



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**



**ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL**

**REPERCUSIONES EMOCIONALES EN HIJOS DE 0 A 5 AÑOS,  
DE PACIENTES INTERNAS DE 20 A 30 AÑOS DE EDAD, DEL  
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ**

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

**LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL**

P R E S E N T A

**VERÓNICA MERCEDES URIBE GUTIÉRREZ**

ESCUELA NACIONAL  
DE TRABAJO SOCIAL  
TESIS Y EXAMENES  
PROFESIONALES

MÉXICO, D.F.

MARZO, 1995

**FALLA DE ORIGEN**



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.

**No solo es un intento**

**Es el logro de**

**Una meta trazada.**

Dedico esta TESIS a mis hijas:

**Jessica Isabel y Melissa Antonieta**

Por la **alegría** que ofrecen día con día a mi vida, por su infinita confianza y por el tiempo que me brindaron para hacerla posible.

A mi esposo:

**José Luis**

Por su esfuerzo y apoyo incondicional; por su responsabilidad como pareja y padre; por las experiencias que hemos compartido: agradables que nos han colmado de felicidad y difíciles que, aún cuando nos han abrumado, hemos superado con optimismo y **AMOR**.

A mi madre:

**Antonieta**

Por su ayuda constante.

Porque **te amo** mamá: ayer, hoy y siempre.

A mi padre:

**Roman Guillermo**

**Te quiero papá y lo que menos deseo en la vida es fallarte.**

A mi hermana:

**Laura**

Por su apoyo como profesional y amiga. Y a quien quiero con profundo cariño.



A mi hermana:

**Norma y a su hija Ada**

A quienes **quiero** con profundo cariño.

A mi suegro:

**José Luis**

Por su **apoyo** y perseverancia.

Y a todas aquellas personas que compartieron conmigo  
detalles significativos de apoyo, esfuerzo y **AMISTAD**.

Agradezco a la **Lic. Mireya Zárate Pérez** por su asesoría , por su profesionalismo y capacidad con que me apoyó en todo momento y a quien antes de finalizar mi trabajo, ya consideraba como una amiga.

Mi más profundo respeto y admiración.

**GRACIAS**

Agradezco sinceramente a los profesores:

Dr. Saturno Maciel Magaña

Lic. Cristina Mendoza Ramírez

Lic. Blanca Estela Valdéz Sánchez

Lic. María de la Luz Eslava Laguna

por sus atenciones y el tiempo que me brindaron.

por su profesionalismo y apoyo.

Agradezco al personal del Departamento de Educación Continua por el esfuerzo que realizan para contribuir a la realización profesional de nosotros los estudiantes de la Escuela Nacional de Trabajo Social.

# I N D I C E

PAG.

## **Introducción.**

### **Capítulo I. Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez**

- |     |  |    |
|-----|--|----|
| 1.1 | Antecedentes de la Institución.....            | 6  |
| 1.2 | Características de la atención y servicio..... | 14 |

### **Capítulo II. Trabajo Social Psiquiátrico**

- |     |   |    |
|-----|---|----|
| 2.1 | Objetivos del Trabajo Social Psiquiátrico<br>como campo de intervención.....                          | 17 |
| 2.2 | Funciones y actividades de Trabajo Social<br>en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez..... | 21 |

### **Capítulo III. La Infancia**

- |     |   |    |
|-----|---|----|
| 3.1 | Desarrollo de la Personalidad.....                    | 31 |
| 3.2 | Relación Madre-Hijo en los primeros años de vida..... | 37 |

3.3	Alteraciones emocionales transitorias en la etapa de la infancia.....	40
-----	---	----

<b>Capítulo IV.</b>	<b>Algunas alteraciones transitorias de tipo emocional que presentan los hijos de las pacientes psiquiátricas ante su hospitalización.....</b>	<b>49</b>
---------------------	--	-----------

<b>Capítulo V.</b>	<b>Prevención de alteraciones emocionales transitorias en la etapa de la infancia.....</b>	<b>67</b>
--------------------	--	-----------

<b>Conclusión.....</b>	<b>76</b>
------------------------	-----------

**Anexos.**

**Bibliografía.**

## INTRODUCCIÓN

Repercusiones emocionales en la etapa de la infancia, detectar e investigar causas y sus diferentes efectos; identificar el momento de atención e intervención: como padre, como profesional o como Trabajador Social. Aplicar la prevención mediante programas. He aquí un tema de estudio, que toma como base la edad de formación y desarrollo de la personalidad: LA INFANCIA, COMO EL PASO MAS IMPORTANTE DEL HOMBRE, EN LA QUE APRENDE, DESDE EL LENGUAJE, COSTUMBRES, NORMAS, ETC., HASTA LOS MODOS DE ENFRENTAR LOS PROBLEMAS DE LA VIDA.

¿ Por qué el interés de enfocar una investigación hacia los niños ?

Durante el tiempo en que se llevó a efecto el Servicio Social en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, además de cumplir con funciones y actividades inherentes al programa; se observaban las actitudes de la gente que se encontraba en el interior y exterior de la Institución, fijando la atención en los pequeños que generalmente esperan en las bancas situadas a la entrada, o bien, en el camellón inmediato al cruce de la calle, en

ocasiones vigilados por el personal de seguridad, o por algún adulto que con seguridad es un pariente cercano o un vecino interesado en colaborar con la persona que en esos momentos trasladó a su familiar a que recibiera atención psiquiátrica. No será cuestión de alarmarse, si se trata de una consulta breve y la adquisición de una receta que hay que surtir para llegar a casa y continuar con la rutina acostumbrada. Pero... ¿ y sí la situación es aún más grave ?; ¿ si se trata de pequeños cuya madre es la paciente que requiere la consulta ? y por diagnóstico del médico psiquiatra requiere de hospitalización, ¿ que pasará entonces ? existen mil preguntas que formular al respecto; sin embargo, para abordarlo como tema de investigación, es necesario delimitar el problema, hasta lograr definir un solo aspecto de una población determinada, en cierto lugar y tiempo. Así, se optó por seleccionar a niños de 0 a 5 años, cuyas madres son pacientes de 20 a 30 años de edad; la finalidad es identificar las repercusiones emocionales que se manifiestan en el niño, mientras las madres cumplen con el período de recuperación en la estancia hospitalaria.

¿ Por qué ésta población ? La infancia, como realidad misma que ocurre en toda sociedad, es un tema ampliamente abordado por diferentes disciplinas del conocimiento, se hacen estudios diversos, como: El niño maltratado; El niño de la calle; El



niño del orfanato; El niño que migra del campo a la ciudad; El niño con síndrome de Down; El niño preescolar; etc., etc...

También existen investigaciones enfocadas a diferentes Instituciones, que hacen referencia a su funcionamiento; específicamente acerca de Instituciones Psiquiátricas, se encuentran: Diferencia de Hospitales Psiquiátricos Privados y Públicos; Instituciones Psiquiátricas para adultos, para infantes; El Trabajo Social dentro de la Institución Psiquiátrica; etc..

De la bibliografía hasta el momento consultada, no se encontraron investigaciones que aborden la temática de la paciente psiquiátrica en su rol como madre, o las repercusiones emocionales de sus hijos; por lo que se consideró importante abordar el tema. Elaborando el presente estudio exploratorio, tipo transversal.

El contenido del presente trabajo consta de cinco capítulos, en el primero se encontrará una reseña del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, en cuanto a sus antecedentes, atención y servicio. Ubicado en el esquema como apartado preliminar, por considerar que los temas de tesis son elaborados en diversos campos de índole Institucional o Comunitarios, y particularmente

para enfatizar los datos que se ofrecen al respecto y que con frecuencia no son de fácil acceso.

El siguiente, está dedicado a Trabajo Social Psiquiátrico, donde se dan a conocer sus objetivos, además de las funciones y actividades desempeñadas en dicha Institución.

En el capítulo tercero, se desglosa el tema de la infancia, en tres aspectos: desarrollo de la personalidad, relación madre e hijo en los primeros años de vida y alteraciones emocionales transitorias. Es aquí donde toma forma el tema de estudio, ya que al hablar de repercusiones emocionales en niños que atraviesan días adversos a la cotidianidad de su vida, o dicho de otra forma, enfrentan una situación desconocida, a la que indudablemente reaccionarán cada uno de ellos en distinta manera; por ello, se consideró necesario indagar la teoría de los puntos incluidos que llevan estrecha relación y delimitan claramente algunas de las alteraciones que se consideraron más frecuentes y de detección accesible, mediante el instrumento empleado; ya que existen otras, que de haberse abordado hubieran requerido de estudios más profundos para aseverar su manifestación.

El capítulo cuarto, contiene el análisis de resultados de la investigación, así como la frecuencia de alteraciones emocionales

transitorias que presentaron los niños de 0 a 5 años, hijos de madres psiquiátricas, ante su hospitalización.

En el último capítulo, esta el contenido del análisis del tema en cuestión, visto como profesional de Trabajo Social, con la perspectiva de coadyuvar al bienestar de la población estudiada; así como la posibilidad de efectuar investigaciones posteriores relacionadas con las variables empleadas.

**CAPÍTULO I. HOSPITAL PSIQUIÁTRICO**  
**FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ.**

## **1.1 ANTECEDENTES DE LA INSTITUCIÓN.**

La atención de la enfermedad mental en México, data del siglo XVI, desde entonces se fundaron lugares para alojar a personas con trastornos mentales. La contribución de acciones encaminadas a dicho objetivo, continuó a través de los años; sin embargo, se considera relevante que en 1910 se inaugura el Manicomio General de la Castañeda, para albergar en sus pabellones a enfermos de ambos sexos; posteriormente en estados como: Guanajuato, Guadalajara, Michoacán y Monterrey, se fundaron también granjas para pacientes psiquiátricos.

Para 1959 se creó la Dirección de Neurología, Psiquiatría e Higiene Mental de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, con el propósito fundamental de realizar labores efectivas de prevención, rehabilitación, asistencia e investigación, relacionadas con las enfermedades nerviosas y la salud mental de la comunidad.

A partir de entonces la Dirección de Neurología, Psiquiatría e Higiene Mental, se dedica a la construcción de Hospitales para enfermos mentales, tanto en el Distrito Federal como en el interior de la República, entre ellos figura el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, inaugurado en mayo de 1967, creado para

brindar atención integral al enfermo mental agudo de uno y otro sexo, de 15 o más años de edad, que no es protegido por los sistemas de seguridad, especialmente pacientes de escasos recursos económicos, del Distrito Federal o del interior de la República. Su función consiste en:

- \* Detectar y prever oportunamente los padecimientos mentales.
- \* Rehabilitar al enfermo mental.
- \* Enseñar e Investigar sobre la enfermedad mental; y la capacitación y desarrollo del personal que integra la institución.

La distribución física de las instalaciones, se basa en un proyecto arquitectónico definido en dos cuerpos: el primero consta de una sola planta y el segundo formado por una torre de 10 pisos.

El cuerpo de una sola planta, da cabida a las partes de la consulta externa y a las oficinas de gobierno del Hospital. Comprende:

- \* Sala de espera.
- \* Sanitarios para el público.

- \* 8 consultorios con circulación en la parte posterior.
- \* 3 consultorios de psicología.
- \* 3 cubículos de trabajo social.
- \* 3 cámaras de Gesell.
- \* 2 salones para terapia de grupo.
- \* Archivo clínico y bioestadístico.
- \* Sanitarios de personal.
- \* Oficina de admisión.
- \* Oficina del jefe de consulta externa.
- \* Sala de juntas para médicos de consulta externa.
- \* Oficinas de gobierno.

En las 10 plantas que constituyen la torre, se encuentran distribuidos:

\* Servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, esto es las instalaciones necesarias para que el personal profesional de la Institución cuente con las condiciones físicas óptimas para estudios, entrevistas, observación, etc. que son necesarias para diagnosticar el padecimiento mental de cada uno de los pacientes que acuden al Hospital, además de los recursos materiales, medicamentos, estudios profundos, lugar apropiado, etc., importantes para su recuperación. Para lograrlo el Hospital cuenta con:

Laboratorio clínico, radiodiagnóstico, farmacia, quirófano, cinco cubículos abiertos -de cuatro camas cada uno -y cuatro cuartos aislados para terapia intensiva, central de esterilización y equipo, consultorio dental, oftalmología, consulta de medicina general, almacén de sangre, terapia ocupacional y terapia recreacional, electroencefalografía.

\* Hospitalización, en algunos casos, el paciente requiere de la atención médica por encontrarse en crisis, si el médico lo juzga necesario, el paciente causa alta y para su recuperación durante la estancia en la Institución, se cuenta con:

Seis niveles con dos secciones de 50 camas cada una, estación de enfermeras, cuarto séptico, baños y sanitarios de



enfermos, sala de día y comedor, cocina de distribución común, cuarto de exploraciones, consultorio, oficina médica común, sala de juntas común, cámara de Gesell común, sala de terapia ocupacional y sanitarios médicos.

\* Servicios generales, dadas las condiciones del personal que labora en el lugar y para ofrecerle la satisfacción de las necesidades primarias de: alimentación, un lugar apropiado para el cambio de ropa, material en buen estado, ropa para pacientes internos, etc., se crearon las siguientes instalaciones:

Cocina, almacén de víveres, comedor de personal, lavandería, casa de máquinas, almacén general, vestidores de personal, mortuorio, bodega general, garaje para ambulancias e intendencia.

\* Docencia. Por ser la SEDE de la Psiquiatría en México, aunado a la característica de varios Hospitales de la Secretaría de Salud, llegan estudiantes de medicina para su especialización, no solo del Distrito Federal, sino también del interior de la República, Centroamérica y Sudamérica, con la finalidad de brindarles albergue, se cuenta con:

Habitaciones para médicos residentes, seis aulas y auditorio.

\* Cafetería y tienda.

En resumen, el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez proporciona los siguientes servicios:

\* Urgencias psiquiátricas.

\* Consulta externa.

\* Hospitalización continua.

\* Interferencias médicas:

- Oftalmología

- Cardiología

- Neurología

- Odontología

- Ginecología

\* Servicios paramédicos:

- Psicología

- Trabajo Social

- Nutrición

\* Servicios de gabinete:

- Rayos X

- Electroencefalografía

- Laboratorio de análisis clínico

(Contando con el servicio de farmacia a usuarios de la Institución).

Todo ello con la finalidad de ofrecer al paciente un tratamiento adecuado, congruente a su diagnóstico.

Una modalidad que existe es : La Hospitalización Parcial; de la que surge el servicio de Psiquiatría Comunitaria.

La hospitalización parcial u hospital de día es, como su nombre lo indica, cuando "... el paciente asiste a la institución por medio tiempo o por horas (regularmente en turno matutino),-para

recibir su consulta clínica, mientras que- los familiares se integran a grupos de orientación, retirándose de la institución al finalizar la terapia.

Se cuenta con programas para pacientes que han sido hospitalizados ... permitiendo su interacción y propiciando con esto la reincorporación al grupo familiar.

Se observa la evolución del paciente en un plazo más largo, proporcionando las bases para el aprovechamiento de su salud residual. -Es lo que se conoce como, psiquiatría comunitaria, cuyo estudio se realiza mediante- reuniones clínicas en las que se comenta la evolución de los casos, los problemas resueltos y los que persisten, así los nuevos a resolver, y se involucra a la familia en los tratamientos." (1)

## **1.2 CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN Y SERVICIO.**

El Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez es una institución médica de Gobierno, de Tercer Nivel(\*), dedicada a la atención integral de pacientes psiquiátricos agudos, cuyo servicio y atención se basa en lo que se conoce como el modelo médico social, llamado así, porque gracias a ello se cuenta con ambientes terapéuticos, es decir, crea situaciones individuales y grupales, que motivan la comunicación y/o el intercambio de ideas, experiencias y posibles soluciones a la problemática psíquica y social, tanto del paciente, como de la familia, que ayudan a aliviar la crisis del paciente. Uno de sus objetivos primordiales es proteger al enfermo del medio familiar y social en lo referente a su estigmatización como "loco". Ofreciendo capacitación a la familia en cuanto a las formas de manejo y control de su enfermo, concientizándola sobre su responsabilidad, sus derechos y obligaciones involucrándola desde el primer momento, con programas uní o plurifamiliares, paralelos al tratamiento del paciente, encargándose el psiquiatra del paciente, y de la familia, el trabajador social, quien realiza un

---

(\*) Los servicios médicos están regulados por la Secretaría de Salud y clasificados por niveles de atención: el primer nivel es clínico, el segundo corresponde a clínica y urgencias; el tercero reúne, clínica, urgencias y hospitalización.

diagnóstico de familia, efectuando tratamientos de múltiple impacto -según las expectativas de lo que se quiere lograr; por ejemplo, si lo que se pretende es dar a conocer los consejos para detectar si el paciente en casa dejó de tomar sus medicamentos (programa plurifamiliar), se procede a realizar las actividades encaminadas a un tratamiento que pretende como respuesta (impacto), que la familia no descuide la administración de medicamentos al enfermo-.

Las emergencias y las interurrencias son atendidas por el equipo interdisciplinario, aplicando un manejo práctico en los casos de crisis. Tratando de reducir al máximo la hospitalización. Los tratamientos posteriores son programados en función de la colaboración del paciente, su familia y el equipo de salud; por lo que en ningún momento se desvincula al paciente de la familia y la comunidad.

El servicio se da todos los días; inclusive domingo y días festivos, durante las 24 horas, por considerar que se pueden presentar crisis en cualquier momento y deben ser atendidas con urgencia.

Se proporciona formación y capacitación continua a estudiantes y profesionistas, para la realización de investigaciones científicas, inter y multidisciplinarias.

Como todo servicio que presta una Institución de Gobierno, su organización la encabeza la Dirección, la cual requiere de un departamento de asistentes; en este caso, existe también un patronato, que apoya con fondos revolventes y un consejo técnico; de la Dirección dependen tres Subdirecciones que administran todos los servicios, entre ellos se cuenta con Medicina Preventiva, la cual depende directamente de la Dirección, como se ilustra en el Organigrama (ver Anexo 2); en el que se puede observar que el Departamento de Trabajo Social Psiquiátrico, depende de la División Paramédica y ocupa una posición paralela con los Departamentos de Psicología y Enfermería, pues las funciones de éstos profesionistas son complementarias; respecto a las de Trabajo Social Psiquiátrico, se habla en el siguiente capítulo.

## **CAPÍTULO II. TRABAJO SOCIAL PSIQUIÁTRICO.**



## **2.1 OBJETIVOS DEL TRABAJO SOCIAL PSIQUIÁTRICO, COMO CAMPO DE INTERVENCIÓN.**

Para dar un carácter formal al Trabajo Social Psiquiátrico, se implantó un curso de especialización, que actualmente se imparte en el Departamento de Salud Mental de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, en coordinación con el Instituto Mexicano de Psiquiatría, su finalidad es la de capacitar, a través de un proceso formativo teórico-práctico, a los profesionales de trabajo social con título expedido, respondiendo de esa manera a las necesidades que presenta la sociedad en el aspecto psiquiátrico, en la prevención de enfermedades mentales y en la preservación de la salud mental.

En lo que respecta a la intervención profesional del Trabajo Social en el área psiquiátrica, ésta se desarrolla en dos líneas: Tarea intramural y Tarea extramural:

### **"Tarea Intramural.**

Trabajo con los pacientes, también se extiende a los familiares en aquellos servicios en que se realizan actividades que

los comprenden. Abarca la labor interdisciplinaria, ya que ésta área trabaja de manera grupal con distintos profesionales en reuniones periódicas para unificar criterios con respecto a los diagnósticos y tratamientos.

### **Tarea Extramural.**

Comprende la labor que debe realizarse con la familia y los grupos laborales, escolares, etc. y con otras instituciones o dependencias y lo que se entiende como trabajo comunitario. ..."

(2)

Sus objetivos son:

"\* Proporcionar atención integral al paciente y su familia, encaminando las acciones a prevenir, diagnosticar y tratar los trastornos mentales.

\* Participar en el equipo interdisciplinario con la investigación de la dinámica familiar del paciente y su problemática social.

\* Motivar a la familia para que participe en el tratamiento y rehabilitación del paciente.

\* Influir en el comportamiento del paciente, mejorando su ambiente y calmando la ansiedad durante su hospitalización.

\* Realizar investigaciones de las enfermedades mentales en su gestación." (3)

Como vemos, los objetivos están enfocados, tanto al paciente en particular, como a su relación con la familia, desde el punto de vista meramente social, además de otros enfoques, como el médico y el psíquico. La ventaja de formar parte del equipo interdisciplinario, permite al trabajador social, ejercer plenamente su profesión, en cuanto a planear y programar actividades encaminadas a formar y mantener una relación aceptable entre el paciente y su familia, pues con frecuencia se sabe que el enfermo mental es llevado a una institución psiquiátrica, cuando da muestras de hostilidad hacia los demás miembros de la familia, con el deseo de deslindar responsabilidades; a Trabajo Social le corresponde concientizar a los familiares de que mediante un tratamiento médico, cariño y respeto, el paciente logrará su recuperación, sin perder de vista el seguimiento de lineamientos profesionales adecuados.

Con todo ello Trabajo Social, se hace indispensable a nivel institucional, afrontando de manera particular la responsabilidad que se le asigna en sus funciones y actividades, de las cuales se habla en el siguiente apartado.

## **2.2 FUNCIONES Y ACTIVIDADES DE TRABAJO SOCIAL EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ.**

Las funciones de Trabajo Social, en la Institución se dividen de acuerdo al Organigrama del Departamento (ver Anexo 3); las que respectan al jefe de trabajo social son: planear, programar, organizar, supervisar y evaluar, las actividades del servicio, mismas que son enmarcadas en un programa general que se elabora anualmente.

En la jefatura de trabajo social, se hace la calendarización de actividades, con el nombre de la trabajadora social y el servicio correspondiente.

Para la evaluación, se efectúan reuniones periódicas a las que asisten los recursos humanos del servicio y dan cuenta de las actividades realizadas y de la programación de otras para el siguiente período.

Las funciones del área de Trabajo Social son:

**\* Investigación.**

Se hace con la finalidad de obtener la información familiar y social verídica y suficiente que afecta al paciente con el propósito de aportar los conocimientos y experiencias prácticas en el estudio, análisis y posible solución de aquellos factores socioeconómicos o culturales que interfieran en el padecimiento del paciente, ya sea para la rehabilitación, tratamiento o prevención de las enfermedades mentales.

**\* Elaboración de subprogramas.**

Derivados del programa general o en aquellos que se solicite su intervención profesional.

Que se logran mediante las siguientes actividades:

- Elaborar subprogramas de trabajo por servicio: urgencias, consulta externa, especialidades, hospital parcial, unidad de cuidados especiales psiquiátricos y de cada uno de los pisos de hospitalización.
- Solicitar recursos materiales, a través de memorándum.

-Elaborar estudio médico-social inicial, el cual se lleva a cabo en el servicio de consulta externa a aquellos pacientes que solicitan el servicio por primera vez, así se abre el expediente y se proporciona un carnet de citas.

-Participar en el proceso de caso, es decir, estudiar las condiciones positivas del paciente, desde el punto de vista social, para lograr con el equipo interdisciplinario el mayor grado de ajuste y adaptación entre el paciente y su medio ambiente.

-Citar familiares y/o responsable de pacientes que se tienen en la unidad hospitalaria, mediante telegrama o llamada telefónica, esto se hace cuando el paciente es remitido por otra Institución y su familia desconoce su paradero.

-Participar en el ingreso o reingreso hospitalario, efectuando entrevista de primera vez, que se realiza cuando la trabajadora social no ha tenido contacto alguno con el familiar y se pretende con ello, obtener datos relevantes que son utilizados por el equipo interdisciplinario; si quedaron pendientes aspectos por tratar, se programan entrevistas subsecuentes.

- Elaborar notas de trabajo social, que se registran en hojas de evolución, en las cuales se enfatiza la actividad realizada del equipo interdisciplinario para con el paciente, estas se anexan al expediente.
  
- Tramitar interconsulta intra-hospitalaria, cuando el paciente requiere de los servicios de oftalmología, odontología, electroencefalograma o ginecología.
  
- Traslado de pacientes a su domicilio particular, cuando ya ha sido dado de alta y el familiar responsable no se presentó a recogerlo.
  
- Referir pacientes a otros niveles de atención médica, cuando el hospital no cuenta con equipo necesario para realizar algún estudio especial, indispensable para su tratamiento. O bien, el paciente es dado de alta por máximo beneficio hospitalario y el médico responsable solicita su traslado a otra Institución.
  
- Participar en la atención de pacientes subrogados del **ISSSTE** o de **PEMEX** cuando sea necesario, pues cabe señalar que existe personal asignado por dichas



dependencias, que están a cargo de la situación de los pacientes derechohabientes.

-Realizar investigación de campo mediante visitas domiciliarias, consiste en acudir a la vivienda del paciente, para diversas finalidades, como: localizar familiares del paciente; informar a los familiares del estado de su paciente, si éste es grave; para complementar el estudio psicosocial, cuando es elegido para presentarlo en sesión clínica.

-Referir a los menores que nacen en la unidad, a su domicilio correspondiente, o a la Institución asignada de no existir un familiar que se responsabilice por el menor.

-Trasladar a los menores a su domicilio, cuando acompañan al enfermo al servicio, y éste queda hospitalizado.

-Participar en sesiones clínicas que se realizan mensualmente, en donde se expone un caso en el auditorio del hospital, al personal en general; presentado por el equipo interdisciplinario.

-Tramitar egresos: por mejoría, máximo beneficio hospitalario, por no regresar de permiso terapéutico, por traslado a otra

Institución, por fuga, por solicitud familiar; en todos los casos es importante verificar que el monto de la cuota asignada halla sido liquidado.

-Tramitar permisos terapéuticos, cuando el médico lo considera conveniente y necesario para observar la reacción del paciente al reincorporarse en el ámbito familiar durante un fin de semana.

-Tramitar el egreso por defunción.

-Actualizar el Directorio de Instituciones.

-Elaborar informe mensual de actividades, cuantitativo y cualitativo, que se entrega a la jefatura de trabajo social.

- Manejo o trabajo con grupos:

**Grupo Abierto.**-Se lleva a cabo en cada uno de los pisos y por sección de hospitalización, en donde se reúnen los pacientes y el equipo interdisciplinario, y la trabajadora social es la encargada de detectar las necesidades de los pacientes, tomando nota de ello; se

efectúa semanalmente, con el propósito de ejecutar actividades y atender las demandas reales de los pacientes.

También se manejan grupos abiertos en el servicio de hospitalización parcial, con los familiares de los pacientes, con el fin de enlazar la relación entre el paciente y su familia, por medio de funciones orientadoras y administrativas. Para ello elabora material didáctico de apoyo; además evalúa cada uno de los logros alcanzados.

**Grupo Cerrado.**-Se forman como resultado de las reuniones con grupos abiertos, de acuerdo al estado de cada paciente, a criterio del médico y tiene por objeto realizar actividades recreativas y/o culturales.

Otra modalidad, es la que se realiza con una familia en particular, con la finalidad de informarles y orientarlos en beneficio del tratamiento, rehabilitación y reintegración del paciente.

Como se puede observar. las funciones y actividades, si no agotan el acervo profesional, sí satisfacen su realización en esta Institución, a diferencia de otros lugares de trabajo, en los que

se limita a que el trabajador social se ubique tras un mostrador ejerciendo acciones que no corresponden a su capacidad profesional.

### **CAPÍTULO III. LA INFANCIA.**

## **LA INFANCIA.**

Cuando se hace referencia a situaciones, o bien, problemas de personas adultas, se centra la atención en posibilidades acordes a la edad, al estado físico, psíquico, económico y social, en relación a un ser maduro; dichas posibilidades se buscan siempre ligadas al pasado del sujeto, por lo que en cuenta regresiva se pasará a la adolescencia, la pubertad, la infancia y hasta a la familia en que fué concebido el individuo. "Los trabajadores sociales han reconocido desde hace tiempo que los niños tienen el derecho a nacer de una madre saludable y en el seno de una familia segura y, después del nacimiento, a cosas básicas como la alimentación, la vivienda y todo aquello que la sociedad estima esencial para producir ciudadanos activos, sanos y productivos...han estudiado más niños que todos los demás profesionales de la salud mental. Ven a niños abandonados, descuidados y víctimas del abuso y del maltrato, y los ven en sus propias casas y en hogares adoptivos, en centros de asistencia diurna y en establecimientos de ayuda y guía, en casas de servicio social y en puestos de asistencia de vecindad, en los tribunales y en estaciones de detención de jóvenes, en hospitales y clínicas y en miles de otros lugares." (4)

En este caso, se centró el planteamiento del problema, en hijos de pacientes psiquiátricas, para hacer un análisis de las repercusiones emocionales que se presentan durante el internamiento de la madre. Por ello en el presente capítulo se desarrollan tres apartados:

- 1). Desarrollo de la personalidad.
- 2). Relación madre-hijo en los primeros años de vida.
- 3). Alteraciones emocionales transitorias en la etapa de la infancia.

En vista de que no existen estudios sobre hijos de pacientes psiquiátricas, se empleó bibliografía del área psicológica y social, de cada uno de los temas por separado.

### **3.1 DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD.**

" El siglo veinte pertenece a los niños: está consagrado a las necesidades y los derechos de los niños, así como a éstos como futuros ciudadanos. ..." (5)

Poner énfasis en la situación particular de los niños de diversos grupos sociales ha sido y sigue siendo tarea seria de profesionales del área social, preocupados por su bienestar. Por otro lado, el estudio de la personalidad lo enmarca la psicología, mediante la manifestación de la conducta.

"...Por desarrollo de la conducta se entiende la afloración completa y la utilización múltiple de las funciones y habilidades que van surgiendo, gracias a la interacción entre el individuo y su ambiente. ..." (6)

La sucesión y etapas del desarrollo de la conducta son las siguientes:

Desde el momento de su nacimiento, hasta cumplir los tres meses de vida, el niño adquiere el control de doce músculos



motrices importantes, para lograr sus primeros movimientos reflejos.

En el segundo trimestre, logra el gobierno de músculos que sostienen la cabeza y mueven los brazos, haciendo esfuerzos para alcanzar objetos.

De los seis a los nueve meses, consigue el dominio del tronco y las manos. Se sienta, agarra, transfiere y manipula objetos.

Al primer año, extiende el dominio a piernas y pies, al índice y al pulgar, logrando agarrar firmemente objetos, muebles y alimentos.

En el segundo año camina y corre; articula palabras y frases; adquiere control de la vejiga y recto y además un rudimentario sentido de identidad personal y de posesión.

En el tercer año habla empleando oraciones, usa palabras como instrumento del pensamiento; muestra una positiva propensión a comprender su ambiente y a satisfacer las demandas culturales que éste le exige. Ya no es más una simple criatura.

En el cuarto año formula innumerables preguntas; percibe analogías; despliega una activa tendencia a conceptuar y generalizar. Es, prácticamente independiente en la rutina de la vida hogareña.

A los cinco años está bien maduro en el control motriz. Salta y brinca. Habla sin articulación infantil. Puede narrar un cuento largo. Prefiere jugar con compañeros y manifiesta satisfacción por sus atavíos y por las atenciones que recibe. " Es un ciudadano seguro y conformista de su pequeño mundo."(7)

Piaget diferencia y describe seis sub-fases en la infancia, definiéndola como un período de progreso de la inteligencia sensoriomotora. Comienza con actividades reflejas innatas que tienen lugar desde el primer momento vida, el reflejo o esquema de succión merece en un comienzo la descripción de actividad "ciega" porque son muchas las diversas condiciones ambientales que pueden desencadenarlo. Pero ya en el primer mes empieza a adaptarse a las condiciones externas, dado que el infante parece capaz de discriminar entre objetos succionables tales como el pecho, el biberón, y una frazada.

En la segunda sub-fase (1 a 4 meses) de "adaptaciones adquiridas y reacciones circulares primarias", los esquemas

reflexivos muestran un cambio definido como resultado de la experiencia. Se dice que el niño está adaptándose al ambiente porque su actividad refleja "registra algo que es externo a ella misma".

La tercera sub-fase (desde los 4 hasta los 8 meses) se caracteriza por tres nuevos procesos de adaptación: reacciones circulares secundarias, reconocimiento motor y generalización. La principal diferencia existente entre las reacciones circulares primarias y las secundarias, se hallan en que en las primeras las acciones del bebé se cumplen, por así decirlo, por la acción misma, en cambio las reacciones circulares secundarias tienen un foco intencional. El reconocimiento motor se produce algo más tarde cuando el infante muestra a través de su actividad motora que reconoce el objeto o que sabe literalmente lo que significa. La generalización es un proceso por el cual el infante abstrae una reacción circular secundaria de un contexto originario y la utiliza como procedimiento para controlar acontecimientos de su ambiente.

La cuarta sub-fase (de 8 a 12 meses) es la primera en la que el niño muestra una intencionalidad inequívoca: la persecución deliberada de una meta. Aquí por primera vez se coordinan los esquemas y se los aplica a nuevas situaciones. El niño removerá obstáculos que se interponen entre él y objetos deseados y

mostrará comprender ciertas señales que indican la ocurrencia de acontecimientos importantes. Se señala también que durante esta sub-fase comienza a anticipar los acontecimientos.

Durante la quinta sub-fase (12 a 18 meses) el infante adquiere la "reacción circular terciaria" descubre nuevos medios para alcanzar fines específicos. Sus reacciones terciarias se emplean en actividades de ensayo y error que producen nuevas soluciones para muchos pequeños problemas.

Por fin, en la sexta sub-fase (de 18 a 24 meses y de allí en adelante), el niño es capaz de hallar modos de resolver situaciones nuevas mediante un proceso interno de ensayo y error. Esto es, en lugar de emplear reacciones circulares de un modo manifiestamente exploratorio, parece capaz de hacerlo internamente, representándose la realidad o "imaginando" los resultados de las actividades exploratorias.

"... La investigación convencional ha establecido que los niños criados en ambientes monótonos y poco estimulantes muestran dañadas sus capacidades cognitivas e intelectuales...

A nivel más abstracto,... un ambiente de privación no proporcionará oportunidades suficientes para que un infante

desarrolle esquemas cognitivos a través de la asimilación y la acomodación..."(8)

Ahora bien, el trabajador social tiene que conocer estos aspectos porque todo ello se refleja en el comportamiento del niño en relación a la dinámica que ejerce al interior de la familia, la colonia, la escuela, etc., es decir, en todas las esferas en las que interactúa; sólo mediante la observación y análisis de dicho comportamiento, así mismo, equiparándolo con lo que psíquicamente se considera aceptable, el trabajador social podrá sensibilizar a los padres y orientarlos en lo que sucede a sus hijos, para que se ocupen de ello y contemplen que el porvenir de los niños, no solo es económico, sino también, en el área afectiva.

En los primeros años de vida es esencial la presencia de un adulto que satisfaga las necesidades físicas y emocionales del niño, lo ideal es que sea la madre quien se ocupe de ello, acerca de la relación madre-hijo se habla en el siguiente punto.

### **3.2 RELACIÓN MADRE-HIJO EN LOS PRIMEROS AÑOS DE VIDA.**

La presencia de atención, estimulación y amor materno, producen en los niños gran beneficio para su desarrollo, primordialmente en los primeros años de vida en los que se presenta la maduración y el aprendizaje. La maduración se refiere a los procesos de integración neurofisiológica y el aprendizaje a la experiencia; no hay aprendizaje sin maduración, por lo tanto las experiencias y vivencias, a lo largo del desarrollo del niño, juegan un papel definitivo.

El bebé sufre como primera experiencia el traumatismo del parto, separación definitiva de la fusión madre-hijo, en donde el ser en desarrollo dependía en su totalidad de la madre. A partir de ese momento, los factores externos del maternaje, inician su influencia, que se va haciendo más evidente a medida que el niño crece; desde los primeros días de nacido, el pequeño puede ser calmado de manera específica por la voz de la madre. Cuando el niño empieza a balbucear, adquiere el patrón fonético de la lengua de su progenitora.

" Casi todos los niños, a los diez meses de edad, reconocen su nombre cuando lo escuchan, y suelen entender ciertas órdenes simples. ... A menudo el niño puede decir una palabra, lo mismo que ma-ma y da-da, se van añadiendo más palabras hasta que, a los dos años de edad, el niño suele usar dos oraciones y puede decir yo. ...

El lactante no se desarrolla sólo como respuesta al ambiente. Siempre contribuye por sí mismo. De hecho, la conducta materna parece, al principio, estar bajo el control del estímulo y las condiciones de refuerzo proporcionadas por el pequeño, de modo que la madre es formada por el hijo, y esto último facilita su adaptación a la conducta del mismo. ...Estos sentimientos de la madre tienen al que hacer con él "ser reconocida" de una manera muy personal e íntima..." (9)

Las necesidades del niño se cubren con la adaptación mutua que ocurre entre éste y su madre, creando un sentido de confianza en su hijo. "... Este sentido ... que es engendrado por la respuesta suficiente y sincera de la madre a su percepción sensitiva y precisa de las necesidades del pequeño. Más aún desde su nacimiento, la situación de mayor intercambio e intimidad ocurre cuando el niño es alimentado... más tarde mediante las estimulaciones visual, auditiva, táctil y cinestésica." (10)

Es importante que la actitud de la madre hacia el niño, cambie en congruencia con la edad del mismo, llegado el momento de establecer límites, o bien, la relación didáctica entre madre-hijo. La calidad del maternaje tiene por objeto el control de los impulsos y el logro de un estado armónico de independencia y autonomía, del que el niño debe gozar a la edad de 4 y 5 años, ya que desde los 3 años, ya es considerado preescolar, etapa que representa una nueva experiencia para el menor, debido a que inicia una relación rutinaria con terceras personas ajenas a su núcleo familiar.

Sin embargo, en la compleja sociedad de nuestros días nos percatamos de que la realidad es otra, con frecuencia surgen casos, en los que a la madre no le es posible satisfacer ni las necesidades prioritarias, causando en el niño consecuencias de índole física o psíquica, parte de éstas últimas son las que en este caso nos ocupan, las denominadas alteraciones emocionales transitorias, al respecto se habla en el siguiente rubro, en el que se describen desde el punto de vista psicológico y en el capítulo IV, se conocerán y analizarán algunas de las que se presentan con mayor frecuencia en los hijos de pacientes psiquiátricas, ante su hospitalización.



### **3.3 ALTERACIONES EMOCIONALES TRANSITORIAS EN LA ETAPA DE LA INFANCIA.**

Se entiende por alteración transitoria, los signos de tensión aguda que aparecen al no ser cubiertas las necesidades del niño y tienden a trastornar su desarrollo, produciendo dermatitis, infecciones, molestias y dolores musculares, dolor abdominal recurrente, dolores de cabeza, vómito e incluso desarreglos de crecimiento, que vienen a ser consecuencia de secuelas por un desajuste físico, o bien, causa de problemáticas familiares latentes.

" Cuando accidentes u otras experiencias traumáticas se combinan con la limitada capacidad cognitiva de un niño, dan lugar a un incidente crítico que debe ser superado. Si tales situaciones no son atendidas cuando se producen, se hacen complicadas y se extienden a muchas áreas de la vida, causando comportamiento aberrante, actividad restringida, temores y problemas complejos. ..." (11)

A continuación se mencionan algunas que suelen ser más frecuentes:

## **PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA HIPOCONDRIA.**

Cuando el niño se queja de dolencias físicas para conservar a sus padres, atraer la atención o liberarse de ciertas obligaciones. A menudo existe un conflicto entre deseos opuestos: estar bien de salud, pero también estar enfermo. El interés patológico en la salud y la enfermedad con frecuencia es enseñado en esta forma o puesto como ejemplo por otros miembros hipocondriacos de la familia.

## **PROBLEMAS RELACIONADOS CON LOS TICS.**

Son trastornos musculares que utiliza el niño, simbólicamente como acompañamiento fisiológico de un sentimiento. El tic defiende al niño contra el recuerdo de la experiencia y del deseo prohibido, y ayuda a aislar el sentimiento y el temor a la obscuridad, el daño, la separación, los animales, por mencionar algunos; constituyen síntomas transitorios de tensión relacionados con lo que los niños perciben como experiencia abrumadora. Cuando los temores subyacentes se aclaran para estos niños y aprenden a contender con la ansiedad de modo más

constructivo, los tics desaparecen. Sin embargo, el ambiente también ha de modificarse a fin de que los pequeños se sientan menos temerosos acerca de comportamientos expresivos.

### **PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA OBESIDAD.**

Es un trastorno de alimentación que se refiere a la acumulación de una excesiva cantidad de grasa, pero ésta es difícil de medir. Por eso, se determina más claramente por el peso; los niños cuyo peso esté diez por ciento por encima de los normal están excedidos de peso; cuando este porcentaje es considerablemente mayor se asegura que el niño es obeso.

Existen tres grados de obesidad, de acuerdo al porcentaje de sobrepeso:

**1o.** 10 a 25% de sobrepeso.

**2o.** 25 a 40% de sobrepeso.

**3o.** por arriba del 40% de sobrepeso.

Debido a que los niños obesos a menudo lo serán también de adultos, tendrán problemas en el futuro así como en el presente. La mayoría de los chicos que la padecen tienen graves problemas de personalidad. Tienden a ser dependientes, inactivos, inseguros de sí mismos, desvalidos e incapaces de contender adecuadamente con muchas situaciones. La obesidad infantil ha sido atribuida a diversas malfunciones somáticas.

### **PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA ANOREXIA.**

Es otro de los trastornos de la alimentación, lo opuesto a la obesidad, y mucha de su dinámica es la misma. El niño anoréxico no come; a veces, hasta el punto de que su vida se ve amenazada. La anorexia nerviosa es más común entre las muchachas que entre los chicos y usualmente ocurre durante la pubertad o en el período que precede a ésta.

## **PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA ENURESIS.**

Es el trastorno de eliminación más común, se define como la crónica y repetitiva eliminación de orina, por lo general durante el sueño, por niños que no tienen trastornos orgánicos y normalmente deberían estar adiestrados para las micciones.

El término enuresis primaria significa que el niño nunca ha estado seco; el de enuresis secundaria quiere decir que la condición es transitoria o empieza después de que el niño ha sido adiestrado para su control urinario. Esta regresión usualmente sigue a un acontecimiento traumático y rara vez ocurre todas las noches. Muchos nenes enuréticos no mojarán la cama cuando están de visita o duermen fuera del hogar o cuando se producen otros cambios en el ambiente, pero dichos cambios producirán regresión en algunos niños.

## **PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA ENCOPRESIS.**

Ocurre con una frecuencia de sólo la décima parte que la enuresis, pero es mucho más grave y sugiere un defecto en el

control de impulso. El niño encoprético a menudo es también enurético, ya sea que no pueda controlar la defecación o que deliberadamente defeque en un receptáculo inadecuado para ese propósito. Como en la enuresis, la condición se llama primaria cuando la evacuación es prolongada y crónica, o secundaria cuando es transitoria y se produce después del adiestramiento para las evacuaciones.

Hay tres tipos de encopresis: continua, discontinua y retención prolongada. El de continua ocurre en familias desordenadas: el niño sencillamente no ha sido adiestrado para sus evacuaciones. El de discontinua se produce en familias que son rígidas, compulsivas, controladas en exceso e inhibidas. La eliminación se convierte en un proceso sucio: una fuente mutua de vergüenza y ansiedad para el niño y los padres.

Los niños que sufren de encopresis del tercer tipo están patológicamente estreñidos, a menudo en respuesta a severo adiestramiento sobre evacuaciones y a intensas luchas con el padre.

## **PROBLEMAS RELACIONADOS CON TRASTORNOS DEL SUEÑO.**

Son los primeros signos confiables de conflicto emocional en los niños. Los de carácter transitorio son comunes en el segundo año de vida, cuando el irse a la cama significa contender con la separación de la madre.

Los trastornos del sueño son causados por la ansiedad y los niños de todas las edades los padecerán después de un trauma agudo, como una intervención quirúrgica, un accidente, una muerte en la familia o el nacimiento de un hermanito.

Si son persistentes indican que los pequeños están luchando con una ansiedad abrumadora; por lo común, manifiestan otros síntomas, como fobias y enfermedad psicofisiológica.

## **PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL TARTAMUDEO.**

Es un trastorno común, que frecuentemente aparece mientras los niños empiezan a hablar (entre los 2 y los 4 años). Puede ser resultado de una maduración aplazada, de crisis emocionales, de luchas por el control o de demandas paternas. El grado de tartamudez varía y a veces el fenómeno se produce en conexión con un tópico, una persona o una situación en particular. A menudo refleja conflicto entre padre e hijo, y la ambivalencia.

## **PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL MUTISMO.**

Es otro de los trastornos de comunicación que se refiere a los niños que hablan sólo con determinadas personas, como los padres, los hermanos y unos cuantos compañeros de escuela. Son resistentes y coléricos, o temerosos y tímidos.

\* \* \*

Trabajo Social, tiene mucho por hacer en beneficio de la prevención de consecuencias posteriores propiciadas por la



manifestación de dichos trastornos, sin esperar a que la familia llegue a una Institución solicitando tratamiento para un menor; pues en la mayoría de los casos, aún cuando la familia detecta los signos, ignora las consecuencias a las que se puede llegar, así mismo, que existen Instituciones dedicadas a la atención de la Salud Mental Infantil.

Tomando en cuenta que en el presente estudio se hace referencia a familias que son víctimas de un problema común, y que en un momento dado, por la falta de orientación los adultos le restan importancia a la atención psíquica de los menores, por ocuparse de otras situaciones que anteponen como prioridades; por ejemplo, el aspecto económico o la enfermedad de un adulto, esto es válido si se contempla que la responsabilidad de los padres es brindar a los niños: techo, alimento y vestido; sin embargo, ni aún tratándose de casos, como la enfermedad mental de la madre, se debe permitir el descuido de los menores, procurando siempre, como profesionales velar por situaciones particulares, que nunca acabarán de agotarse, que si bien, inician como un tema de estudio, su finalidad es proyectar funciones en PRO de su atención. Como padres, observar el desarrollo y crecimiento de los hijos, en forma detallada, sin conformarse con "saber que están bien", sin que dicha opinión sea avalada por profesionales.

**CAPÍTULO IV. ALGUNAS ALTERACIONES  
TRANSITORIAS DE TIPO  
EMOCIONAL QUE PRESENTAN LOS  
HIJOS DE LAS PACIENTES  
PSIQUIÁTRICAS, ANTE SU  
HOSPITALIZACIÓN.**

## **ALGUNAS ALTERACIONES TRANSITORIAS DE TIPO EMOCIONAL QUE PRESENTAN LOS HIJOS DE LAS PACIENTES PSIQUIÁTRICAS, ANTE SU HOSPITALIZACIÓN.**

Es indudable, que por la naturaleza del problema abordado, los niños que interactúan en el ambiente familiar con pacientes psiquiátricos, sufren de cierta patología, hasta cierto punto social; en cuanto al trato que reciben, considerando que su progenitora no cuenta con un estado lúcido continuo: más aún, si se centra la atención en hijos pequeños de pacientes psiquiátricas, la situación tiende a ser aún más particular, ya que un niño de cero a cinco años de edad, requiere de una atención de tiempo completo de alguien que satisfaga, no solo sus necesidades físicas, sino también, la necesidad de afecto y cariño que apoye su desarrollo y percepción del mundo que le rodea.

Al respecto, se realizó una investigación con hijos de pacientes que por su padecimiento psiquiátrico, requirieron de ser internadas en una institución hospitalaria; primeramente se captó a las pacientes de sexo femenino que causaron alta en el Hospital Fray Bernardino Álvarez (ingresos o reingresos) y cuya edad oscilara entre los 20 y 30 años y sus hijos contarán con una edad entre los 0 y 5 años de ambos sexos, estos representaron las unidades de análisis, que fueron seleccionadas mediante el establecimiento de un tiempo determinado acorde a la opción de titulación y que comprendió el período del 1o. al

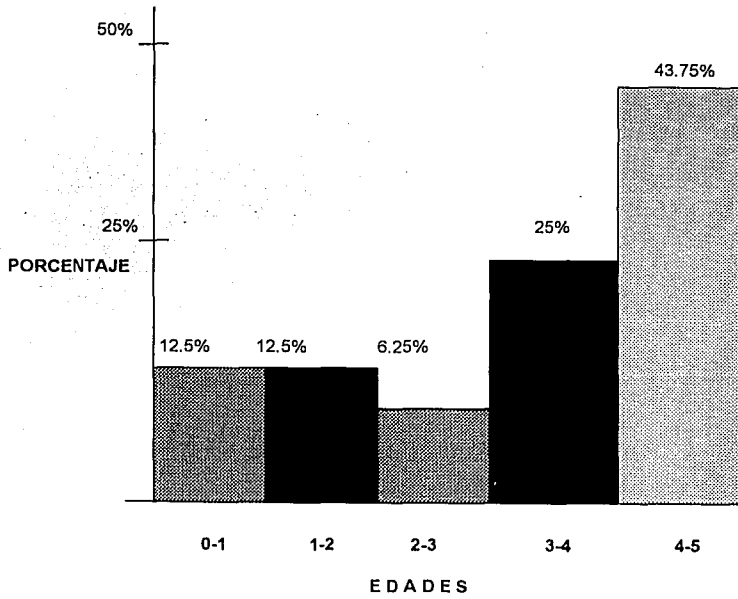
23 de julio de 1994. Cabe señalar que se obtuvo un total de 16 casos, igual al cien por ciento, de acuerdo a los criterios de inclusión, mismas unidades de análisis que fueron estudiadas.

Se elaboraron dos cuestionarios (ver Anexos 4 y 5), que se aplicaron mediante entrevistas directas, la primera se realizó al momento de ser ingresada la madre en la Institución, con la finalidad de conocer las características del estado físico y psíquico del niño desde el momento de su concepción, para ello se acudió directamente al domicilio particular de la familia; ocho días después, se hizo la segunda entrevista, en el mismo lugar, que llevó por objetivo detectar si los niños presentaron signos de las alteraciones emocionales transitorias, contempladas como indicadores de dicha variable; esto durante la hospitalización de su madre. Cabe señalar, que el parámetro de 8 días se consideró por dos razones: la primera es porque el niño, desde el primer momento siente la ausencia de la madre, aunado a que había que dar tiempo a que el responsable observara cuidadosamente los signos que se manifestaran en los pequeños. La segunda, se debió a que el tiempo mínimo de hospitalización es de 20 días, pero en ocasiones las pacientes causan alta por mejoría, a los 10 días, o bien, antes por petición familiar.

Así que, de la muestra obtenida, el 12.5 % tuvo edad de 0 a 1 año, un porcentaje equivalente se contempló de 1a 2 años, el 6.25 % de 2 a

3 años y el 25 % de edades entre 3 a 4 años, en tanto que el 43.75 % fue de edad de entre 4 a 5 años cumplidos (de éste 43.75 % se hablará más adelante). Lo que quiere decir, por los 16 casos estudiados, que las mujeres, aún cuando padezcan enfermedades mentales, procrean a sus hijos dentro de la edad establecida por el Consejo Nacional de Población. Ello permitió, que el mayor porcentaje de la muestra abordada contara con una edad apta, para estudiar más a fondo su estado psíquico. Al respecto de las edades de las unidades de análisis estudiadas, se muestra la siguiente gráfica:

**PORCENTAJE DE EDADES DE LAS UNIDADES DE ANÁLISIS**



Respecto a la persona que se quedó como responsable del niño durante la hospitalización de la madre: el 18.75 % estuvo con el padre; el 43.75 % con una tía paterna o materna y el 37.5 % quedó bajo responsabilidad de la abuela paterna o materna. Estos porcentajes ilustran, que si todos los niños quedan sin la atención materna, a causa de la enfermedad mental de las señoras y a ello se suma que en la mayoría de los casos tampoco el padre se ocupa de ellos, entonces su estado psíquico se vea perjudicado; por ende, la necesidad de ocuparse profesionalmente de su salud, física y mental, se hace indispensable. Teniendo como base, que para un tratamiento infantil, se toma en cuenta a los padres y/o responsables de los menores, para ofrecerles orientaciones informativas o aconsejables.

En el rubro de la aceptación del niño en el núcleo familiar, desde el momento de su concepción, se obtuvo que: el 37.5 % fué deseado; el 56.25 % fueron niños aceptados aún sin ser planeados, y únicamente uno de los casos que representa el 6.25 % fué rechazado por la madre. Como se sabe, la posibilidad de formar ciudadanos seguros de sí mismos, principia desde el momento de su concepción, y en este caso el porcentaje no se reduce del todo; sin embargo, la mayoría son niños no planeados, víctimas de caracterizarse por ciertos aspectos como: la dificultad para aprender el lenguaje, es decir, la dicción o pronunciación correcta de las palabras; la negativa a desenvolverse y comunicarse con niños de su edad, en su vecindario o en la escuela, así como con

los adultos que participan en sus cuidados. Los teóricos afirman que los niños no planeados, son niños que no se socializan, por ende, no se integran a los grupos en los que interactúan; lo más probable, es que atraviesen una etapa de pubertad, en la que se manifiesten aislados del medio social; por consecuencia, su etapa adolescente se tornará crítica, etc., etc. Si todo esto, es lo que se pretende evitar, es necesario encontrar las alternativas idóneas para formar conciencia en los padres, o en su defecto, en los adultos que se responsabilizan de los menores, en el momento oportuno, en el que el niño ofrezca muestras de disturbio emocional.

Pasando a otro tema de interés, el tiempo de gestación en el vientre materno es importante, puesto que se requiere de 9 meses para que el producto se desarrolle satisfactoriamente y se encuentre listo para nacer y enfrentar los estímulos externos; la cantidad de niños que nació a los 9 meses de gestación equivale al 75 %; sin embargo, hay niños que nacen a los 8 meses, de éstos se detectó el 12.5 %, al igual que los que nacieron de una gesta de 7 meses; todos ellos bajo atención médica. El 62.25 % nació por parto normal, en tanto que en el 37.5 % se requirió de operación cesárea. El 93.75 % lloró y respiró al nacer y sólo un caso, requirió de una palmada del médico para lograr el llanto, siendo atendido de inmediato, por lo que no le trajo consecuencias posteriores. La mayoría nació con un peso de entre 2.500 a 3.500 kilogramos, representado por el 62.5 %; el 25 %, pesó



menos de 2,500 kilogramos, y el 12.5 % nació con un peso mayor a los 3.500 kilogramos. Estos porcentajes, de la situación perinatal, nos permiten deducir que la mayoría de los niños, nacen físicamente sanos, por lo que sólo requerirán de una atención adecuada que reúna las condiciones afectivas suficientes, para lograr un desarrollo integral positivo.

Respecto a su alimentación durante los tres primeros meses de vida, la de sólo un niño consistió en leche materna (6.25 %), el 50 % fué alimentado con fórmula en biberón, y el 37.5 % tuvo una alimentación mixta. También es importante para el desarrollo y crecimiento, contemplar la edad a partir de la cual se le empezaron a administrar alimentos complementarios, como jugos y papillas, de la muestra el 18.75 % la empezó a recibir antes de los 3 meses; el 31.25 % la recibió de los 3 a los 6 meses, y el 50 %, ya cumplidos los 6 meses de edad. La leche materna, no sólo representa el mejor alimento para el bebé, también es un estímulo de cariño, afecto y protección hacia él; sin embargo, se trata de hijos de madres psiquiátricas, que por su padecimiento requieren de la administración de medicamentos indispensables para su control, a dicha causa se debe, que sus hijos no reciben leche materna, a cambio son alimentados, en su mayoría, con la fórmula en biberón. En la actualidad los pediatras recomiendan, empezar a ofrecerle al bebé los alimentos complementarios, desde los dos meses de vida; como se puede observar, en los resultados

obtenidos, la mayoría de los niños los empezó a recibir hasta los seis meses de edad; a este respecto, habría que preguntarse si la causa es recomendación médica o familiar, o bien, los bajos recursos económicos de la familia.

Para el desarrollo psicomotor, se observa a que edad el niño empieza a sostener la cabeza, al respecto el 25 % la sostuvo antes de cumplir los 3 meses, el 50 % a los 3 meses y el 25 % restante, después de cumplir los 3 meses de edad. Otro de los aspectos a observar es el gateo, de la muestra estudiada se excluyen 2 casos, que por su edad no están aptos para ello, por lo que el 100 % equivaldrá a 14 niños, de los cuales sólo el 35.7 % gateó antes de caminar. De los mismos, el 78.5% empezó a caminar al año de edad y el 21,4 % después de los 12 meses de edad. En este caso, hay que tomar en cuenta que, un porcentaje amplio da muestra de un estado físico sano, es decir, que su destreza y agilidad son satisfactorias; sin embargo, por el objetivo del presente estudio, es necesario recordar que la presencia de la figura materna es un estímulo para el bebé, que le satisface y motiva en su desarrollo psicomotor; aún tratándose de madres que por su problema psíquico, se ausentan de su responsabilidad cotidiana, no sólo por requerir hospitalización, sino porque, también en casa sufren depresiones o efectos del medicamento para su control; nunca será lo mismo, el apoyo del padre o de un pariente cercano para los cuidados del niño durante sus ausencias, que el deslindar por completo, la tarea

de satisfacerle al menor sus necesidades físicas y emocionales. Se enfatiza pues, que las muestras de cariño de la madre representan para el bebé un estímulo importante en su desarrollo y aprendizaje.

Todo niño requiere del apoyo de un adulto para el adiestramiento del control de esfínteres (se sigue tomando el 100 % = 14 niños), el 50 % fué adiestrado únicamente por la madre; el 21.4 % por un familiar (en este caso el responsable del menor); el 14.2 % fué adiestrado por la madre y el padre, y un mismo porcentaje por la madre y el responsable. La edad a la que se inicia dicho adiestramiento, varía de acuerdo a la costumbre de cada familia; sin embargo, no debe rebasar la edad de 2 años, con respecto a los parámetros establecidos, el 7.1 % (un caso) fué iniciado antes de cumplir los 12 meses de edad; el 85.7 % de los 12 a los 24 meses, y mayor de los 24 meses, el 7.1 %. Ahora bien, para lograr el control de esfínteres se requiere que el adiestramiento sea constante y rodeado de estímulos que conlleven al niño a comprender que lo correcto es orinar y defecar en un lugar destinado para ello, de la muestra solo 12 niños reúnen el requisito de la edad, tomando como indicadores: a los 2 años, el 58.3 % y a los 3 años el 41.6 %. El mayor porcentaje nos muestra, que el estímulo de la madre en el control de esfínteres, rinde resultados positivos; aún cuando, lo ideal sería que ambos, tanto el padre como la madre, motiven y apoyen a sus hijos en el aprendizaje de conductas, al respecto la muestra ocupó un mínimo porcentaje.

Se incluyeron en el instrumento algunos factores patológicos, considerando que si el niño los sufre, la sintomatología se puede relacionar con alteraciones transitorias de índole emocional, tales son: traumatismos severos que de los 16 casos el 18.75 % los ha sufrido; intervención quirúrgica, el 37.5 %, a causa de haber nacido por cesárea; convulsiones el 12.5 % por fiebre. Y parasitosis, que ha sufrido el 18.75 %. Como podemos observar, ninguno de los niños quedó exento de haber sufrido, hasta la fecha, uno de los aspectos patológicos contemplados en el instrumento; sin embargo, si en cualquiera de los casos, existiera la atención necesaria, podría hablarse de experiencias superadas por el menor. Por ello es indispensable procurar que los adultos que rodean a los niños en cuestión, cuenten con orientación profesional, para satisfacer la atención necesaria en esos casos y no permitir que la situación emocional del menor pase desapercibida.

Pasando al tema en cuestión, es decir, a los signos de alteraciones emocionales transitorias, se hicieron preguntas que concentraban cada uno de los padecimientos explicados en el capítulo anterior, mismos que se incluyeron en los dos cuestionarios: el que se aplicó al ser detectada la muestra y el que se llevó a cabo 8 días después, (ver Anexos 4 y 5), lo que permitió detectar si el niño padece alguna alteración desde hace tiempo, o si su manifestación se enmarca como repercusión emocional a causa del internamiento de su madre.

Los resultados obtenidos fueron los siguientes: Cabe recordar, que solo se hizo referencia a algunas de las alteraciones emocionales transitorias, que hipotéticamente se consideraron más frecuentes y manejables en instrumentos como los que se emplearon.

### **Problemas relacionados con la Hipocondría:**

Es un padecimiento que sufre el 61.5 % de los niños, sin ser causa del ingreso de la madre al hospital; es interesante observar, que menores de 0 a 5 años de edad, manifiesten el sufrir de dolencias físicas que en realidad no padecen, y permite confirmar, que se trata de niños que requieren de llamar la atención, mediante este hecho. O bien, que fijan su atención en la figura materna, quien indudablemente sufre de constantes síntomas, que sus hijos por imitación, dicen sentir.

### **Problemas relacionados con los Tics:**

Fueron detectados como latentes con un 28.57%, y al ausentarse la madre aumentó en un 7.2 %. Vale la pena repetir que se trata de niños que interactúan en un medio social patológico, que les está

mermando su estado emocional; aún cuando el porcentaje sea mínimo, al faltar la figura materna en el hogar, se da por hecho que a estos niños, les afecta de manera común.

Respecto a los **Problemas relacionados con la Obesidad**, sólo se encontró un caso, en el cual no interfirió el internamiento de la madre.

#### **Problemas relacionados con la Anorexia:**

Se presentaron en un 18.75 %, aumentando durante la ausencia de la figura materna al 68.75 %. Cuando el niño carece de la suficiente atención para asimilar la alimentación como una disciplina que requiere para su bienestar, pierde totalmente su importancia, pues la obligación de brindarle al niño los alimentos es de los padres, quienes deben ocuparse de dietas balanceadas y horarios fijos. En este caso, cuando la madre es ingresada al hospital, se rompe con la cotidianidad de las tareas hogareñas y el niño sufre cambios, de los que no alcanza a comprender las causas, despertando entonces alteración emocional, que le impide aceptar debidamente sus alimentos.

### **Problemas relacionados con la Enuresis:**

Se presentaron en un 41.6 % de 12 casos, aumentando en un 16.7 %. Es una de las manifestaciones más comunes que el niño muestra por la falta de cariño y atención.

De los **Problemas relacionados con la Encopresis**, no se detectó ningún caso.

Referente a los **Problemas relacionados con los Trastornos del sueño**, se detectó en un 25 % y aumentó al 81.25 % cuando la madre estaba ausente del hogar, como se ve, el porcentaje es elevado y permite afirmar, que dicha carencia, les causa ansiedad.

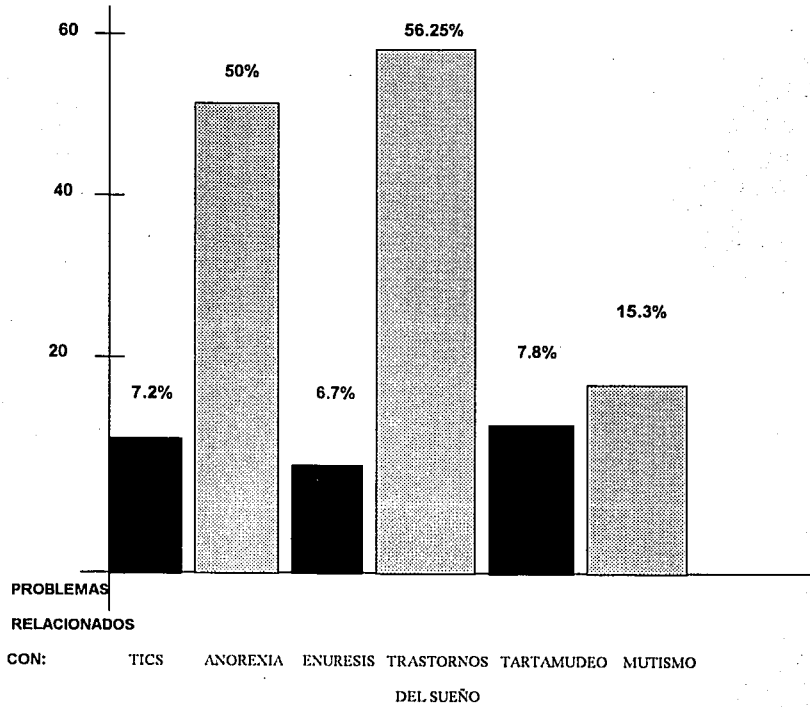
Los **Problemas relacionados con el Trastorno denominado Tartamudeo**, se detectaron en un 15.3 % de 13 casos, aumentando al 23.1 % a causa de ser internada la madre. El 15.3 % padece **problemas relacionados con el Mutismo** y el porcentaje se duplicó ante la ausencia de la madre. Los resultados obtenidos, en los trastornos de comunicación, también ilustran la carencia de atención en el estado emocional de los menores, ya que a través de esta manifestación, los niños reflejan alteración de la que son objeto por la

falta de identificación con sus padres, enfatizando el aumento del porcentaje, al ser ingresada la madre al hospital.

En resumen de las alteraciones transitorias de tipo emocional que se consideraron más frecuentes, las que presentaron los niños estudiados de 0 a 5 años, hijos de pacientes psiquiátricas de entre 20 y 30 años de edad, durante su internamiento en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez son problemas relacionados con: tics, anorexia, enuresis, trastornos del sueño, tartamudeo y mutismo, los resultados se ilustran en la siguiente gráfica:



**FRECUENCIA DE LAS REPERCUSIONES EMOCIONALES QUE PRESENTARON LOS NIÑOS DE 0 A 5 AÑOS DE EDAD, HIJOS DE PACIENTES PSIQUIÁTRICAS DE 20 A 30 AÑOS, ANTE SU HOPITALIZACIÓN**



No hay que perder de vista, que los niños que conforman la muestra, no se apartan de otro tipo de acontecimientos que también influyen en su comportamiento, los indicadores de esta variable son: el fallecimiento de un pariente cercano, con el que tenía estrecha relación (12.5 %); desempleo, como causa de presión económica en la familia que conlleva a malestar emocional de los que le rodean (18.75 %); el nacimiento de un hermanito, que como es sabido altera el estado emocional del niño, cuando no es motivado por los padres para enfrentar positivamente el cambio que se presenta ( 6.25 % ).

Desde un principio, se hizo un paréntesis acerca de los niños de 4 a 5 años de edad, pues a éstos, se les aplicó el "Test del dibujo de la familia" (12), en coordinación con una Licenciada en Psicología Educativa, graduada en la Universidad Pedagógica Nacional quien consideró que mediante esta prueba es posible obtener el perfil psíquico del "hijo de la paciente psiquiátrica"; se realizó a los 7 niños que reunieron el requisito de la edad, siendo aplicado en el domicilio particular a la par de la primera entrevista, en donde se intento reunir las características físicas del lugar apropiado para su ejecución, logrando un espacio a solas con el menor, una mesa, papel y lápiz; aún cuando se sugiere que son recomendables las primeras horas del día, fueron aplicados en horarios vespertinos; al respecto; se obtuvieron los siguientes resultados:

La mayoría de los niños se mostraron tímidos y confusos ante la consigna de dibujar una familia imaginaria, accediendo a la petición y plasmando en el papel su propia familia; situación que ayudó a detectar mediante el cuestionamiento de los personajes, la necesidad del acercamiento con la madre, pues el personaje que representaba al padre o al responsable en general fué desvalorizado; en cuatro de los casos se observó que el niño se siente aislado del grupo familiar, pues la figura que lo representaba fué dibujado separado de los demás.

En términos psicopedagógicos, se puede decir, que la mayoría de los niños muestran una percepción, acorde a su edad cronológica, pues dibujaron muñecos de alambre con tez, cuerpo y extremidades(\*).

\* \* \*

En éste momento es cuando surge la interrogante de cual es el beneficio que brindan investigaciones como la presente, fundamentadas teórica y metodológicamente; momento de sugerir posibles soluciones al problema abordado, de proponer alternativas enfocadas a la población afectada, a las causas, a la

---

\* Conclusión de la Licenciada en Psicología Educativa que realizó el Test del dibujo de la familia.

profesión que se preocupa por mejorar el nivel de vida de la infancia, este aspecto se trata en el capítulo siguiente.

**CAPÍTULO V. PREVENCIÓN DE ALTERACIONES  
EMOCIONALES TRANSITORIAS EN  
LA ETAPA DE LA INFANCIA.**

## **PREVENCIÓN DE ALTERACIONES EMOCIONALES TRANSITORIAS EN LA ETAPA DE LA INFANCIA**

Hay diversas causas a las cuales se debe la ausencia de una madre en su hogar; algunas son por ejemplo: el trabajo, que puede ocuparles desde una jornada de medio tiempo, hasta semanas, según en el lugar en el que se encuentre o la labor económicamente activa a la que se dedique; otra sería la enfermedad, ya sea física o mental, que requiere de cuidados intensivos, tratamientos, reposo, etc., en casa o en alguna Institución Hospitalaria.

Cualquiera que sea el caso, si se habla de mujeres cuyos hijos son de edades entre 0 y 5 años, es indudable la afirmación de que su ausencia traerá consecuencias a los niños, en cuanto a su personalidad, por lo determinante que es la etapa de los primeros años de vida del ser humano.

John Bowlby, en su obra "Cuidado Maternal y Amor", denomina Privación de la Madre, a la ausencia de ella en el hogar, o bien, a la falta de cariño y cuidados necesarios, aún cuando, madre e hijo vivan en el seno de su hogar.

"Los efectos adversos de la privación varían con su grado. La privación parcial produce ansiedad, una excesiva urgencia de

cariño, poderosos sentimientos de venganza y, como resultado de éstos últimos, sentimientos de culpa y depresión. Un niño pequeño, aun inmaduro de mente y cuerpo, no puede hacer frente a todas estas emociones e impulsos. ..."(13).

Es bien sabido, que el niño requiere de su madre en los primeros años de vida, "...Es élla quien lo alimenta y lo baña, quien lo mantiene tibio y lo conforta. Es a su madre a quien se dirige cuando algo lo aqueja. ..."(14) "...al faltar el cuidado materno el desarrollo de un niño casi siempre se retrasa -física, intelectual y socialmente- ..."(15)

Existen diferentes y muy diversos estudios que confirman el daño que causa en los niños la ausencia de la madre, en su mayoría se trata de investigaciones psicológicas, que incluso han sido aplicadas a niños de casa hogar, claro que no se puede comparar el grado de afección que sufre un niño huérfano, a un niño que "cuenta con una familia"; sin embargo, el daño es latente y esta situación es preocupante, pues la solución no radica únicamente en que los niños se sujeten a tratamientos; es indispensable observar el problema como situación resultante de una patología social, es decir, como una realidad, así enfoca su propósito Trabajo Social, profesión que interviene en todos los campos sociales en los que interactúa el hombre, desde tres

aplicaciones: caso, grupo o comunidad y/o conjugándolos según los objetivos trazados. Enfoca el problema, para conocer causas y efectos, y encontrar posibles soluciones en forma organizada y programática.

De la presente investigación, se rescata que los hijos pequeños de pacientes psiquiátricas atraviesan una etapa de infancia crítica, al sufrir la ausencia de su madre durante el período de hospitalización, que es indispensable para recuperar su salud mental, aunado a que durante ese lapso, su cuidado está en manos del padre, quien más que nada se preocupa por la situación económica familiar, que por lo que el niño siente al no tener cerca a su madre; o bien, en otros casos, los menores son atendidos por otro pariente cercano, que igualmente tiene otro tipo de ocupaciones, que desvirtúan el estado psíquico del niño. En resumen, el período de hospitalización de una madre psicótica, causa repercusiones emocionales a sus hijos pequeños, agravando su estado psíquico en su patológico modo de vida.

¿ Qué puede hacer Trabajo Social en estos casos en los que, la paciente ya recibe la atención necesaria en una Institución Hospitalaria ampliamente reconocida; y por otro lado, la familia (háblese de adultos) ya tiene una personalidad formada (sin atreverse a juzgar que tan positiva o negativa, pues no es el



objetivo del estudio); y en los que definitivamente los niños están siendo víctimas de su ambiente familiar y social que les rodea ?

Considerando lo fructífero que es actuar profesionalmente a tiempo, brindando la atención necesaria a los menores y orientando a sus responsables, siendo ellos los padres o parientes cercanos íntimamente ligados con los niños. Sin pasar por alto, el funcionamiento acertado de la Institución a que se ha hecho referencia. Se propone en primera instancia, que Trabajo Social, profesional en el que recae la situación familiar del interno, aborde a las pacientes de primera vez, no sin faltar la coordinación con el Médico Psiquiatra, cuando éste diagnostique su estado lúcido y propicio para una serie de entrevistas que lleven por objetivo: Conocer la situación del vínculo madre-hijo. Esto quiere decir, saber como ha sido la convivencia entre ambos, desde el momento de procreación, pues el contacto con el ser humano se inicia desde éste momento; a partir de su nacimiento: ¿quién lo ha alimentado?; ¿quién ha procurado su aseo mediante el cambio de pañales y el baño diario?; saber si la madre le ha hablado con cariño: enseñándole el significado de todo lo que le rodea y que para el bebé es un mundo nuevo.

Posteriormente, cuando la paciente sea dada de alta por mejoría, se harán necesarias una serie de visitas domiciliarias, en

las cuales, prioritariamente se corroborará si la paciente se ha reintegrado satisfactoriamente al núcleo familiar, si existe aceptación de su pareja y el resto de los integrantes; siendo la finalidad sensibilizarla en la importancia de dicha relación; enfatizando los detalles de acuerdo a la edad de su(s) hijo(s). De tal manera que la paciente psiquiátrica, que es ante todo madre, comprenda lo importante que será para su hijo el apoyo que ella le brinde durante su crecimiento y su desarrollo. Mediante lo anterior, se pretende lograr que la madre sea capaz de desarrollar una comunicación abierta, es decir, percepción e interpretación de ambos, de un lenguaje hablado y sensorial de todo lo que juntos aprenden, porque el hijo aprende de la madre, a su vez, la madre aprende de su hijo. Además: reforzar y mantener una relación familiar rodeada de un ambiente cordial y realista de su particular padecimiento, de tal forma que, tome en cuenta a su hijo como merecedor de una explicación o preparación, de las causas de su(s) ausencia(s), cuando requiere hospitalización, plantearle si se quedará al cuidado de su padre o de otro familiar. Todas estas medidas serán guiadas por Trabajo Social, en forma detallada y empleando un lenguaje común, además de adecuar trípticos ilustrativos de las medidas antes mencionadas.

Sobre la marcha se irán requiriendo entrevistas con los familiares en las que además de plantear el cuidado de la paciente

en casa, se les orientará en lo indispensable de su participación para lograr que los niños se adapten a su ambiente familiar, recibiendo el trato y la atención que le son necesarias en los detalles más mínimos, es decir, desde el aseo, alimentación; si son preescolares, en sus tareas y relación con sus compañeros, etc., recobrando así la seguridad en si mismos; si se requiere, mediante la atención institucional necesaria; todo ello se ha planteado con pacientes que ya han estado, por lo menos una vez hospitalizadas; sin embargo, no hay que esperar a que esto suceda, las medidas preventivas se pueden implementar en cualquier caso; por ejemplo, con madres que acuden al servicio de consulta externa, en cualquier otra situación en la que se detecte que los niños están siendo afectados por la "privación de la madre", mediante instrumentos ilustrativos como: periódicos murales, que contengan información sobre el niño, desde su procreación, nacimiento, alimentación, medidas de aseo, etc., enfatizando el estado anímico y los signos de alteraciones emocionales que puedan manifestar por la ausencia de la madre.

En todos los casos se sugiere un seguimiento, en el que el objetivo principal sea el vínculo materno-infantil, para ello se harán necesarias una serie de entrevistas con la madre (enferma mental) y los familiares, además de estudios aplicados a los niños, para conocer su estado psíquico. El seguimiento se hará mediante

visitas domiciliarias y citas en instituciones congruentes a las necesidades de los estudios. Y se haría en coordinación con otros profesionistas. Con una duración variada dependiendo del tiempo en el que las evaluaciones aplicadas en forma periódica, afirmen que la familia, y en especial la madre y el niño han logrado mantener el vínculo que a ambos beneficia, en su momento y en lo futuro. Esto es, por una parte que la paciente aún cuando atraviesa crisis psicóticas, se tome en cuenta que es madre y como tal es responsable del desarrollo físico y emocional de su(s) hijo(s). Y por otro lado, el niño si es un bebé muestre un desarrollo psicomotor aceptable y de acuerdo a su edad cronológica demuestre sus conocimientos, su capacidad y una relación comunicativa y abierta con los que le rodean.

\* \* \*

Mucho se habla y se escucha en relación a la niñez mexicana; en las medidas, estrategias y acciones en PRO de la Infancia; en lo consciente que está el país de la situación de muchos niños que viven sin hogar, sin familia, sin cariño y atención. Paralelamente se sabe del alto índice de delincuencia juvenil y una serie de patologías sociales que a todos preocupa, y

motiva a comentar y profundizar en temas, experiencias, etc., que si bien, no alivian en nada a la realidad social, sí crea consciencia y brinda impulso para buscar la forma de participar en PRO de nuestro país, de alguna forma, de acuerdo al perfil profesional, por muy insignificante que parezca. Hay que tener en mente, que más vale un granito de arena, que la apatía total ante la problemática social.

Por eso, el término PREVENCIÓN, que es lo que se pretende en todos los ámbitos sociales; para ello hay que informar a la gente, acerca de los problemas que pueden ocurrir en cuestiones muy particulares y en lugares seleccionados; de los lugares de atención, así como, las terribles consecuencias que indudablemente se presentarán.

Trabajo Social es una profesión que ha crecido notablemente en el manejo de la problemática social que aqueja a nuestro país, en la búsqueda constante de alternativas de solución, mediante su colaboración en grupos interdisciplinarios de perfiles profesionales diversos, que necesariamente recaen en el trabajo con familias que atraviesan situaciones particulares, y que afortunadamente tienen esa "sed" de ayuda, que indudablemente es impulsada por el sentido de SUPERACIÓN, al no conformarse con sufrir y acatar

su cruda realidad, sino deseando el progreso físico y mental de ellos mismos y de los que les rodean:

## CONCLUSION

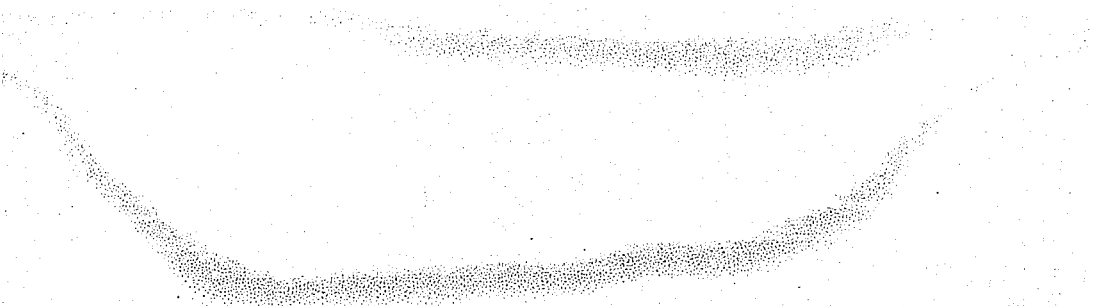
El conocimiento es un proceso cíclico que lleva como objetivo, acercarse continuamente a la realidad, esto representa el compromiso que todo profesional tiene con la sociedad; en términos superficiales: la medicina pretende y logra avances en PRO de la salud, el maestro, en PRO de la educación, el ingeniero, en PRO de la tecnología, etc., el Trabajador Social, alcanza día con día, satisfacciones en virtud de los resultados obtenidos en los diferentes campos de intervención, que siempre giran alrededor del bienestar del ser humano como individuo, integrante de una familia y en su dinámica social; todos los estudios realizados por éstos profesionales, aún cuando parezcan repetitivos, llevan perspectivas particulares de la vida social del mexicano. El presente trabajo, no dista de dicho objetivo, se enmarca dentro del área de la salud, con acciones en la Institución y en la Comunidad, abordando el sentir del niño como parte de una familia que sufre una patología específica: la madre es enferma mental. La madre que generalmente es considerada "el pilar de la familia", por el rol que desempeña en su relación de pareja, administradora del hogar, responsable de la educación de los hijos, aún cuando pertenezca a la población económicamente activa. Y bien, se vio a la madre como paciente psiquiátrica, es decir, considerando que su problema psíquico ya está siendo atendido, que es una de las preocupaciones de su

familia; pero sus hijos, ellos que mientras tanto se encuentran en el hogar, si hipotéticamente se piensa que padecen una enfermedad igualmente psíquica, o bien, física ¿ se les está atendiendo debidamente ? , pero si en otros casos, como se observó en éste primer acercamiento, existe un descuido emocional por ignorancia de los responsables, que no atienden los signos que presentan de falta de apetito, llanto continuo a media noche, descontrol de esfínteres, etc. esas muestras de alteración emocional que aparentemente no causan mayor problema, que desde el punto de vista de los responsables "pasarán con el tiempo"; y que sin embargo, son obstáculos que el niño debe superar con el apoyo y el cariño de los que le rodean, principalmente de la madre, para alcanzar el bienestar físico y mental, que lo conduzca a sentirse seguro de sí mismo, desde éste momento y a través de sus etapas posteriores. Por lo anterior, se pretende participar profesionalmente en el fortalecimiento del vínculo materno-infantil, entre la paciente psiquiátrica y su(s) hijo(s). Mediante el apoyo interdisciplinario y sin faltar la cooperación de la familia, que sin duda es la base de nuestra sociedad.



**TESIS SIN PAGINACION**

**COMPLETA LA INFORMACION**



**ANEXOS**

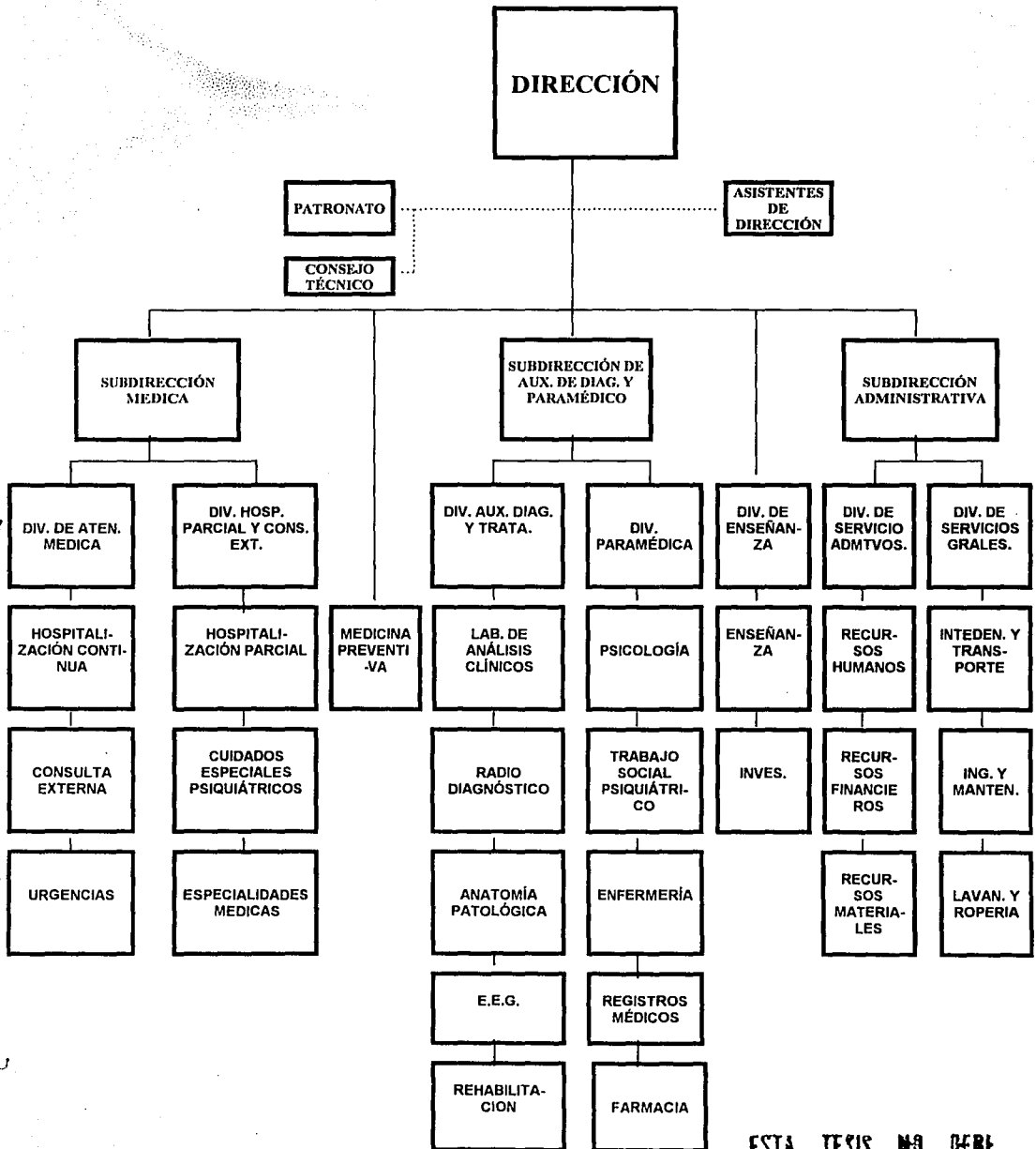
# ANEXO 1

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barrera Rubio, Kebia; "El Trabajo Social Psiquiátrico en México"; Revista de Trabajo Social N° 32; E.N.T.S., U.N.A.M.;pág. 50.
2. Herrera Cruz, Rocío Elvira, et al; Funciones de Trabajo Social en Instituciones Públicas y Privadas; E.N.T.S., U.N.A.M.; tesis 1990; pág. 12.
3. Granados Crispin, José A., et al; El desempeño profesional del Trabajo Social Psiquiátrico en instituciones públicas y de salud mental infantil; E.N.T.S., U.N.A.M.; tesis 1990; pág. 15.
4. Liberman, Florence; Trabajo Social, el niño y su familia; PAX-MEXICO; México 1987; pág.9
5. Liberman, Florence; Op cit; pág. 9.
6. Rappoport, León; La personalidad desde los 0 a los 6 años; PAIDOS Psicología Evolutiva; España 1986; pág. 11.
7. Rappoport, León; Op. cita; pág. 15.
8. Gesell, Arnold; Diagnóstico del desarrollo normal y anormal del niño; PAIDOS; Buenos Aires 1966; pág. 3
9. Rappoport, León; Op. cit.; pág. 16. 18.
10. Rappoport, León; Op. cit.; pág. 20.
11. Liberman, Florence; Op. cit.; pág. 120.
12. Corman, Louis; El test del dibujo de la familia en la práctica médico-pedagógica; KAPELUSZ, S.A.; Buenos Aires 1967; pág. 56.
13. Bowlby, John; Cuidado maternal y amor; Fondo de Cultura Economica; México, 1985; 3a. edición; pág. 14.
14. Bowlby, John; op. cit.; pág. 15.
15. Bowlby, John; op. cit.; pág. 20.

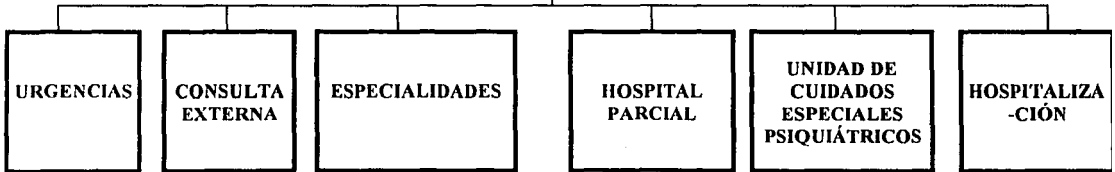
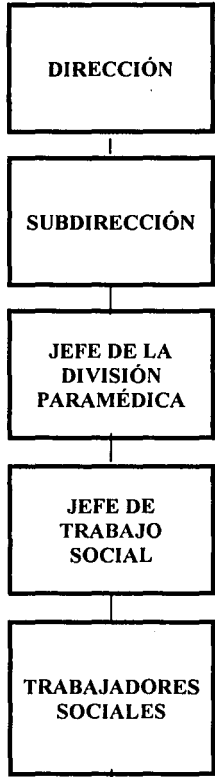
# ANEXO 2

## ORGANIGRAMA DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ"



**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA.**

**ANEXO 3**  
**ORGANIGRAMA DEL DEPARTAMENTO**  
**DE TRABAJO SOCIAL**



## ANEXO 4

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ

### Repercusiones emocionales en hijos de pacientes psiquiátricas, durante su hospitalización.

#### FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre de niño: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ años \_\_\_\_\_ meses.

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Responsable del Niño.

Nombre: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Entrevistado: \_\_\_\_\_

Entrevistador: \_\_\_\_\_

Fecha y hora de Aplicación: \_\_\_\_\_

#### ANTECEDENTES PERINATALES

El niño fué: deseado \_\_\_ aceptado \_\_\_ rechazado \_\_\_

Tiempo de gestación: 7m \_\_\_ 8m \_\_\_ 9m \_\_\_

Existió amenaza de aborto: si \_\_\_ no \_\_\_

El parto fué atendido por: médico \_\_\_ partera \_\_\_

Condición del parto: normal  cesárea  forceps

El niño lloró y respiró al nacer: si  no .

Peso al nacer: -2,500      2,500 a 3,500      +3,500 gramos.  
\_\_\_\_\_

### ALIMENTACIÓN

El niño fué alimentado con: seno materno  fórmula en biberón  mixta .

Se le dieron (dan) alimentos complementarios a los: -3m  3 a 6m  +6m .

### DESARROLLO PSICOMOTOR

El niño sostuvo la cabeza a los: -3m  3m  +3m .

Gateó(gatca): si  no .

Caminó: -12m  12  +12m .

Para el desarrollo de esfínteres, lo adiestró(adiestra).

Madre: \_\_\_\_\_

Padre: \_\_\_\_\_

Responsable: \_\_\_\_\_

Inició el adiestramiento: -12m  12 a 24m  +24m .

Logró el control de esfínteres: 2a  3a  4a .

### ANTECEDENTES PATOLÓGICOS.

El niño ha sufrido:

	SI	NO
Golpes fuertes en la cabeza:	_____	_____
Intervención Quirúrgica:	_____	_____
Pérdida del conocimiento:	_____	_____
Convulsiones:	_____	_____
Parasitosis:	_____	_____

**MANIFESTACIÓN DE SIGNOS DE ALGUNAS ALTERACIONES DE TIPO EMOCIONAL.**

Ha notado que el niño:	SI	NO
Se queja de resfriados:	_____	_____
dolor de cabeza:	_____	_____
dolor de estómago:	_____	_____
dolor de brazos y piernas:	_____	_____
Sin estar enfermo.		
Guiña los ojos:	_____	_____
hace muecas:	_____	_____
tuerce la boca:	_____	_____
u otros gestos:	_____	_____
De manera involuntaria:		
Come más de lo debido:	_____	_____
ha subido de peso exageradamente:	_____	_____
no come:	_____	_____
ha dejado de comer:	_____	_____
Cuando el niño ha logrado el control de esfínteres:		
	SI	NO
moja la ropa:	_____	_____
defeca en lugares impropios:	_____	_____
es estreñido:	_____	_____
	SI	NO
Despierta llorando:	_____	_____
Se rechusa a dormir por temor a la oscuridad:	_____	_____



SI

NO

Tartamudea al hablar: \_\_\_\_\_

se rehusa a hablar o a responder lo que se le pregunta: \_\_\_\_\_

DE LOS 6 MESES A LA FECHA HA SUCEDIDO ALGÚN ACONTECIMIENTO INESPERADO COMO:

fallecimiento: \_\_\_\_\_

desempleo: \_\_\_\_\_

accidente: \_\_\_\_\_

nacimiento: \_\_\_\_\_

enfermedad: \_\_\_\_\_

otros: \_\_\_\_\_ tipo: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

# ANEXO 5

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ

## Repercusiones emocionales en hijos de pacientes psiquiátricas, durante su hospitalización.

### CORRESPONDE A:

Nombre del niño: \_\_\_\_\_

Entrevistado: \_\_\_\_\_

Entrevistador: \_\_\_\_\_

Fecha y hora de la aplicación: \_\_\_\_\_

### PRESENCIA DE SIGNOS DE ALGUNAS DE LA ALTERACIONES DE TIPO EMOCIONAL

Ha notado que el niño	SI	NO
se queja de resfriados:	_____	_____
dolor de cabeza:	_____	_____
dolor de estómago:	_____	_____
dolor de brazos y piernas:	_____	_____
sin estar enfermo		
Guiña los ojos:	_____	_____
hace muecas:	_____	_____
tuerce la boca:	_____	_____
u otros gestos:	_____	_____
de manera involuntaria.		
Come más de lo debido:	_____	_____
ha subido de peso exageradamente:	_____	_____
no come:	_____	_____

**PAGINACION VARIA**

**COMPLETA LA INFORMACION**

SI

NO

ha dejado de comer: \_\_\_\_\_

Cuando el niño ha logrado el control de esfínteres.

moja su ropa interior: \_\_\_\_\_

moja la cama: \_\_\_\_\_

defeca en lugares impropios: \_\_\_\_\_

es estreñido: \_\_\_\_\_

Despierta llorando: \_\_\_\_\_

se rehusa a dormir por temor a la  
obscuridad: \_\_\_\_\_

Tartamudea al hablar: \_\_\_\_\_

se rehusa a hablar o responder  
lo que se le pregunta: \_\_\_\_\_

DE LOS 6 MESES A LA FECHA HA SUCEDIDO ALGÚN ACONTECIMIENTO INESPERADO  
COMO:

fallecimiento: \_\_\_\_\_

desempleo: \_\_\_\_\_

accidente: \_\_\_\_\_

nacimiento: \_\_\_\_\_

enfermedad: \_\_\_\_\_

otros: \_\_\_\_\_

Tipo: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

# ANEXO 6

## LIBRO DE CÓDIGOS

**Variable 1.** Edad del Niño

- 1= 0 a 1 año de edad.
- 2= 1 a 2 años de edad.
- 3= 2 a 3 años de edad.
- 4= 3 a 4 años de edad.
- 5= 4 a 5 años de edad.

**Variable 2.** Parentesco del responsable del niño, durante la hospitalización de la madre.

- 1= Padre.
- 2= Tía(o) Materno o Paterno.
- 3= Abuela(o) Materno o Paterno.

**Variable 3.** Aceptación del niño en el grupo familiar.

- 1= Descado.
- 2= Aceptado.
- 3= Rechazado.

**Variable 4.** Tiempo de gestación.

- 1= 7 meses.
- 2= 8 meses.
- 3= 9 meses.

**Variable 5.** Amenaza de aborto.

- 1= Si.
- 2= No.

**Variable 6.** Medio de atención del parto.

- 1= Médico.
- 2= Partera.

**Variable 7.** Condición del parto.

- 1= Normal.
- 2= Cesárea.
- 3= Fórceps.

**Variable 8.** Respuesta del Niño al nacer.

- 1= Lloró y respiró al nacer
- 2= No lloró ni respiró al nacer

**Variable 9.** Peso al nacer.

- 1= -2.500 grms.
- 2= 2.500 a 3.500 grms.
- 3= +3.500 grms.

**Variable 10.** Alimentación del niño.

- 1= Seno materno
- 2= Fórmula en biberón
- 3= Mixta

**Variable 11.** Alimentos complementarios.

- 1= -3m.
- 2= 3 a 6m.
- 3= +6m.

**Variable 12.** El niño sostuvo la cabeza.

- 1= -3m.
- 2= 3m.
- 3= +3m.

**Variable 13.** Gateó (a).

- 1= Si
- 2= No

**Variable 14.** Edad en que empezó a caminar.

- 1= -12m.
- 2= 12m .
- 3= +12m.

**Variable 15.** Adiestrado para el control de esfínteres.

- 1= Madre
- 2= Padre
- 3= Responsable
- 4= Madre-Padre
- 5= Madre-Responsable
- 6= Padre-Responsable

**Variable 16.** Edad en que se inició el adiestramiento para el control de esfínteres.

1= -12m.

2= 12 a 24m.

3= +24m.

**Variable 17.** Edad en que logró el control de esfínteres.

1= 2 a

2= 3 a

3= 4 a

**Variable 18.** Golpes fuertes en la cabeza (traumatismo craneal).

1= Si

2= No

**Variable 19.** Intervención quirúrgica.

1= Si

2= No

**Variable 20.** Pérdida del conocimiento.

1= Si

2= No

**Variable 21.** Convulsiones.

1= Si

2= No

**Variable 22.** Parasitosis.

1= Si

2= No

**Variable 23.** Signos de problemas relacionados con la hipocondría, antes del internamiento de la madre.

1= Si

2= No

**Variable 24.** Signos de problemas relacionados con la hipocondría durante el internamiento de la madre

1= Si

2= No

**Variable 25.** Signos de problemas relacionados con los tics antes del internamiento de la madre.

1= Si  
2= No

**Variable 26.** Signos de problemas relacionados con los tics durante el internamiento de la madre.

1= Si  
2= No

**Variable 27.** Signos de problemas relacionados con la obesidad antes del internamiento de la madre.

1= Si  
2= No

**Variable 28.** Signos de problemas relacionados con la obesidad durante el internamiento de la madre.

1= Si  
2= No

**Variable 29.** Signos de problemas relacionados con la anorexia antes del internamiento de la madre.

1= Si  
2= No

**Variable 30.** Signos de problemas relacionados con la anorexia durante el internamiento de la madre.

1= Si  
2= No

**Variable 31.** Signos de problemas relacionados con la enuresis antes del internamiento de la madre.

1= Si  
2= No

**Variable 32.** Signos de problemas relacionados con la enuresis durante el internamiento de la madre.

1= Si  
2= No

**Variable 33.** Signos de problemas relacionados con la encopresis antes del internamiento de la madre.

1= Si  
2= No

**Variable 34.** Signos de problemas relacionados con la encopresis durante el internamiento de la madre.

1= Si  
2= No



**Variable 35.** Signos de problemas relacionados con los trastornos del sueño antes del internamiento de la madre.

1= Si  
2= No

**Variable 36.** Signos de problemas relacionados con los trastornos del sueño durante el internamiento de la madre.

1= Si  
2= No

**Variable 37.** Signos de problemas relacionados con el tartamudeo antes del internamiento de la madre.

1= Si  
2= No

**Variable 38.** Signos de problemas relacionados con el tartamudeo durante el internamiento de la madre.

1= Si  
2= No

**Variable 39.** Signos de problemas relacionados con el mutismo antes del internamiento de la madre.

1= Si  
2= No

**Variable 40.** Signos de problemas relacionados con el mutismo durante el internamiento de la madre.

1= Si  
2= No

### **Acontecimientos que interfieren en la conducta del niño**

**Variable 41.** Fallecimiento de un pariente cercano íntimamente ligado con el menor.

1= Si  
2= No

**Variable 42.** Desempleo de un integrante responsable en la familia nuclear.

1= Si  
2= No

**Variable 43.** Accidente de algún integrante de la familia.

1= Si  
2= No

**Variable 44.** Nacimiento de un "hermanito".

1= Si

2= No

**Variable 45.** Enfermedad de un integrante de la familia.

1= Si

2= No



# ANEXO 8

## PORCENTAJE DE RESULTADOS

VARIABLE	CODIGO	CANTIDAD	FRECUENCIA
1	1	2	12.50 %
	2	2	12.50 %
	3	1	6.25 %
	4	4	25.00 %
	5	7	43.75 %
2	1	3	18.75 %
	2	7	43.75 %
	3	6	37.50 %
3	1	6	37.50 %
	2	9	56.25 %
	3	1	6.25 %
4	1	2	12.50 %
	2	2	12.50 %
	3	12	75.00 %
5	1	4	25.00 %
	2	12	75.00 %
			0.00 %
6	1	16	100.00 %
7	1	10	62.50 %
	2	6	37.50 %
			0.00 %
8	1	15	93.75 %
	2	1	6.25 %
9	1	4	25.00 %
	2	10	62.50 %
	3	2	12.50 %

# PORCENTAJE DE RESULTADOS

VARIABLE	CODIGO	CANTIDAD	FRECUENCIA
10	1	1	6.25 %
	2	8	50.00 %
	3	6	37.50 %
11	1	3	18.75 %
	2	5	31.25 %
	3	8	50.00 %
12	1	4	25.00 %
	2	8	50.00 %
	3	4	25.00 %
13	1	5	35.71 %
	2	9	64.29 %
14	1	0	0.00 %
	2	11	78.57 %
	3	3	21.43 %
15	1	7	50.00 %
	2	0	0.00 %
	3	3	21.43 %
	4	2	14.29 %
	5	2	14.29 %
	6	0	0.00 %
16	1	1	7.14 %
	2	12	85.71 %
	3	1	7.14 %
16	2	5	41.67 %
	3	0	0.00 %
18	1	3	18.75 %
	2	13	81.25 %

# PORCENTAJE DE RESULTADOS

VARIABLE	CODIGO	CANTIDAD	FRECUENCIA
19	1	6	37.50 %
	2	10	62.50 %
20	1	0	0.00 %
	2	16	100.00 %
21	1	2	12.50 %
	2	14	87.50 %
22	1	3	18.75 %
	2	13	81.25 %
23	1	8	61.54 %
	2	5	38.46 %
24	1	8	61.54 %
	2	5	38.46 %
25	1	4	28.57 %
	2	10	71.43 %
26	1	5	35.71 %
	2	9	64.29 %
	2	15	93.75 %
28	1	1	6.25 %
	2	15	93.75 %
29	1	3	18.75 %
	2	13	81.25 %
30	1	11	68.75 %
	2	5	31.25 %

# PORCENTAJE DE RESULTADOS

VARIABLE	CODIGO	CANTIDAD	FRECUENCIA
31	1	5	41.67 %
	2	7	58.33 %
32	1	7	58.33 %
	2	5	41.67 %
33	1	0	0.00 %
	2	12	100.00 %
34	1	0	0.00 %
	2	12	100.00 %
35	1	4	25.00 %
	2	12	75.00 %
36	1	13	81.25 %
	2	3	18.75 %
37	1	2	15.38 %
	2	11	84.62 %
38	1	5	38.46 %
	2	8	61.54 %
	1	2	15.38 %
	2	11	84.62 %
40	1	4	30.77 %
	2	9	69.23 %
41	1	2	12.50 %
	2	14	87.50 %

# PORCENTAJE DE RESULTADOS

VARIABLE	CODIGO	CANTIDAD	FRECUENCIA
42	1	3	18.75 %
	2	13	81.25 %
43	1	0	0.00 %
	2	16	100.00 %
44	1	1	6.25 %
	2	15	93.75 %
45	1	16	100.00 %
	2	0	0.00 %



## **BIBLIOGRAFÍA**

## BIBLIOGRAFIA

1. Aberastury, Arminda; "El psicoanálisis de niños y sus aplicaciones"; PAIDOS; Buenos Aires, 1978; p.p. 236
2. Apodaca Rangel, Lourdes "Sistematización de la práctica comunitaria"; ENTS; p.p. 22 (folleto).
3. Barrera Rubio, Kebia, Revista de Trabajo Social no. 32, ENTS, UNAM; p.p. 70
4. Becerra, Rosa María; "Elementos Básico para el Trabajo Social Psiquiátrico"; Editorial ECRO; 2a. Edición; Buenos Aires, Argentina 1977; p.p. 142.
5. Berenstein, Isidro; "Familia y Enfermedad Mental"; PAIDOS, Buenos Aires 1976; p.p. 185.
6. Bowlby, John; "Cuidado maternal y Amor"; FCE; México, 1985; 3a. Edición; p.p.
7. Bowlby, John; "La pérdida afectiva. Tristeza y Depresión"; PAIDOS; Buenos Aires 1990; p.p. 464.
8. Cadena, Felix; "La Sistematización como Proceso"; Dimensión Educativa; aporte N°32; Colombia 1991; p.p. 193
9. Corman, Louis; "El test del dibujo de la familia en la práctica médico-pedagógica"; KAPELUSZ, S.A.; Buenos Aires, 1967; p.p. 156.
10. CLASEP; "La Sistematización; no es una Secuencia Lineal de Pasos". Separada del documento "Como Sistematizar nuestra Práctica"; México, 1991; p.p. 233.
11. ENTS, UNAM; "Antología de la Investigación Social"; p.p. 281.
12. Educación Continua; de la ENTS; "Antología del Proceso de Investigación Social"; Mayo 1989; p.p. 305.
13. ENTS; "Antología de Metodología de las Ciencias Sociales"; p.p. 381.
14. Fitzgerald, Hiram E.; "Psicología del Desarrollo: Lactante y Preescolar"; Manual Moderno; México 1981; p.p. 350.

15. Gesell, Arnold Lucius; "Diagnóstico del Desarrollo Infantil Normal y Anormal del Niño: Evaluación y Manejo del Desarrollo y neuropsicologico normal y anormal del niño pequeño y preescolar"; PAIDOS; México 1985; p.p.544.
16. Gesell, Arnold, Lucius; "Diagnóstico del Desarrollo Normal y Anormal del niño, Métodos Clínico y aplicación de Prácticas"; PAIDOS; Buenos Aires; 1979; p.p.402.
17. Graig, Grace J.; "Desarrollo Psicológico"; PRENTICE HALL; México, 1988; p.p. 682.
18. Granados Crispin, Jose A., et al; "El desempeño profesional del Trabajo Social Psiquiátrico en Instituciones Públicas y de Salud Mental Infantil"; ENTS, UNAM; Tesis 1990; p.p. 99.
19. Herrera Cruz, Rocio Elvira, et al; "Funciones de Trabajo Social en Instituciones Públicas y Privadas"; ENTS, UNAM; Tesis 1990; p.p. 93
20. Hurlock, Elizabeth B.; "Desarrollo del Niño"; MacgrawHill; México 1982; p.p.600.
21. Instituto Nacional de Protección a la Infancia; "El Niño y la Familia: Vida y Salud: La protección a la infancia comienza en el hogar."; México, 1972; p.p.331.
22. Lartigue, Teresa; "Guía para la Observación del Vínculo materno-infantil"; UIA; mayo, 1994, p.p.103.
23. Lewis, Melvin; "Desarrollo Psicológico del niño"; Nueva Editorial Interamericana, S.A. de C.V.; México, 1983; p.p. 213.
24. Liberman, Florence; Trabajo Social, el niño y su familia; PAX-MEXICO; 1987; p.p. 278
25. Maussen, Paul Henry; "Aspectos esenciales del desarrollo de la personalidad del niño"; Trillas; México; 1984; p.p. 391
26. Mendoza Rangel, Maria del Carmen; "La Sistematización de la Práctica, primera Aproximación en la ENTS"; UNAM-México; p.p.131.

27. Mccnadles, Boyd R.; "Conducta y Desarrollo del niño"; Interamericana, México. 1984; p.p. 536.
28. Morgan, María de la Luz; "La Sistematización de la Práctica"; HUMANITAS; Argentina 1978; p.p.15.
29. Morgan, María de la Luz; "Sistematización Propuesta Metodológica y dos experiencias: Perú y Colombia"; CELATS; Lima Perú 1991; p.p.165.
30. Nájera Pérez, Humberto; "Educación y Desarrollo Emocional del niño", Prensa Médica; México 1972; p.p. 158.
31. Piaget, Jean; Inhelder, S.; "Psicología del Niño"; Madrid; Morata, 1975; p.p. 158.
32. Pick de Wells, Susan; "Como investigar en Ciencias Sociales"; Trillas; México 1979; p.p. 162.
33. Rappoport, León; "La Personalidad desde los 0 a los 6 años"; PAIDOS Psicología Evolutiva, España 1986; p.p. 129.
34. Schelmekes, Sylvia y Sonia Lavin; "Alternativas Metodológicas"; Vol. 12 N°3 1986; p.p. 169.
35. Schelmekes, Sylvia y Sonia Lavin; "La Investigación Acción"; Vol. 20 N°3 y 4 de la Revista Latinoamericana de Estudios; México 1990; p.p. 120.
36. Scaffer, Heinz Rudolph; "El mundo Social del Niño: Avances en Psicología del Desarrollo"; VISOR; Madrid 1984; p.p. 218.
37. Vives Robert, Juan y Teresa Lartigue; "Factores Psicológicos del Período Perinatal Bases Teóricas"; UIA 1993; p.p. 163
38. Vives Robert, Juan y Teresa Lartigue; "Guía para la Detección de Alteraciones en la formación del Vínculo Materno Infantil"; UIA, Mayo 1994; p.p. 103.