como parámetros de acción. Factores que son importantes de considerar y que son factibles de distinción en dos grandes rubros, uno referido al punto externo

de la persona del paciente y otro, relativo al punto interno de este último. Señalemos los elementos concernientes a cada uno de ellos:

1) Atención desde un punto de vista externo.- lo cual comprende lo siguiente:

- el ambiente del que procede el chico (considerando dentro de este punto, zona en la que habita, cultura, ideología, religión, estrato, entre otros más).

- la estructura familiar.- conozca si el niño proviene de una familia integrada o de una que se caracterice por una desintegración, conocimiento que puede dar la pauta para saber si se cuenta con la familia en el restablecimiento del niño.

- la escolaridad y nivel intelectual.

- el tipo de enfermedad y tratamiento a seguir por el chico.

- la preparación previa a la hospitalización por parte de los padres del menor y los médicos.

- el grado de entendimiento y comprensión de la explicación que los muchachos han recibido de sus padres y médicos.

- la fase de la enfermedad del chico en el momento de su ingreso.- lo cual influye en la adaptación al medio hospitalario y en el grado de participación y cooperación en las distintas actividades que se han planeado.

- las reacciones de los padres ante la situación de hospitalización de su hijo.- elemento importante a considerar para saber si éstos pueden participar activa y positivamente en el restablecimiento de la salud de su hijo.

- la duración de la hospitalización.

2) Atención desde un punto de vista interno.- al igual que la anterior atención, se esquematizarán los puntos concernientes a la misma, los cuales giran en torno a la persona del paciente:

- edad, sexo, personalidad y carácter.
- cantidad y calidad de experiencias anteriores a la hospitalización así como las relativas al tipo de padecimiento.
- idea que tiene el niño sobre su dolencia, padecimiento; así como de su proceso de hospitalización.
- intereses, expectativas, necesidades.
- dificultades y facilidades del niño en su proceso de aprendizaje, socialización, cooperación.

En fin, tener en cuenta todos y cada uno de los elementos que se han enumerado en cada rubro, posibilitan una gran variedad de estrategias manifestadas en distintas acciones que tratan de resolver los problemas abocados en cada enfoque y actividad señalados. Estrategias que han de caracterizarse por ser flexibles y ser parte del quehacer cotidiano del pedagogo en la atención a la población hospitalizada en general.

COMENTARIOS FINALES

Las condiciones de vida juegan de manera particular tanto en la salud como en la enfermedad de la población en general, por lo que podemos enunciar que de acuerdo a la forma en que se vive se van perfilando las distintas maneras de morir aunado a los procesos que la industrialización y concentración han traído consigo y que han incidido en la población.

De esta manera, los diversos patrones del enfermar de la población constituyen los distintos perfiles patológicos de una sociedad en particular. Mismos que se diferencian por la diversidad de factores socioeconómicos, políticos y culturales de esa sociedad.

Con el anterior cuestionamiento, la salud adquiere su significación a partir de los componentes de la organización socioeconómica, política y cultural más que, por la propia acción médica. Lo cual enfatiza que al desligar a la salud de su relación histórica-socioeconómica se desvirtúa su concepto; a la vez que se le instituye como un instrumento mediatizador al servicio de las ideologías y las formas de poder.

Complementando la idea anterior, tendríamos que la salud es un bien social que está regulado jurídicamente y que además, ha de considerarse no sólo desde el punto de vista biológico (el cual se erige como filosofía del discurso clínico-médico). Sino en forma integral, teniendo en cuenta los factores culturales y socioeconómicos que inciden en ella de manera particular.

Al enunciar que la salud depende de aspectos no sólo médicos, es necesario y fundamental la coordinación del sector salud con los demás sectores componentes de la sociedad. Coordinación que para un mejor beneficio para la población, ha de trascender más allá de los planes normativos.

Asimismo y en otra dimensión del problema de la salud, es imperante la necesidad de formular a nivel internacional convenios que se finquen en el respeto y la soberanía de los pueblos interesados en el citado problema. Los cuales pueden traducirse en modelos de bienestar individual y colectivo, mismos que atiendan de manera integral a los diversos sectores de la población, particularmente a la niñez sobre todo teniendo en cuenta las siguientes problemáticas:

El atender sólo algunos de los aspectos incidentes en la problemática social que a su vez encuentran eco en la infancia, equivale tan sólo a conocer someramente la problemática y por tanto dar soluciones parciales; lo cual tendría como consecuencia resultados de un valor relativamente importante, pero que finalmente por las características en las que se sucedió resultaría efímero y circunstancial.

No obstante que el problema de la salud se ha contemplado en discursos normativos (trátase de los planes nacionales de gobierno o internacionales), hay que enfrentarse al hecho innegable de que no basta con que un problema determinado sea regulado jurídicamente para que éste se resuelva.

Aunado al punto anterior, tendríamos que los niveles adecuados para lograr el desarrollo físico, mental, moral y social de la persona no se logran exclusivamente proporcionándoles recursos económicos suficientes. Sino que además de éstos son necesarios los aspectos afectivos-psicológicos para la óptima consecución de los mismos; si estos revisten importancia en la persona en general, con mayor razón adquieren relevancia en el caso de la infancia.

Si bien hemos hecho referencia a la salud, no podemos desconocer otro elemento que conjuntamente con ésta forman una dualidad por la que el hombre transita: el binomio salud-enfermedad. Al respecto es preciso señalar que en esta dualidad no puede hablarse de valores absolutos; esto es, que una persona no puede estar completamente sana ni absolutamente enferma; sino que va accediendo a ciertos grados tanto de un polo como del otro, por esto, se sustrae de un valor absoluto.

En cuanto a la enfermedad, podríamos decir que en ella se hacen patentes la influencia y confluencia de aspectos somáticos, psíquicos y sociales; tanto en su origen, aparición, evolución como a lo largo del proceso diagnóstico, terapéutico y el relativo a la convalecencia.

En torno a la problemática que se ha venido suscitando en el campo de la salud de la población en general podemos decir que se han verificado eventos en los que algunos de sus ejes han girado en torno a la incursión del Humanismo en el campo y discurso de la Medicina. Este hecho genera un replanteamiento de la orientación tanto del personal como de los planes y programas de estudio que se llevan a cabo en las carreras relacionadas al campo de la salud, ya sea en escuelas particulares o de gobierno. El citado replanteamiento ha de tender a romper los esquemas que durante tanto tiempo se han erigido en discursos de saber y poder, los cuales colocan a sus practicantes en un status de prestigio y autoridad ante el hombre y su comunidad.

Mediante la conjunción de la ciencia con el humanismo y la implementación de prácticas sociales que no se subordinen a la comercialización y al mercado del sufrimiento ajeno, se busca enfatizar el carácter ético del quehacer médico y un mayor compromiso con los sectores populares.

Queda una interrogante abierta ¿qué es el hombre enfermo para el médico? Al respecto podríamos decir que un "paciente" es la persona que recibe asistencia médica, mientras que un "enfermo" es aquel que a pesar de padecer alguna enfermedad no entabla una relación con el médico. En este sentido, con la incorporación de todo lo que incluye la "consulta" se inicia la evolución del hombre enfermo al hombre como paciente.

No obstante, en este proceso se observa la tendencia de reducir al paciente a su funcionamiento fisiológico-químico-orgánico, dejando a su persona en otro plano: por lo que es preciso pensar al paciente en su constitución tanto orgánica como emocional, lo cual se observa como uno de los principios a desarrollar por la medicina humanista (la cual se aboca a una atención psicológica y emocional).

Por lo anterior, es como va cobrando importancia y relevancia el que tanto las instituciones sociales como las hospitalarias cubran los aspectos psicológicos, educativos y emocionales de la persona enferma y hospitalizada, en el caso de la infancia preferentemente.

La incursión del Humanismo en el campo médico ha de trascender las instancias hospitalarias y gubernamentales, tratando de encontrar resguardo en las prácticas no institucionalizadas de lo que se ha denominado como medicina no formal. Lo cual trata mediante diversas modalidades de fomentar y reforzar la participación de la comunidad en la educación y prevención de su salud en el marco de sus posibilidades. Es preciso, atender a los grupos más vulnerables.

Un problema persistente es el que el médico espera en su centro de trabajo el que la población vaya hacia él solicitando sus servicios, en lugar de que éste se acerque a los problemas de salud que aquejan a la comunidad.

El desapego de la comunidad hacia el médico institucionalizado y/o privado, obedece a que la primera ha encontrado en el segundo una deshumanización en la interacción que se efectúa mediante la consulta entre el médico y el paciente, una burocratización, una comercialización, una atención en ocasiones despectiva por el lugar de origen del paciente, aunado a la escasez y centralización de los recursos disponibles. Estas situaciones han propiciado que la comunidad se aboque a la medicina naturalista, curanderos y parteras.

Si bien hemos señalado algunos de los elementos incidentes en la problemática de la salud de la población, ahora hemos de centrar nuestra atención en lo concerniente a la agudización y gravedad de la enfermedad, lo que se traduce y trae consigo un proceso de hospitalización.

Si es importante conocer el impacto que produce la enfermedad en la persona en general, con mayor razón se hace necesario este conocimiento en el niño: pues la primera representa en el hombre una constante amenaza a la integridad personal y afecta el funcionamiento normal de sus esferas familiar, escolar, social y laboral.

Como consecuencia de la hospitalización infantil, las interacciones entre el niño y su medio tanto físico como social se alteran. Como resultado de esta hospitalización, el chico entre otras cosas ha de integrarse a una nueva organización lo que constituye una creciente e importante fuente de conflictos y tensiones ya que, si a la separación del entorno familiar, escolar y social se le suma los efectos del contacto con una atmósfera extraña -como lo es la instancia hospitalaria- ésta se genera en un ambiente de angustia, tensión y miedo permanente.

Entre los aspectos negativos que se presentan en la instancia hospitalaria y que inciden en la persona del paciente pueden señalarse los siguientes: la dependencia respecto al personal médico, el hecho de la inmovilización, la falta de actividades que lo distraigan, los tratamientos médicos, la restricción de visitas; así como las normas, rutinas y horarios de la instancia hospitalaria.

Con estos marcos de referencia, la situación que experimenta el niño en su proceso de hospitalización trae consigo factores negativos que inciden en su persona: unos que se derivan del mismo proceso y que propician la ruptura de los ambientes y círculos a los que se encuentra adscrito el menor (familiar, escolar y social); otros, derivados del ingreso en un centro hospitalario que no conoce y que le aterroriza por todo lo que ve y cree encontrar en esta institución.

Otros más que se derivan de la circunstancia anómala que representa la enfermedad, refiriéndose a las limitaciones que impone, las características de la misma, el ensimismamiento del chico en su cuerpo y en su padecimiento. Estos elementos conjuntamente se traducen en sentimientos tales como: sufrimiento, ansiedad, aburrimiento, angustia, miedo, soledad, depresión, tristeza, entre otros.

Por lo anterior, podemos decir que la hospitalización infantil ha de ser considerada como una experiencia estresante para los pacientes que son ingresados en una instancia hospitalaria por las alteraciones de tipo conductual, emocional, cognitivo y físico que se manifiestan en ellos.

En este sentido, durante el proceso de hospitalización e incluso todo el período de la enfermedad, se amenaza el desarrollo de las habilidades sociales, motoras, intelectuales y emocionales del niño y que juegan de manera significativa en su futuro desenvolvimiento.

Por lo que es necesario evitar en la medida de lo posible, el que el niño después de su ingreso al contexto hospitalario se sienta aislado, así como proveerlo de los medios necesarios y oportunos que le permitan adaptarse mejor a su situación y que continúe con parte de sus actividades cotidianas como en el caso de su proceso escolar; para que una vez concluido su internamiento, no sea señalado por el hecho de habersele privado del medio escolar en el que antes de su enfermedad e internamiento se desenvolvía.

No obstante los problemas y factores negativos enunciados y derivados del proceso de hospitalización, se hace patente la ausencia de programas que se aboquen a la preparación del niño ante su padecimiento y a la hospitalización -en caso de ser ésta necesaria-, a la orientación que tanto necesita el paciente como los padres del mismo y, los que permitan una mejor comprensión de los trastornos que han de generarse en la persona del paciente.

Esta situación condiciona y hace factible la participación del pedagogo en el contexto hospitalario mediante una asistencia pedagógica proporcionada a la población hospitalizada. La cual debe centrarse en la problemática específica del niño hospitalizado plasmada en sentimientos y actitudes que son importantes de detectar, tratar y encauzar por todo lo que implican para su persona y esfera emocional, las cuales se derivan del aspecto físico de la enfermedad y del concepto y la autoestima que de sí mismo tenga el paciente.

Citando entre los anteriores sentimientos: ansiedad, angustia, depresión, miedo, temores, inhibiciones, mutismo, agresividad, conductas de oposición, trastornos del sueño, ensimismamiento, dependencia, entre otros más.

Además de considerar los anteriores sentimientos, la asistencia pedagógica ha de considerar y tomar en cuenta a la hora de formular e implementar las actividades idóneas para

alcanzar los objetivos planeados, las necesidades particulares y a las que está sujeto el niño por atravesar una época muy especial de su propio desarrollo.

Sin embargo, las alteraciones de las esferas emocional, conductual y cognitiva derivadas del proceso de hospitalización no sólo son factibles de aparición en el transcurso de éste, sino que pueden manifestarse a largo plazo: en su reincorporación a la familia, a la escuela. Por lo que se hace necesario el diseño e impartición de programas de seguimiento de los niños durante y después de su proceso de hospitalización.

Por lo anterior, los padres juegan un importante papel en la ayuda a su hijo que ha sido hospitalizado, contextualicemos este punto: El padecimiento de la enfermedad y el proceso de hospitalización inherente en ocasiones a la misma, no compete tan sólo al paciente; sino que ambas situaciones se instituyen como un reto de carácter emocional y conductual para toda la familia de este último. Reto en tanto que las actividades familiares -tanto en conjunto como personales- pueden verse modificadas y la vida familiar alterada por todo lo que representa la enfermedad y/o la consiguiente hospitalización de uno de sus miembros -en este caso, nos referimos al niño-.

Si los padres no reciben el adecuado apoyo y la oportuna orientación en este momento de crisis y en la fase inicial del padecimiento y/o proceso de hospitalización, pueden establecerse entre ellos y el hijo enfermo relaciones inapropiadas que obstaculicen e interfieran no sólo en su restablecimiento físico, sino en su desarrollo y en la evolución de su madurez emocional.

Por estas circunstancias tanto los padres como la familia en su conjunto precisan de ayuda profesional -misma que puede ser proporcionada por el pedagogo- que les planteen sugerencias, comentarios, observaciones, actividades que les permitan afrontar constructivamente lo que implica tanto el padecimiento, el proceso de hospitalización y la convalecencia del chico, situaciones que redunden en beneficio de éste.

Con lo señalado hasta el momento, se van delineando las pautas mediante las cuales ofrecer una atención profesional tanto al paciente como a los padres del mismo. Esta atención puede ser proporcionada por el pedagogo a partir de los referentes que brinda la pedagogía hospitalaria.

La Pedagogía Hospitalaria ha de prestar especial atención al tema de la hospitalización infantil mediante una enseñanza individualizada y una educación personalizada.

Es preciso señalar que la Pedagogía Hospitalaria no sólo abarca al menor hospitalizado, sino que en su campo de acción se contemplan tanto al paciente adolescente como al adulto, e incluso a sus padres -por lo ya expuesto-.

Así la Pedagogía Hospitalaria se orienta y configura por el sentir del paciente ante su enfermedad y ante el proceso de hospitalización, que se enmarca en el ámbito que constituye la instancia hospitalaria.

Entre los objetivos que se pretenden alcanzar a través de los programas educativos que se implementan a partir de la Pedagogía Hospitalaria para una mejor estancia de la persona enferma en el contexto hospitalario, cabe destacar:

- 1) Procurar un ajuste inmediato a la enfermedad y a la hospitalización.
- 2) Disminuir el estrés y la ansiedad generados tanto por el proceso de hospitalización como por los tratamientos médicos.
- 3) Mejorar la disposición del enfermo a su tratamiento.
- 4) Evitar alteraciones emocionales y conductuales.
- 5) Fomentar la pronta interacción de la persona enferma con el personal médico.

6) Dar apoyo emocional al niño que posibilite la elaboración de un autoconcepto positivo.

7) Estimular sentimientos de autoconfianza que incidan en el desarrollo de su competencia emocional y social.

El cumplimiento óptimo de los objetivos enunciados no sólo es tarea del pedagogo, sino también compete a todos aquellos que directa o indirectamente se encuentran en contacto y vinculados con la persona enferma.

Al respecto es oportuno subrayar que las reflexiones expuestas son importantes de considerar por todo lo que implican y el beneficio que pueden otorgar a la población hospitalizada en su conjunto, pues la falta de coordinación y relación entre los distintos profesionales que se ven implicados en la asistencia al enfermo, no pueden más que traducirse en elementos nocivos para el pronto restablecimiento físico y emocional del paciente.

Esto es, que aún cuando cada profesional tiene sus competencias, quehaceres, labores para hacer frente a lo que se le demanda, desatiende en cierto modo algunas consideraciones, puntos de vista, perspectivas e intervenciones expresadas por los otros profesionales que atienden al enfermo.

Por lo anteriormente expuesto, es imprescindible para una mayor calidad en la asistencia proporcionada a la persona enferma tanto el diálogo como la intervención conjunta de los distintos profesionales que se encuentran vinculados al paciente para contribuir a una mejor calidad de vida.

No obstante su importancia, en ocasiones el trabajo interdisciplinario enfrenta fuertes obstáculos y limitaciones, lo cual puede subsanarse al tener conciencia de la importancia que reviste el considerar las diversas dimensiones que constituyen al paciente, así como poner especial atención a la esfera emocional que ha sido afectada tanto por su padecimiento como por su incorporación al medio hospitalario.

Ya que se ha hablado de la interdisciplinariedad y si bien en la práctica de la Pedagogía Hospitalaria se observa la confluencia de distintas disciplinas por la complejidad que reviste el proceso de hospitalización, la primera adquiere sentido a partir de una interrogante central:

¿ Si parte de las condiciones de posibilidad de la Pedagogía Hospitalaria está en el trabajo multi e interdisciplinario, cuál sería la especificidad del ejercicio pedagógico ?

Al respecto podríamos decir que considerando la atención a la persona hospitalizada (entendida ésta como un sujeto que crece y se forma a través de las experiencias vividas) como un ejercicio pedagógico y éste a su vez como una práctica bio-psico-social; tendríamos que, por las particularidades a que se enfrenta el individuo en una situación de hospitalización, se demanda considerar las diversas dimensiones del acontecimiento pedagógico en los múltiples planos que revisten al vínculo salud-enfermedad en este contexto específico. Es en este marco donde adquiere sentido la reflexión sobre la especificidad del discurso pedagógico.

Por lo anterior, se hace indispensable el combatir la opinión de competencia entre los profesionales que atienden a la persona hospitalizada y acentuar la atención en la complementariedad y articulación de varias disciplinas, problematizando desde ahí la fuerte, y en ocasiones, dominante presencia del discurso médico como determinante sobre los demás discursos que se dan al interior del contexto hospitalario.

Con la experiencia que tuve en el Instituto Nacional de Pediatría pude darme cuenta de un problema grave y persistente que se suscitó entre educadoras y pedagogos:

Me di cuenta de que el trabajo de la educadora y el pedagogo se encontraba en dos esferas distintas, donde se trataba de resaltar el trabajo de una sobre el otro, de destacar por encima del otro. En fin, más que conjuntar esfuerzos, se esmeraban por dejar establecidas líneas que dividieran las esferas de su competencia; lo cual en distintas ocasiones repercutía negativamente en la persona hospitalizada tanto por el bombardeo de actividades planteadas por educadoras por pedagogos, como por no considerarse desde distintos planos, enfoques.

dimensiones, las necesidades de tipo afectivo, clínico-médicas, intelectuales, emocionales que manifiesta la persona hospitalizada.

El anterior problema no tendría razón de ser en tanto que la educadora y el pedagogo son profesionales que comparten la misma disciplina y por ende, necesitan de una planeación conjunta de actividades para brindar mejores perspectivas y beneficios a la comunidad hospitalizada.

En el discurso clínico-médico el ejercicio pedagógico hace acto de presencia por muy diversos enfoques, uno de ellos y tal vez el eje rector de los otros, se referiría al hecho de educar al médico en el sufrimiento ajeno. Es decir, que sin perder la objetividad de su práctica, deje a un lado tecnicismos que se erigen en una barrera donde se instituye un discurso de poder que subraya el papel anónimo y depositario de su saber del paciente hospitalizado. Es preciso que este personaje anónimo trascienda de su papel y se instituya en una persona que requiere de una atención más personalizada y humana por parte de su médico, ya que en éste puede generarse una "conciencia del lugar del otro" a la par que objetiva de su práctica, la cual coadyuve en la atención a la persona hospitalizada y a la familia de ésta.

El quehacer pedagógico en el marco de la instancia hospitalaria ha de trascender a un nivel donde la elaboración, planeación, ejecución y posterior evaluación de programas didácticos, se aboquen a la atención y conjunción de las esferas emocional e intelectual de los pacientes hospitalizados (pues la atención pedagógica no ha de tratar tan sólo de atender a la persona hospitalizada, sino también ha de proveerle los medios necesarios para que esta experiencia pueda aportarle elementos importantes a su crecimiento y formación personal) a través de una estimulación lúdica que comprenda actividades que respondan a las necesidades motoras, intelectuales, creativas, afectivas, de relación, significación, de desahogo de tensiones; necesidades que hacen manifiestas durante su proceso de hospitalización el paciente en general.

Con el parámetro anterior, la tarea a realizar es el buscar los medios idóneos por los cuales conjuntar todas las disciplinas que dan sentido y rigen a la instancia hospitalaria y a todos

los elementos inherentes a ésta, sin perder de vista las necesidades que los diversos pacientes plantean de acuerdo a su edad, género, escolaridad, relación con la familia y con la gente que lo rodea, tipo de enfermedad, gravedad del padecimiento, lugar de procedencia, historia personal.

Dentro de los recursos materiales que son necesarios para la labor del pedagogo en el contexto hospitalario, es preciso señalar a las salas que pueden instituirse como aulas escolares y de esparcimiento; las cuales además de realizar y apoyar en las funciones que les son inherentes, pueden constituirse en un recurso terapéutico capaz de modificar la evolución clínica de la enfermedad del paciente: a la vez que establecerse como un elemento indispensable para asegurar la continuidad del proceso escolar de este último.

Asimismo es preciso señalar que las actividades psicopedagógicas pueden y deben ostentar un papel posibilitador para el desarrollo de las actividades educativas que hayan sido contempladas para la población hospitalizada, recordando que éstas han de responder a las necesidades particulares de cada uno de los pacientes.

De igual modo se dan directrices para afrontar la inhibición de funciones motoras; sentimientos tales como desesperación, intranquilidad, aburrimiento, hastío, fastidio, enfado. Así como para contrarrestar los efectos de las deficiencias comportamentales -las cuales se presentan como resultado de la insuficiente estimulación de que son objeto los pacientes- mediante la implementación tanto de las actividades como de los enfoques que fueron señalados dentro del campo de acción de la Pedagogía Hospitalaria.

Por su importancia resulta imprescindible elaborar una resolución jurídica de derechos hacia la persona hospitalizada (trátese del niño, adolescente y adulto) por la cual no sólo se pueda acceder al derecho de la salud en cuanto se le proporcione atención médica; sino que además por medio de ella se consideren y regulen otros elementos que incidan y deriven de su proceso de hospitalización, así como de los procedimientos por los cuales acceder a ellos.

Dentro de los anteriores derechos podríamos citar el referido al esparcimiento, a la atención psicológica, atención a la salud emocional así como a la escolarización. Sin embargo y aún cuando se hacen necesarias las reglamentaciones, no podemos eludir al hecho de que existen leyes pero sin contenido humano, por lo que se hace necesaria la formación de una actitud ética.

Asimismo hay que enfatizar que el derecho a la salud y a la educación, se ven inscritos en los considerados como Derechos Humanos; los cuales son inherentes a la persona misma por el simple hecho de serlo. Por tal motivo, los citados Derechos se presentan como parte fundamental de una cultura social, mediante la cual se trata de dar una conciencia de tipo humanista al hombre en general.

No obstante lo anterior, se observa que los derechos enunciados presentan una incapacidad por la complejidad de la vida misma para dar una respuesta concreta ante los problemas sociales que aquejan a la población en su conjunto.

En las reglamentaciones que se han elaborado para la protección del niño, podemos observar que en ellas se vislumbran por un lado el "deber ser", "el derecho a", "la oportunidad de", "atenderlo en". En fin, se habla de lo que el menor tiene derecho pero no de los mecanismos mediante los cuales se implementen actividades que garanticen su bienestar físico y emocional.

La razón por la cual se hace hincapié en la infancia, se debe al hecho de que el niño por encontrarse en un período esencial que repercutirá de manera fundamental en la formación de su personalidad, necesita de protección y cuidados especiales desde el momento de su concepción hasta su completa incorporación al seno de su comunidad. Por ello, a de recibir lo mejor que el Estado y la Sociedad puedan brindarle con la finalidad de que goce y disfrute de una infancia plena de derechos, oportunidades y libertades que se encuentran internacionalmente reconocidos y mediante los cuales pueda desarrollarse en las esferas social, física, mental y moral de una forma oportuna, saludable, creciente y constante.

Retomando el derecho a la educación podríamos decir que en cuanto a la escolarización del niño en el marco hospitalario, habría que considerar los siguientes elementos: proporcionar las nociones necesarias que posibiliten proseguir la formación escolar del paciente durante su permanencia en el hospital; contar con mobiliario pertinente, así como con recursos tanto humanos como financieros que se adapten a las características del contexto hospitalario.

Todo ello con la finalidad de satisfacer oportuna y ampliamente los propósitos educativos que se formularon para tan particulares circunstancias como lo es el proceso de hospitalización, particularmente en el caso del niño.

Esta regulación ha de trascender tanto en instancias hospitalarias particulares como en las de asistencia social; así como rebasar todos los procedimientos burocráticos que obstaculicen su aplicación, la individualización y protagonismo de todos aquellos profesionales que atiendan a la persona enferma y la falta de concientización acerca de todo lo que el proceso de hospitalización representa para el paciente como para su familia.

En fin, son muchos y variados los elementos que han de conjuntarse para una oportuna y eficaz implementación de la pedagogía en el marco hospitalario, en aquello que se ha denominado con el nombre de Pedagogía Hospitalaria.

Sólo resta dejar asentadas las siguientes interrogantes:

¿ Qué formación demanda el profesional de la Pedagogía Hospitalaria para realizar satisfactoriamente su tarea ?

¿ Cuáles son las perspectivas para la implementación de la Pedagogía Hospitalaria en un futuro no muy lejano ?

¿ Cuáles son sus posibilidades de desarrollo en México ?

Aún cuando por la complejidad que impera en lo que se ha denominado como Pedagogía Hospitalaria, el trabajo del pedagogo no puede reducirse a los enfoques y actividades señaladas, sino que debe trascenderlas y enfocar su atención a uno de los aspectos colindantes con la instancia hospitalaria, lo referido a la "Educación para la salud" y su "participación en la salud comunitaria como un aspecto derivado de la salud pública".

Esto es, que si bien en una primera instancia el pedagogo atiende a personas afectadas en término de su salud, bien puede a partir del contexto hospitalario atender aspectos de salud tanto a nivel individual como comunitario, mediante la implementación de pláticas, cursos, conferencias, acerca de la participación de la comunidad en la protección de su salud.

Conjuntando la salud comunitaria con lo concierne a la educación para la salud, podríamos decir que su filosofía estribaría en la divulgación de conocimientos dirigidos al individuo, a su grupo y a su comunidad sobre las creencias, actitudes y conductas respecto a la salud; así como los procesos y esfuerzos que son necesarios de adquirir y fomentar para la consecución de un nivel óptimo de bienestar.

Por lo anterior, podríamos decir que las líneas directrices de la educación para la salud dirigida a una comunidad se plasmarían en:

- a) la generación de un ambiente que favorezca la salud individual y la colectiva tanto a nivel físico como emocional;
- b) un medio posibilitador del desarrollo de un sentido de responsabilidad del individuo hacia su salud; y
- c) su constitución, en uno de los componentes de los programas de instituciones de salud pública y hospitalarias.

Para la consecución de las anteriores directrices es necesaria la implementación de actividades adecuadamente planeadas para proporcionar experiencias acordes al tiempo, lugar y creencias de la comunidad en particular que permitan la conducción del óptimo logro de los

conocimientos, actitudes y tipos de conducta favorables a la salud individual, grupal y de la comunidad. Lo cual redunde en un beneficio permanente tanto en su salud física como en la emocional.

Es preciso señalar que la Educación para la salud se instituye como clave de una participación social que puede traducirse en una herramienta de transformación social y cultural: la cual puede originar un importante cambio en el sistema sanitario del país.

La tarea del pedagogo en la educación para la salud inscrita en la salud comunitaria, radica en irse adentrando en estas complejas esferas para la incidencia creciente y constante de su campo profesional y laboral.

Su incursión en este ámbito demanda:

- 1) dar cuenta de la incidencia de los factores que contribuyen a deteriorar el estado de salud de la población;
- 2) atender necesidades particulares de la persona hospitalizada que favorezcan su situación tanto física como emocional, y
- 3) establecer las bases para fomentar una educación para la salud en el marco de las posibilidades que cada enfermedad plantee al paciente.

En fin, el estado de salud de la población se erige como un importante campo de acción laboral y profesional del pedagogo por todo lo anteriormente expuesto, lo cual demanda crear una actitud que posibilite la instrucción de la educación para la salud con la comunidad y los centros de salud, así como constituirse en la opción que favorezca la promoción de propuestas y argumentos pedagógicos en esta área que redunden en beneficio para la población en general.

Es importante resaltar el que el tema de la Pedagogía Hospitalaria no es algo ya definido, sino que a lo largo de este trabajo se ha tratado de dar algunos lineamientos, ejes, líneas

directrices de lo que puede abordar el ejercicio pedagógico a la par con otras disciplinas que se encuentran inscritas en la instancia hospitalaria.

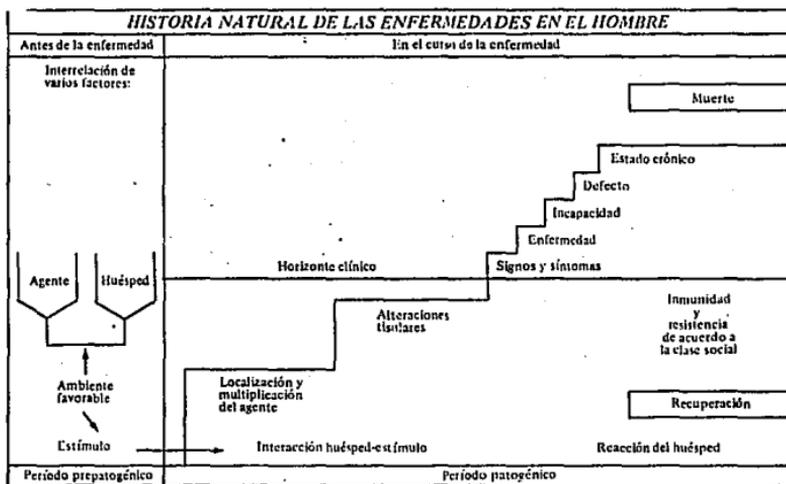
Algunas de las pautas que el presente trabajo deja cuestionadas son las referidas a los tipos de atención pedagógica que son tan necesarios para niños que presentan secuelas, algún tipo de invalidez e incluso, aquellos pacientes que sean crónicos o que ya sean enfermos terminales.

Por la complejidad que reviste un proceso de hospitalización en este trabajo he tratado de dar cuenta de lo que le representa particularmente al niño, además de presentar algunos elementos que no han sido considerados en el internamiento del niño y que representan para éste un conjunto de factores que lo agreden, determinan e influyen en su esfera afectiva-emocional y psicológica. Factores que en parte determinan el estado de salud del paciente, de su familia y, las perspectivas del trabajo pedagógico en este proceso y contexto.

ANEXOS.

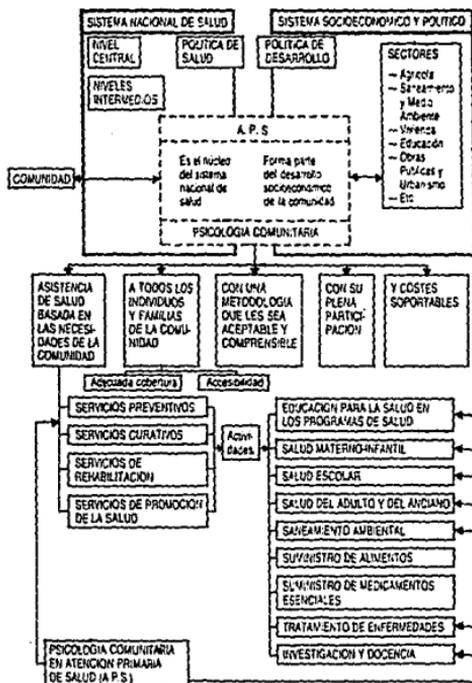
ANEXO NUM.1

ESQUEMA DE LA HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD



ANEXO NUM. 2

ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD



COMADO DE MIGUEL COSTA Y ERNESTO LOPEZ. SALUD COMUNITARIA, P. 21

ANEXO NUM. 3
SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000

En 1977, la Asamblea Mundial de la Salud decidió que la principal meta social de los gobiernos y de la OMS debía constituir en alcanzar para todos los hombres del mundo en el año 2000 un grado de salud tal que les permitiera llevar una vida social y económicamente productiva. Siendo la clave para alcanzar esa meta la Atención Primaria a la Salud (APS).

Para 1979 la Asamblea de la Salud emitió la Estrategia Mundial de Salud para todos en el año 2000. Entendida la estrategia como un conjunto de líneas generales de acción necesarias en todos los sectores que han de contribuir a la aplicación de la política sanitaria.

La Atención Primaria a la Salud (APS) es la asistencia sanitaria basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables; puesta al alcance de toda la población mediante su plena participación y a un costo que el país pueda solventar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo.

La APS representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de la salud al lugar donde residen y trabajan las personas. Constituyéndose en un primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria, a la vez que se encuentra inmersa en el desarrollo socioeconómico del país.

La base política de la salud para todos se encuentra en la constitución de la OMS, en la que se declara que la finalidad de ésta será "alcanzar para todos los pueblos el grado más alto posible de salud". La meta de la salud para todos en el año 2000 incorpora ese mismo objetivo.

La acción de la OMS será de importancia capital en el establecimiento y la aplicación de la Estrategia, mediante el ejercicio de su función constitucional en relación con la acción sanitaria internacional. Siendo de su competencia ocuparse de conseguir la movilización internacional de recursos humanos, así como intensificar sus programas mundiales sobre los elementos esenciales de la APS.

Es importante aclarar que la citada Estrategia no significa que en el año 2000 médicos y enfermeras deban prestar atención médica a todos los enfermos del mundo y curar sus afecciones, ni que en el año 2000 no deba haber enfermos ni impedidos. Sino quiere decir que a través de ella, la población tendrá el conocimiento y aplicará mejores métodos para la prevención de su salud que los de ahora y. dispondrá de mejores medios para crecer, envejecer y morir.

La principal finalidad de la Estrategia Mundial de Salud para todos en el año 2000 es el establecimiento de la infraestructura del sistema de salud partiendo de la atención primaria para la ejecución de programas nacionales que beneficien a la población. Esos programas han de incluir medidas para la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, el diagnóstico,

tratamiento y la rehabilitación.

Algunos de los principios fundamentales de la Estrategia son los siguientes:

- 1) La salud es un derecho fundamental y meta social.
- 2) Distribución equitativa de los recursos de salud entre los diversos países como al interior de cada uno de ellos.
- 3) La población tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y prestación de la asistencia sanitaria.
- 4) El compromiso y responsabilidad por alcanzar la salud para todos incumbe a los gobiernos en tanto a la adopción de medidas de salud y otras medidas sociales adecuadas.
- 5) Es preciso que los países adquieran autorresponsabilidad en materia de salud.
- 6) Es preciso coordinar los esfuerzos de los demás sectores sociales y económicos interesados en el desarrollo nacional.
- 7) Deben aprovecharse mejor y plenamente los recursos mundiales para fomentar la salud y el desarrollo de la población.

La Estrategia estará basada en el reforzamiento mutuo de las políticas de desarrollo de la salud y las políticas de desarrollo del área socioeconómica.

Con el fin de vigilar los progresos realizados en la aplicación de la Estrategia y de evaluar su eficacia, los países establecerán procesos de vigilancia y evaluación como parte de su proceso de gestión para el desarrollo nacional de la salud. En el plano internacional, se utilizarán los mecanismos de la OMS para notificar los progresos y evaluar los efectos de la Estrategia.

Las perspectivas de la situación socioeconómica y sanitaria en que habrá de aplicarse la estrategia son un tanto sombrías. No obstante a ello, se han definido políticas de salud y socioeconómicas afines y necesarias para alcanzar la meta de la salud para todos en el año 2000. Asimismo, se han descrito procedimientos para dar efecto a esas políticas en los planos nacional e internacional, apoyando el desarrollo de sistemas de salud basados en la atención primaria y en una acción multisectorial concomitante.

ANEXO NUM. 4

DECLARACION DE LOS DERECHOS DEL NIÑO. DIEZ PRINCIPIOS FUNDAMENTALES.

La Asamblea General PROCLAMA la presente Declaración de los Derechos del Niño, a fin de que éste pueda tener una infancia feliz y gozar, en su propio bien de la sociedad, de los derechos y libertades que en ella se enuncian, e insta a los padres, a los hombres y mujeres individualmente y a las organizaciones particulares, autoridades locales y gobiernos nacionales a que reconozcan esos derechos y luchen por su observancia con medidas legislativas y de otra índole adoptadas progresivamente en conformidad con los siguientes principios:

I. El niño disfrutará de todos los derechos enunciados en esta Declaración. Estos derechos serán reconocidos a todos los niños sin excepción alguna, ni distinción, o discriminación por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento u otra condición, ya sea del propio niño o de su familia.

II. El niño gozará de una protección especial y dispondrá de oportunidades y servicios, dispensado todo ello por la ley y por otros medios, para que pueda desarrollarse física, mental, moral, espiritual y socialmente en forma saludable y normal, así como en condiciones de libertad y dignidad.

III. El niño tiene derecho desde su nacimiento a un nombre y a una nacionalidad.

IV. El niño debe gozar de los beneficios de la seguridad social. Tendrá derecho a crecer y desarrollarse en buena salud; con este fin deberán proporcionarse, tanto a él como a su madre, cuidados especiales, incluso atención prenatal y postnatal. El niño tendrá derecho a disfrutar de alimentación, vivienda y recreo y servicios médicos adecuados.

V. El niño física o mentalmente impedido o que sufra algún impedimento social debe recibir el tratamiento, la educación y los cuidados especiales que requiere su caso particular.

VI. El niño, para el pleno y armonioso desarrollo de su personalidad, necesita amor y comprensión. Siempre que sea posible, deberá crecer al amparo y bajo la responsabilidad de sus padres y, en todo caso, en un ambiente de afecto y de seguridad moral y material; salvo circunstancias excepcionales, no deberá separarse al niño de corta edad de su madre. La sociedad y las autoridades públicas tendrán la obligación de cuidar especialmente a los niños sin familia o que carezcan de medios adecuados de subsistencia. Para el mantenimiento de los hijos de familias numerosas conviene conceder subsidios estatales o de otra índole.

VII. El niño tiene derecho a recibir educación, que será gratuita y obligatoria por lo menos en las etapas elementales. Se le dará una educación que favorezca su cultura general y le

permita, en condiciones de igualdad de oportunidades, desarrollar sus aptitudes y su juicio individual, su sentido de responsabilidad moral y social, y llegar a ser un miembro útil de la sociedad.

El interés superior del niño debe ser el principio rector de quienes tienen la responsabilidad de su educación y orientación; dicha responsabilidad incumbe en primer término a sus padres.

El niño debe disfrutar plenamente de juegos y recreaciones, los cuales deberán estar orientados hacia los fines perseguidos por la educación; la sociedad y las autoridades públicas se esforzarán por promover el goce de este derecho.

VIII. El niño debe, en todas las circunstancias, figurar entre los primeros que reciban protección y socorro.

IX. El niño debe ser protegido contra toda forma de abandono, crueldad y explotación. No será objeto de ningún tipo de trata.

No deberá permitirse al niño trabajar antes de una edad mínima adecuada; en ningún caso se le dedicará ni se le permitirá que se dedique a una ocupación o empleo alguno que pueda perjudicar su salud o su educación, o impedir su desarrollo físico, mental o moral.

X. El niño debe ser protegido contra las prácticas que, puedan fomentar la discriminación racial, religiosa o de cualquier otra índole. Debe ser educado en un espíritu de comprensión, tolerancia, amistad entre los pueblos, paz y fraternidad universal, y con plena conciencia de que debe consagrar sus energías y aptitudes al servicio de sus semejantes.

BIBLIOGRAFIA.

BIBLIOGRAFIA

ALONSO, JORGE (Coord.) et. al.

El nuevo Estado Mexicano. IV. Estado y Sociedad.

México, Nueva Imagen, 1992.

ALMADA, IGNACIO.

Salud y crisis en México: Textos para un debate.

México, FCE, 1982.

BLEGER, JOSE.

Psicología de la conducta.

Buenos Aires, Ed. Paidós, 1979.

CENTRO DE DERECHOS HUMANOS.

Los Derechos del Niño.

Folleto informativo núm. 10.

COSTA, M. Y LOPEZ, E.

Salud Comunitaria.

Barcelona, Ed. Martínez Roca, 1986.

CSEPNA.

"Un compromiso para la acción y la movilización social": Respuesta de México en favor de la infancia

México, CSEPNA, UNICEF, 1992.

DE LA FUENTE MUÑOZ, R.

Psicología Médica.

México, F.C.E. 1959.

DIAZ MULLER, LUIS.

Manual de Derechos Humanos.

Colecc. Manuales 91/3, Comisión Nacional de Derechos Humanos.

FREDEN, LARS.

Aspectos psicosociales de la Depresión.

México, FCE, 1986.

GOMEZ JARA, FCO. *et. al.*

Salud Comunitaria.

Madrid, Nueva Sociología, 1981.

GONZALEZ CARBAJAL, E.

Diagnóstico de la salud en México.

México, Trillas, 1988.

GONZALEZ SIMANCAS Y POLAINO LORENTE.

Pedagogía Hospitalaria (Actividad educativa en ambientes clínicos).

Madrid, Narcea, 1990.

HALLER, ALEXANDER *et. al.*

El niño hospitalizado y su familia.

Argentina, Atenco, 1978.

HERRERA MADRIGAL, MA.

La Salud.

México, CEE, 1988.

KUMATE, J. (Comp.) et al.

La Salud en México: Testimonios 1988.

México, FCE, 1988.

LAGUNA, JOSE (Comp.) et al.

La Salud en México: Testimonios 1988.

México, FCE, 1988.

LOPEZ ACUÑA, D.

La Salud desigual en México.

México, Ed. Siglo XXI, 1982.

OMS.

Estrategia mundial de Salud para todos en el año 2000

Ginebra, OMS, 1981. Serie: Salud para todos, núm. 3

OMS.

Relaciones entre los programas de salud y el desarrollo social y económico.

Ginebra, OMS, 1980. Cuadernos de Salud Pública núm. 49

NUÑEZ PEREZ, V.

Modelos de educación social en la época contemporánea.

Barcelona, PPU, 1990.

OÑATE, MA.

El Autoconcepto.

Madrid, Ed. Narcea, 1989.

ORTIZ QUESADA, F. (Comp.)

Vida y muerte del mexicano.

México, Folios Ediciones, 1982.

PETRILLO, MADELINE.

Cuidado emocional del niño hospitalizado.

México, Prensa Médica Mexicana, 1975.

PLANK, EMMA.

El cuidado psicológico del niño enfermo en el hospital.

Buenos Aires, Paidós, 1966.

ROJAS SORIANO, R.

Crisis, Salud, Enfermedad y Práctica Médica.

México, Plaza y Valdés, 1990.

ROLLO MAY, et al.

La angustia normal y patológica.

Buenos Aires, Ed. Paidós, 1968.

SAN MARTIN, HERNAN.

Manual de Salud Pública y Medicina Preventiva.

Barcelona, Masson, 1989.

SERRANO GLZ., MA.

Educación para la salud y Participación comunitaria.

Barcelona, Díaz de Santos, 1990.

SOBERON, GUILLERMO et. al. (Comp.)

La Salud en México: Testimonios 1988.

México, FCE, 1988.

STHELENS, PATRICK (Comp.)

La problemática del niño en México.

México, Federación Editorial Mexicana, 1991.

VALDEZ OLMEDO, C. (Cord.)

La protección de la salud en México. Palabras, Discursos y Mensajes de Guillermo Soberón.

México, Porrúa, 1987.

WIT, ANDRES et. al.

La salud pública en México.

México, CONACYT, 1982.